

**CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA
E.S.E. CENTRO 1, PUNTO ATENCIÓN CAJIBIO, AÑO 2012.**

KELLY BENAVIDEZ

MARLEN STELLA ORTIZ

ASTRID LORENA URBANO RUIZ



UNIVERSIDAD E.A.N.

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTÍA DE CALIDAD

CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGIA.

POPAYÁN

2012

**CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA
E.S.E. CENTRO 1, PUNTO ATENCIÓN CAJIBIO, AÑO 2012.**

KELLY BENAVIDEZ

MARLEN STELLA ORTIZ

ASTRID LORENA URBANO RUIZ

**Trabajo presentado como requisito de grado para optar por el título de
Auditores**

ASESOR METODOLÓGICO: Magister AUGUSTO MUÑOZ

UNIVERSIDAD E.A.N.

**ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTÍA DE CALIDAD
CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGIA.**

POPAYÁN

2012

HOJA DE APROBACIÓN

Popayán, 29 de junio de 2011

Doctor
JORGE ERNESTO OCHOA MONTES
Director Posgrados en Salud
Universidad EAN
Ciudad.

Apreciado Doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el Informe Final de Investigación –IFI–, elaborado por **MARLEN STELLA ORTIZ ROMERO, ASTRID LORENA URBANO RUIZ Y KELLY BENAVIDEZ**, estudiantes de la especialización “AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA” desarrollado por la Universidad EAN en la ciudad de Popayán titulado: “**CUMPLIMIENTO DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION EN LA ESE CENTRO 1. PUNTO DE ATENCION CAJIBIO**”, cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la norma ICONTEC y la “Guía estandarizada de Investigación de la EAN” y por lo tanto dicho Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,



AUGUSTO MUÑOZ CAICEDO
Asesor del Informe Final de Investigación

DEDICATORIAS

A Dios por su amor incondicional, por estar cada instante con nosotros en el cumplimiento de esta meta.

A nuestras familias por su apoyo incansable.

A todos nuestros amigos.

Al talento humano del punto de atención Cajibío, por su compromiso y por brindarnos un espacio para desarrollar nuestro proyecto.

Kelly, Stella y Lorena.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	14
2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....	16
2.1 Problema	16
2.1.1 Identificación del problema	16
3. JUSTIFICACIÓN	22
4. OBJETIVOS	24
4.1 Objetivo general.	24
4.2 Objetivos específicos.	24
5. MARCO DE REFERENCIA	25
5.1 Marco normativo.....	25
5.2 Bases conceptuales del S.O.G.C.	26
5.2.1 Sistema	26
5.2.2 Garantía	27
5.2.3 Calidad	27
5.3 Características del S.O.G.C.....	27
5.4 Componentes del S.O.G.C.	28
5.3 Sistema Único De Acreditación (S.U.A.)	30
5.3.1 Ciclos operacionales del S.U.A.....	34

5.3.2 Principios del S.U.A.....	36
5.3.3 Estándares del S.U.A.....	36
5.3.4 Evaluación de estándares del S.U.A.	38
6. METODOLOGÍA	43
6.1 Tipo de estudio.....	43
6.2 Recolección, procesamiento y análisis de la información.	43
6.3 Consideraciones éticas.	47
7. RESULTADOS.....	48
8. DISCUSIÓN	72
9. CONCLUSIONES	75
10. RECOMENDACIONES	78
Bibliografía	¡Error! Marcador no definido.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Calificación del grupo de estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

Tabla 2. Priorización de oportunidades de mejora de los estándares del grupo Proceso de Atención al Cliente Asistencia, de acuerdo a su criticidad. E.S.E. Centro 1, Punto de atención Cajibío, 2012.

Tabla 3. Calificación de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de direccionamiento. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

Tabla 4. Calificación de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

Tabla 5. Calificación de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia del talento humano. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

Tabla 6. Calificación de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia del ambiente físico. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

Tabla 7. Calificación de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gestión de la tecnología. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

Tabla 8. Calificación de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia de la información. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

Tabla 9. Priorización de oportunidades de mejora de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de direccionamiento. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

Tabla 10. Priorización de oportunidades de mejora de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

Tabla 11. Priorización de oportunidades de mejora de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia de talento humano. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

Tabla 12. Priorización de oportunidades de mejora de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia del ambiente físico. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

Tabla 13. Priorización de oportunidades de mejora de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gestión de la tecnología. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

Tabla 14. Priorización de oportunidades de mejora de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia de la información. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

Tabla 15. Calificación del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad, E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012.

Tabla 16, Priorización de las oportunidades de mejora del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad, E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico 1. Calificación general por subgrupos de estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

Grafico 2. Calificación general por grupos de estándares de la sección de estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012.

Grafico 3. Calificación general del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad, E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012.

Grafico 4. Calificación general por cada grupo de estándares, E.S.E. Centro 1, punto de atención Cajibio. 2012.

RESUMEN

Acreditación en salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud. Objetivo: Evaluar el cumplimiento de los estándares de acreditación en el ámbito hospitalario del Punto de Atención Cajibío de la E.S.E. Centro I, durante el primer periodo del año 2012, Metodología: Se realizó un estudio descriptivo que evaluó el nivel de cumplimiento de los Estándares de acreditación establecidos en el Manual para instituciones ambulatorias y hospitalarias, teniendo en cuenta la Guía práctica de preparación para la Acreditación en Salud del Ministerio de protección social. El estudio se desarrolló partiendo de una evaluación cualitativa en la cual se identificaron fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar; posteriormente se realizó la evaluación cuantitativa en la que se toma como el rango más alto 5 y el más bajo 1, las oportunidades de mejora fueron priorizadas, con las de prioridad alta se elaboró el P.A.M.E.C. Resultados: se encontró que la ESE Centro I Punto de Atención Cajibío, aun no cuenta con una calificación global para acreditarse, los estándares se encuentran por debajo del promedio Conclusión: Los procesos de acreditación en salud, son componente fundamental para mejorar la prestación de servicios por parte de las entidades prestadoras de salud, teniendo por justificación el mejoramiento de las condiciones de salud y de satisfacción de los usuarios, tratando de identificar y exceder las expectativas y necesidades de los empleados, usuarios, familias y comunidad en general.

Palabras claves: Acreditación, Estándares, Calidad, Salud.

ABSTRACT

Health accreditation is a voluntary process and periodic internal self-evaluation and external review of the processes and results to ensure and improve the quality of the customer's attention in a health organization. Objective: To evaluate the compliance with the accreditation standards in the field hospital of the point of attention Cajibío of the E. S. E. I Center, during the first period of the year 2012, Methodology: a descriptive study was conducted that evaluated the level of compliance with the accreditation standards set forth in the Manual for outpatient and hospital institutions, taking into account the practical guide to preparation for accreditation in Health of the Ministry of social protection. The study was developed based on a qualitative evaluation in which identified strengths and opportunities for improvement for each standard; it was subsequently conducted a quantitative evaluation in which it is taken as the highest rank 5 and 1 the lowest, the opportunities for improvement were prioritised, with high priority tasks was developed the P.A. M. E. C. Results: we found that at the center point of attention I Cajibío, do not comply with the accreditation standards, the majority of the standards are below the average Conclusion: accreditation processes in health, are key component to improve the delivery of services by the health care providers, taking by justification the improvement of health conditions and user satisfaction, trying to identify and exceed the expectations and needs of employees, users, families and the community in general.

Key Words: Accreditation, standards, quality and health.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título

Evaluación de estándares de acreditación de la E.S.E. Centro 1, punto atención
Cajibío, año 2012.

Investigadores

Principales

Kelly Benavidez

Marlen Stella Ortiz

Astrid Lorena Urbano Ruiz

Coinvestigadores:

Asesor metodológico:

Augusto Muñoz Caicedo

Lugar y ejecución del proyecto:

Hospital Nivel I, Cajibío, Cauca.

Duración del proyecto:

6 meses (1 de enero – 30 de junio de 2012)

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en nuestro país en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia. Pero la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios ha provocado una “reestructuración” que debería repercutir favorablemente en los mismos. No se trata exclusivamente de poseer calidad técnica o intrínseca, sino de producir actos de calidad y que esta sea percibida por el usuario.

En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realizan con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud.

La reestructuración antes mencionada tiene por un lado la posibilidad de revitalizar viejos conceptos siempre vigentes, pero ha fortalecido dos elementos que no siempre han sido tenidos en cuenta. El primero de ellos es la importancia del desarrollo de los procesos y fundamentalmente tener en cuenta en los servicios la satisfacción y la opinión del paciente o usuario o como se define hoy día el

cliente. En síntesis pensar más que es lo que la gente necesita y no lo que nosotros le ofrecemos. En otras palabras pensar más en la demanda que en la oferta de servicios.

El desafío es poder evaluar este proceso en la E.S.E. Centro 1, Punto de atención Cajibío en su conjunto, de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita elaborar procesos correctivos para producir oportunidades de mejora priorizadas. Para estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

2.1 Problema

2.1.1 Identificación del problema

Todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas, tienen la responsabilidad y el compromiso de entregar al paciente, su familia y a la comunidad servicios de salud seguros y de excelente calidad. Para ello es fundamental contar con un recurso humano profesional, comprometido con el paciente y con el servicio además disponer de tecnología que facilite un diagnóstico confiable y el tratamiento integral de la persona, con estándares orientados a brindar una atención eficaz, eficiente y segura. Igualmente se debe contar con instalaciones físicas adecuadas específicamente para la prestación de los servicios de salud.

En las Décadas de 1911 a 1916 se reportaron la presencia de eventos adversos a través de estudios de un cirujano ortopedista Ernest A. Codman, quien colocó en consideración su Teoría de Resultados Finales. Esta teoría constituye en el primer intento de evaluación sistemática de la calidad de la asistencia. Básicamente consistía en tratar de hallar, a través de los resultados obtenidos, posibles errores y sus causas, de modo que pudieran servir para evitar su repetición en futuros casos similares. Fundó un establecimiento, al que denominó End Result Hospital (“Hospital de Resultado Final”). Su experiencia la volcó en una publicación de 1916 en la que describió 123 errores acaecidos en la atención de 337 pacientes, egresados entre 1911 y 1916. Agrupó los errores por tipo, a saber: errores por falta

de conocimientos o habilidades; por juicio quirúrgico; falta de cuidados o de equipamiento y falta de habilidad diagnóstica (Codman).

Según informe las cifras arrojadas por el estudio IBEAS, Se presenta el comportamiento de los estudios internacionales más relevantes realizados en el mundo, Según los estudios internacionales reporta el 19.8% que corresponde a eventos adverso graves y el 58.9% son eventos adversos evitables, y en Colombia reporta 15.8% de eventos adversos graves y 58.6% de eventos adversos evitables, se puede afirmar entonces que a partir de los hallazgos, la frecuencia con la cual se presentan los eventos adversos en Colombia presenta un comportamiento similar al evidenciado en los estudios internacionales (Ministerio de Sanidad y Política Social - Gobierno de España, 2010). Los resultados del estudio IBEAS en Colombia, representan una información de utilidad para las instituciones, pues ofrecen un panorama que contribuye a identificar los eventos adversos más prevalentes y hacia los cuales dirigir sus programas de seguridad institucionales. Los EA más frecuentemente identificados estaban relacionados con la infección intrahospitalaria (IIH) o con algún procedimiento, mientras que los relacionados con el diagnóstico o con la medicación eran poco prevalentes. Los EA relacionados con la infección intrahospitalaria eran los más prevalentes en los servicios quirúrgicos, servicios médicos, pediatría y UCI; mientras que los relacionados con algún procedimiento lo eran en los servicios quirúrgicos y de obstetricia. En cuanto a la caracterización del EA por grupos de edad se apreció un mayor número de EA relacionados con la infección intrahospitalaria en todos los grupos. En cuanto a las diferencias por sexo, se observó de forma global un

mayor porcentaje de EA relacionados con procedimiento en mujeres (Ministerio de la Protección Social, 2011).

Según estadísticas en los Estados Unidos se registraron 2.426.264 muertes en años recientes; entre las causas encontradas se señalaron enfermedades cardiovasculares, neoplasmas, cerebrovasculares, respiratorias, y errores en la prescripción de medicamentos. El número de errores potencialmente prevenibles cada año en los Estados Unidos varía entre 44.000 y 98.000 muertes anuales, esto excede muertes por accidentes de tráfico, Sida cáncer de seno. Los costos derivados de la atención de efectos adversos puede alcanzar 4% del gasto total en salud, algo así como 37 millones de dólares, de los cuales pudieran haberse ahorrado aproximadamente 50% de haberse evitado. Además, la presentación de eventos adversos durante la hospitalización alarga la estancia en aproximadamente 5 días y aumenta el costo por paciente en 4.500 dólares, y esto sin entrar a detallar el riesgo de infecciones.

Los eventos adversos cobran un alto tributo en concepto de pérdidas financieras. En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, las estancias hospitalarias que provocan cuestan por sí solas cerca de £2000 millones al año, y el pago de indemnizaciones cuesta al Servicio Nacional de Salud en torno a los £400 millones al año, además de una posible responsabilidad estimada en £2400 millones correspondiente a reclamaciones presentadas o previstas, mientras que se estima que las infecciones hospitalarias, de las que un 15% son evitables, cuestan cerca de £1000 millones al año. En Inglaterra, estudios en hospitales del Servicio Nacional de salud (NHS), señalan aproximadamente 850,000 eventos adversos

por año. En Europa, un grupo de trabajo en hospitales, señala que 1 de cada 10 pacientes sufre enfermedades evitables y eventos adversos como producto de la asistencia médica. En Australia, encontraron Evento Adverso (EA) en el 26,0 % de los egresos hospitalarios.

Colombia, un país con primeras causas de muerte reportadas en las categorías de enfermedades cardiovasculares, accidentes y cáncer y con gran problemática que afecta a la calidad de vida de su población, no ha sido ajeno a estos procesos de riesgos, y lo ha venido trabajando hace menos de dos lustros en instituciones clínicas y hospitalarias del país comprometidas con la calidad en la prestación de los servicios. Según los reportes del INVIMA (Instituto nacional de vigilancia de Medicamentos y Alimentos), en los últimos 8 años se ha aumentado el reporte de reacciones adversas medicamentosas; para el año 2008 se contó con 6395 reportes, mientras que en el 2002 solo 190, para un total de 17.768 reportes, en lo que lleva el programa. Los eventos adversos deberán ser objeto de seguimiento e intervención por cada una de las partes de los componentes del sistema de salud (empresas administradores de planes de beneficios, instituciones prestadoras de salud).

Teniendo en cuenta lo anterior, en las instituciones prestadoras de servicios de salud se presentan fallas y dificultades en la prestación de los servicios en gran parte por deficiencias de carácter estructural, problemas de infraestructura, dotación e equipos, influyendo en la atención se comentan errores que son asumidos por los distintos actores de la atención.

En esta sentido surge la necesidad de crear estrategias que garanticen un mejoramiento continuo de los procesos en la ESE Centro I punto atención Cajibío institución pública que presta servicios de baja complejidad, se hace pertinente que dicha institución autoevalúe la calidad y eficiencia de sus actividades comparándola con los estándares de acreditación que permitan identificar fortalezas, debilidades que son objeto de mejoramiento asegurando mecanismos de monitoreo continuo que ayuden a optimizar los procesos.

Para contrarrestar las falencias en la prestación del servicio de salud surge la acreditación en salud como herramienta de gestión voluntaria para mejorar la calidad a de los servicios en salud, que se articula con otros componentes del sistema para garantizar y permitir que las instituciones se encaminen hacia el desempeño con excelencia continua y prestar un servicio oportuno con altos estándares de calidad y centrado en el paciente.

La importancia de este sistema radica, por una parte, en que constituye una oportunidad para que las instituciones sean competitivas a nivel nacional e internacional, con el fin de incrementar la competitividad de nuestras instituciones para la exportación de servicios de salud y, por otra, generar competencia entre las entidades por ofrecer mejores servicios, a través de los incentivos de prestigio que trae incorporado el Sistema Único de Acreditación, lo cual causará directamente en beneficio de los usuarios, quienes tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad.

En Colombia existen 948 I.P.S. que prestan servicios de baja complejidad y aunque el proceso de acreditación está definido y el Ministerio de la protección social ha publicado guías que orientan este proceso, tenemos que solo un 0,31% de estas instituciones han logrado la acreditación en salud, esto muestra la necesidad de fortalecer la orientación y la descripción de la preparación que debe seguir una I.P.S. que preste servicios de baja complejidad para lograr la acreditación en salud.

Todo esto repercutirá de manera positiva en la institución dado que se reducirán los problemas que se puedan presentar en la prestación de servicios de salud, por al razón es relevante que las entidades prestadoras de servicios de salud inicie el proceso de acreditación tanto por beneficios propio como por el de la comunidad. Lo anterior llevo a plantearse la siguiente pregunta de investigación: ¿cual es el cumplimiento de los estándares de acreditación en la E.S.E. centro 1, Punto de Atención Cajibío?

3. JUSTIFICACIÓN

A partir de la Ley 100 de 1993, se originaron cambios en la estructura administrativa y en la prestación de servicios de salud. Estos cambios dieron lugar a la creación del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993.

Los procesos de acreditación en salud se convierten entonces, en un componente fundamental para mejorar la prestación de servicios por parte de las entidades prestadoras de salud, teniendo por justificación el mejoramiento de las condiciones de salud y de satisfacción de los usuarios, tratando de identificar y exceder las expectativas y necesidades de los mismos, así como también las de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad en general.

Estos procesos de acreditación también garantiza que se desarrollen acciones encaminadas a evitar, prevenir y resolver oportunamente situaciones que puedan impactar de manera negativa el bienestar de clientes y empleados de la entidad, con los menores riesgos; sin embargo, la forma como hasta ahora se ha brindado la atención médica muestra una tendencia dirigida exclusivamente a los beneficios directos que recibe el paciente al momento de ser atendido, olvidando tener en cuenta otros procesos que involucran la prestación del servicio.

En este sentido, la acreditación en salud será fundamental en los procesos de la Ese Centro I, Hospital de Cajibío, para el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de sus servicios teniendo en cuenta lo establecido en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, elaborado en la Unidad Sectorial de Normalización en Salud a través de un amplio proceso de consenso y participación de expertos del Ministerio de la Protección Social, del Icontec y de las instituciones participantes en el Comité Sectorial, ha sido actualizado para responder a las nuevas exigencias de los estándares internacionales y a la necesidad de impulsar las instituciones hacia nuevos desarrollos en los procesos de calidad que enfatizan en el enfoque dirigido a la obtención de resultados centrados en el paciente.

Aunque hoy en día la acreditación es un proceso voluntario, las condiciones de empresas en un futuro conllevarán a que las exigencias en términos de calidad se incrementen hasta el punto de volverse un proceso obligatorio, por tal motivo se justifica iniciar el proceso de manera temprana para que las entidades estén al frente de los cambios que sobrevienen, sumado a esto, hay que tener en cuenta que para el país es muy importante que el sector salud se encuentre preparado para incursionar en el mercado extranjero dadas las circunstancias que se vienen adelantando en relación al tema de la globalización.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general.

Evaluar el cumplimiento de los estándares de acreditación en la E.S.E. Centro I, punto de atención Cajibío, durante el primer periodo del año 2012.

4.2 Objetivos específicos.

- Determinar el cumplimiento de los estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial.
- Determinar el cumplimiento de los estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial.
- Determinar el cumplimiento de los estándares de mejoramiento de la calidad
- Establecer acciones de mejoramiento que se adelantaran para el cumplimiento de los estándares a través del PAMEC.

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1 Marco normativo

La ley 100 en el año de 1993 (Congreso de la Republica), reformó el sistema de salud, y dentro de la reforma contempla la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinde a la población. El sistema general de seguridad social en salud (S.G.S.S.S.), es un sistema basado en aseguramiento, que permite una participación de lo público y de lo privado y en el cual la calidad se convierte en un objetivo confluyendo para su logro todos los actores de este sistema. La ley 100 en su artículo 227 nos habla de calidad en la prestación de servicios de salud y un sistema de garantía de calidad.

Después de haber sido promulgada la ley 100 de 1993, se hizo necesario el desarrollo normativo de los contenidos del sistema. Formalmente el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (S.O.G.C.) aparece en el año 1996 a través del decreto 2174 (Ministerio de Salud) y se define como el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible. Ese S.O.G.C. define competencias para el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las entidades que se le asimilen, los prestadores de servicios de salud y los usuarios.

De la misma manera el decreto 2309 del 2002 (Ministerio de la Protección Social, 2002) define una serie de características básicas del S.O.G.C. que se aplican a las

Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Frente al tema de atención en salud, recoge lo definido por el Decreto 2174 de 1996 e incluye una sobre lo que constituye la calidad de la atención de salud, que la establece como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, logra la adhesión y satisfacción del usuario.

El decreto 1011 de 2006 aun vigente, deroga el decreto 2309 de 2002, este nuevo decreto no cambia radicalmente la estructura del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad ya que mantiene intactos los componentes del sistema y la gran mayoría de herramientas y métodos, buscando mejorar la comprensión.

5.2 Bases conceptuales del S.O.G.C.

Para entender el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad es necesario desarrollar sus conceptos (Ministerio de la Protección Social - Programa de apoyo a la Reforma de Salud, 2008).

5.2.1 Sistema

Es un conjunto de cosas que interactúan entre ellas de manera coordinada y buscan un conjunto de objetivos, todo sistema tiene unos elementos de entrada de proceso de conversión y de salida, en el caso colombiano el sistema de calidad tiene varias herramientas diseñadas o componentes los cuales presentan un fuerte engranaje entre ellas (Bertoglio, 1992).

5.2.2 Garantía

De acuerdo a lo desarrollado por Avedis Donabedian se entiende por garantía de calidad todo lo que los individuos hacen para generar, mantener y mejorar la calidad. En el caso de Colombia, la garantía de calidad hace referencia a un conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones, que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes por cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoria, diseño, desarrollo y cambios organizacionales.

5.2.3 Calidad

El decreto 1011 de 2006 establece La Calidad de la Atención en Salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios" (Donabedian, 1996).

5.3 Características del S.O.G.C.

Se establecen como características del sistema las siguientes con el fin de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud. (Ministerio de la Protección Social, 2006).

- **Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia: Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- Continuidad: Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

5.4 Componentes del S.O.G.C.

En el mismo Decreto en mención se definen como componentes del S.O.G.C. para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

- La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios

de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

- La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.
- El sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen contributivo y Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras

de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

En concordancia, es importante comprender que la acreditación en salud es uno de los componentes del sistema, que se articula con los otros para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de la Protección Social. Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

5.3 Sistema Único de Acreditación (S.U.A.)

En el mundo esta metodología aparece por primera vez a comienzos del siglo XX cuando Ernest A. Codman propone el “Standard Mínimo”, base del primer programa de estandarización hospitales (1918), muchas décadas antes de que se propusieran estrategias similares (convergentes) en el modelo industrial. Durante este tiempo la metodología se ha refinado y madurado llegando a las técnicas modernas actuales de acreditación basadas en los conceptos y métodos del mejoramiento continuo de la calidad, que miran a la organización de manera integral, centran la estrategia de mejoramiento en la búsqueda de resultados centrados en el cliente.

Hacia el final del siglo se inicia un proceso de creación de un enfoque global a escala internacional para los procesos de acreditación en el mundo liderado por la International Society for Quality in Healthcare (ISQua) (ALPHA Agenda, 2000). Tal proceso, denominado “Programa Internacional de Acreditación”, se realiza a través de la estandarización mediante dos vías:

- Un set de estándares para evaluar al ente acreditador denominado estándares internacionales de acreditación (International Accreditation Standards for Healthcare External Evaluation Bodies).
- Unos principios generales con los cuales se pueden estandarizar los estándares de acreditación denominados Principios Internacionales para Estándares de Atención en Salud (International Principles for Healthcare Standards).

El desarrollo del proceso en nuestro país incluyó la revisión de experiencias internacionales y de los diferentes modelos aplicados en algunos países, lo cual posibilitó incorporar en el diseño del sistema algunos de los elementos que caracterizan las más avanzadas experiencias de calidad en el mundo. Nuestro modelo además incorpora algunas características muy propias nuestras como:

- Es operado por un ente acreditador único el cual lidera el sistema en ejercicio de una concesión del Estado, implementando las políticas de calidad del país y bajo la supervisión del concedente, en este caso el Ministerio de la Protección Social.
- La acreditación se encuentra completamente integrada en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Este modelo nos garantizará

procesos únicos, eficientes y transparentes para la etapa de evaluación y otorgamiento del Certificado de Acreditación en Salud y le brindarán al sistema una imagen de credibilidad, solidez y transparencia que serán clave en el éxito de la estrategia.

- En el caso específico de ICONTEC, sus funciones como ente acreditador mientras dure la concesión otorgada por el Estado están claramente diferenciadas y funcionan independientemente de su rol como ente certificador, normalizador o institución educativa. Lo anterior significa que si una institución eventualmente ha sido certificada en un proceso ISO, el hecho de que ICONTEC sea su ente certificador o no, no le brinda ninguna posición preferencial para ser acreditado en salud. Igualmente, en el caso de las actividades educativas, haber recibido capacitación por parte del área educativa de ICONTEC tampoco le brinda ninguna ventaja adicional en el proceso de obtención del certificado de acreditado en salud.

El sistema de acreditación se constituye en una oportunidad para que las instituciones sean competitivas en el plano internacional, dado que nuestro modelo de acreditación incluye como una de las tareas en el corto plazo la estandarización internacional de nuestros estándares y nuestro ente acreditador, mediante el proceso de evaluación contra los estándares ISQua, la Sociedad Internacional de Calidad en Salud y su Federación Internacional de Acreditación, incrementando la competitividad de nuestras instituciones para la exportación de servicios de salud.

Por acreditación, en Colombia, debe entenderse un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por una única entidad de acreditación autorizada para dicha función (Ministerio de la Protección Social, 2006).

El sistema único de acreditación definido en el artículo 41 del decreto 1011 de 2006, es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las empresas administradoras de planes de beneficios (E.A.P.B.) y las direcciones departamentales, distritales y municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

La acreditación es un sistema que conlleva al mejoramiento continuo de los procesos organizacionales. La esencia misma de la acreditación para Colombia es impulsar a las organizaciones a no ser conformes con tener unos procesos estandarizados que repetitivamente se lleven a cabo en el tiempo, intentando con cada una de estas repeticiones obtener el mismo resultado.

Los beneficios que se alcanzan a través de la implementación de la acreditación están relacionados con:

- Mejoramiento de las relaciones con los clientes
- Resultado clínicos óptimos
- Liderazgo altamente responsable
- Reducción de costos y actividades innecesarias
- Motivación del staff, médicos y todo el personal
- Decisiones basadas en la realidad
- Mejoramiento de la comunicación
- Responsabilidad con las necesidades de la comunidad

Los estándares de acreditación representan la concreción en la operación de la política de calidad del sistema de seguridad social en salud y los estándares definen el modelo de excelencia y óptimo rendimiento hacia el cual se debe mover la atención en salud en Colombia, tanto en la prestación como en el aseguramiento.

5.3.1 Ciclos operacionales del S.U.A.

La acreditación es una estrategia de mejoramiento y no debe confundirse con la consecución del certificado de acreditación, el cual sólo es la forma donde se operacionaliza un incentivo de prestigio. En consecuencia, los estándares de acreditación son aplicables a cualquier institución, independientemente de su estado de desarrollo. Por esa razón hablamos de dos ciclos operacionales (Ministerio de la Protección Social, 2007) durante la ejecución de las acciones que

la institución despliega en desarrollo de la estrategia de mejoramiento de la acreditación.

5.3.1.1 Ciclo de preparación para la acreditación

Para iniciarlo solamente requiere que la institución, luego de haber presentado su declaración de habilitación, tome la decisión firme y sincera de mejorar. Implica analizar y estudiar cada uno de los estándares y comparar contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su enfoque como en su implementación y en sus resultados. Este ejercicio le ofrece a la organización un claro diagnóstico de los aspectos críticos hacia los cuales debe priorizar sus acciones de mejoramiento, las cuales deben ser desplegadas en consecuencia.

5.3.1.2 Ruta crítica

Inicia cuando la institución toma la decisión de aplicar al proceso formal de acreditación y su evaluación interna le indica que ha alcanzado un nivel de cumplimiento de los estándares que le permiten estimar una probabilidad razonable de “pasar” la evaluación por parte del ente acreditador y cumple con los prerequisites para aplicar formalmente y ha obtenido la aprobación luego de la verificación de la habilitación.

Si el ciclo de preparación para la aplicación a la acreditación se ha desarrollado correctamente es de esperarse que la ruta crítica termine en el otorgamiento de la acreditación. No obstante, existe la posibilidad de que la institución no “pase” la evaluación por parte del ente acreditador, en cuyo caso se le abren dos opciones:

- Iniciar de inmediato nuevas acciones de mejoramiento que le permitan corregir las deficiencias existentes y de nuevo volver a aplicar, o

- Apelar la decisión de acreditación, si en su concepto considera que tiene argumentos suficientes para demostrar ante el ente acreditador el cumplimiento.

5.3.2 Principios del S.U.A.

- Confidencialidad: La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.
- Eficiencia: Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procuraron la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.
- Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

5.3.3 Estándares del S.U.A.

La resolución 123 modifica el artículo 2 de la resolución 1445 y adopta los siguientes manuales de estándares:

- Manual de estándares de acreditación para las Entidades administradoras de planes de beneficios – E.A.P.B.
- Manual de estándares de acreditación para los laboratorios clínicos.
- Manual de estándares de acreditación para las instituciones que ofrecen servicios de imageneología.
- Manual de estándares de acreditación para las instituciones que ofrecen servicios de salud de habilitación y rehabilitación.
- Manual de estándares de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario.

Los estándares de acreditación ambulatorio y hospitalario se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo; todos los estándares deben ser entendidos desde la perspectiva del enfoque de riesgo (identificación, prevención, intervención, reducción, impacto) y de la promoción de la excelencia.

El nuevo manual de estándares integra los manuales hospitalario y ambulatorio, incluye como subgrupos de estándares las sedes integradas en red, integra nuevos estándares de seguridad del paciente, nuevos estándares de humanización de servicios, nuevos estándares para evaluar la relación docencia – servicio y la condición de hospital universitario, nuevos estándares de salud oral, nuevos estándares de promoción y prevención, mejoramiento y complementación de la redacción en algunos estándares y criterios, claridad en la intencionalidad del grupo total de estándares al cual pertenecen, inclusión como nuevos grupo estándares de mejoramiento de la calidad.

Este manual aplica a las instituciones prestadoras de servicios de salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o ambos, están excluidas las instituciones que ofrecen servicios de habilitación y rehabilitación.

El manual está organizado en tres secciones (Ministerio de la Protección Social, 2011):

- Estándares cliente asistencial (11 subgrupos)
- Estándares apoyo administrativo gerencial. (6 grupos)
- Estándares de mejoramiento de la calidad. (5 estándares)

Los estándares están compuestos por:

- Estándar: es el requisito de calidad superior sobre el cual se evalúa el desempeño organizacional.
- Criterio: hacen referencias a condiciones particulares que deben ser consideradas para cumplir con lo requerido en cada estándar. en otras palabras cumple la función de “no se le olvide”

5.3.4 Evaluación de estándares del S.U.A.

5.3.4.1 Evaluación cualitativa de estándares del S.U.A.

La evaluación cualitativa hace referencia al análisis de los estándares de acreditación, el cual no tiene una norma básica, pero dentro de la guía de preparación para la acreditación se sugiere lo siguiente:

Determinar las fortalezas que tiene la institución relacionadas con el estándar, una vez discutidas todas las fortalezas es necesario determinar

los soportes con los que se cuenta para verificar las fortalezas. (Ministerio de la Protección Social, 2011).

Después de determinar las fortalezas se establecen las oportunidades de mejoramiento (debilidades) que tiene la institución con respecto al estándar, posterior a cada una de estas oportunidades de mejoramiento se les establecen acciones de mejora y con este ejercicio se orientara un plan de mejoramiento.

5.3.4.2. Evaluación cuantitativa de estándares del S.U.A.

La acreditación se basa en un modelo evaluativo, cada estándar tiene una escala de evaluación con las siguientes dimensiones a evaluar (Ministerio de la Protección Social, 2011):

- **ENFOQUE:** se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.
- **IMPLEMENTACIÓN:** se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.
- **RESULTADOS:** se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

Cada dimensión cuenta con unas variables:

VARIABLES DEL ENFOQUE:

- **SISTEMATICIDAD:** Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- **AMPLITUD:** Grado en que el enfoque esta presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar.

- **PROACTIVIDAD:** Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad.
- **CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO:** Forma en que se evalúa el enfoque y su asimilación.

VARIABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN.

- **DESPLIEGUE EN LA INSTITUCIÓN:** grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización.
- **DESPLIEGUE HACIA EL USUARIO:** Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósito del estándar.

VARIABLES DEL RESULTADO:

- **PERTINENCIA:** grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
- **CONSISTENCIA:** relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.
- **AVANCE DE LA MEDICIÓN:** Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un periodo de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.

- **TENDENCIA:** Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.
- **COMPARACIÓN:** Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, donde se valoró el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación establecidos en el manual para instituciones ambulatorias y hospitalarias (resolución 0123 de 2012) en la ESE Centro 1, Punto de Atención Cajibío, de acuerdo a la guía práctica de preparación para la acreditación en Salud del Ministerio de la Protección Social. El estudio se desarrollo a través de una evaluación cualitativa y una evaluación cuantitativa de los estándares.

6.2 Recolección, procesamiento y análisis de la información.

La recolección de la información se hizo a través de formatos diligenciados por los equipos de autoevaluación, donde se establecían las fortalezas para cada estándar, las oportunidades de mejora y la calificación que el líder de cada equipo tras un consenso daba al estándar. (Anexo 1)

Los investigadores realizaron la digitación de los datos o transcripción del medio físico de la información, corroborando la información de los documentos originales con los datos recopilados en el INSTRUMENTO.

Para la evaluación cualitativa de los estándares de acreditación se conformaron equipos de trabajo con el personal que labora en la ESE Centro 1, Punto de Atención Cajibío, el personal se distribuyó en tres equipos de trabajo

- Equipo de servicio/ atención al cliente
- Equipo de apoyo
- Equipo de liderazgo

El equipo de **ATENCIÓN/SERVICIO AL CLIENTE** se encargó de la evaluación de los estándares del proceso de atención al cliente asistencial, el equipo de **APOYO** evaluó los estándares de apoyo administrativo – gerencial y el equipo de **LIDERAZGO** evaluó los estándares de mejoramiento de la calidad. Cada equipo fue liderado por una persona con conocimiento en la estrategia de acreditación.

Cada uno de los equipos realizó una lectura de cada uno de los estándares que les correspondían, tras la lectura del estándar realizaron un consenso de la interpretación del estándar, tras definir la interpretación se registraron todas las fortalezas con las que la institución contaba para dicho estándar, definieron que soportes se encontraban en la institución para cada uno de los estándares, posteriormente cada uno de los equipos redacta todas las oportunidades de mejora que la institución tiene frente al estándar. Con las oportunidades de mejora encontradas el equipo de investigadores definió unas acciones de mejoramiento que posteriormente orientaron el P.A.M.E.C. para ser desarrollado por la institución en el segundo semestre de 2012.

La evaluación cuantitativa de los estándares se realizó teniendo en cuenta la hoja radar, (Anexo 2), se tabuló en una matriz proporcionada por el Ministerio de Salud y Protección social para Instituciones prestadoras de servicios de salud, la cual mostró el nivel de cumplimiento de cada estándar en cuanto al **ENFOQUE , IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADO**, de cada grupo de estándares. Identificándolos por colores de acuerdo al cumplimiento de los estándares, donde el naranja corresponde a los estándares que obtienen un nivel de cumplimiento inferior a 2, el amarillo para los estándares que están entre 2 y 3 y verde para aquellos que tengan un cumplimiento entre 3 y 5. Al final de la calificación cuantitativa se emitió un juicio de acreditación para la institución, teniendo en cuenta que para obtener el título de acreditación ninguno de los estándares o grupos de estándares puede tener una calificación menor a dos, adicionalmente debe alcanzar la puntuación global establecida.

La priorización de las oportunidades de mejora para la elaboración del P.A.M.E.C. se realizó en una matriz elaborada en Ms. Excel 2007, donde se calificó cada oportunidad de mejora de acuerdo a tres variables:

- Riesgo para usuarios y/o colaboradores calificada en una escala de 1- 2- 3- 4-5 donde 1 es el riesgo más bajo para usuarios y colaboradores si la oportunidad de mejora no se realiza y 5 es el riesgo más alto para usuarios y colaboradores si la oportunidad de mejora no se realiza.
- NO intervenir en la solución representa costo para la Institución, en una escala de 1-3-5, donde 1 representa el costo más bajo y 5 el costo más alto.

- La NO solución afecta a un número de usuarios y/o colaboradores, en una escala de calificación de 1-3-5, donde 1 representa un numero bajo de usuarios y/o colaboradores afectados y 5 un numero alto de usuarios y/o colaboradores afectados.

Posteriormente la calificación de cada una de estas variables se multiplica entre si y de acuerdo al resultado de esta operación se establece la criticidad de la oportunidad de mejora y se hace la priorización, las oportunidades de mejora con prioridad alta son aquellas cuya criticidad obtiene un puntaje por encima de 75, las oportunidades de mejora de prioridad media son aquellas que obtienen una criticidad por encima de los 28 puntos y por debajo de los 74 puntos, y las oportunidades de mejora de prioridad baja son aquellas que tienen una criticidad menor o igual a los 27 puntos. El P.A.M.E.C. se elaboro para aquellas oportunidades de mejora de alta prioridad, susceptibles a ser mejoradas en el corto plazo.

Al concluir la autoevaluación se entregó una copia de la matriz diligenciada por cada uno de los estándares y un informe ejecutivo en el cual se presentaron los resultados de la ESE Centro 1, Punto de Atención Cajibío en la evaluación de los estándares de acreditación, las conclusiones y recomendaciones y el P.A.M.E.C. a ser desarrollado por la organización en el segundo semestre del 2012.

6.3 Consideraciones éticas.

Los aspectos éticos de la presente investigación se rigen por las normas y parámetros éticos universales establecidos y referidos en la resolución 008430 del 04 de Octubre de 1993, expedida por el entonces Ministerio de salud de la República de Colombia para investigación en ciencias de la salud.

Este estudio se baso en los principios éticos generales como el de integridad, el respeto, incorporando los dos deberes éticos fundamentales de beneficencia, autonomía y justicia

7. RESULTADOS

Se realizó la calificación de los 158 estándares de acreditación del manual de estándares ambulatorio y hospitalario para la ESE Centro 1, punto de atención Cajibío, partiendo de una evaluación cualitativa en la cual se identificaron fortalezas, soportes de las fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar; posteriormente se realizó la evaluación cuantitativa en la que se toma como el rango más alto 5 y el más bajo 1, las oportunidades de mejora fueron priorizadas, con las de prioridad alta se elaboro un P.A.M.E.C. por cada grupo de estándares.

Para Determinar el cumplimiento de los Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial se realizo el análisis cualitativo de cada uno de los estándares de este grupo, el análisis cualitativo se construyo estableciendo la línea de base con la cual cuenta la institución para cada estándar, las fortalezas con las que cuenta la institución, las oportunidades de mejora planteadas para cada estándar y el proceso que se quería mejorar con la oportunidad de mejora (ver Anexo 2).

Tras el análisis cualitativo se realizo la calificación de cada estándar del grupo Proceso de atención al cliente asistencial, la Tabla 1 Muestra la calificación obtenida por cada estándar del grupo.

Tabla 1. Calificación del grupo de estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL												
ESTÁNDAR		ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					Media
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
1	Estándar 1. Código: (AsDP1)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
2	Estándar 2. Código: (AsDP2).	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	Estándar 3. Código: (AsDP3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Estándar 4. Código: (AsDP4)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	Estándar 5. Código: (AsSP1)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9
6	Estándar 6. Código: (AsSP2)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
7	Estándar 7. Código: (AsSP3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
8	Estándar 8. Código: (AsAC1)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
9	Estándar 9. Código: (AsAC2)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	Estándar 10. Código: (AsAC3)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
11	Estándar 11. Código: (AsAC4)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
12	Estándar 12. Código: (AsAC5)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
13	Estándar 13. Código: (AsAC6)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9
14	Estándar 14. Código: (AsAC7)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
15	Estándar 15. Código: (AsAC8)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
16	Estándar 16. Código: (AsREG1)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
17	Estándar 17. Código: (AsREG2)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
18	Estándar 18. Código: (AsREG3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
19	Estándar 19. Código: (AsEV1)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
20	Estándar 20. Código: (AsEV2)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
21	Estándar 21. Código: (AsEV3)	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1

TABLA 1. Continuación.

22	Estándar 22. Código: (AsPL1)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
23	Estándar 23. Código: (AsPL2) E	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
24	Estándar 24. Código: (AsPL3)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
25	Estándar 25. Código: (AsPL4)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
26	Estándar 26. Código: (AsPL5)	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1
27	Estándar 27. Código: (AsPL6)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,7
28	Estándar 28. Código: (AsPL7)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
29	Estándar 29. Código: (AsPL8) L	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9
30	Estándar 30. Código: (AsPL9)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
31	Estándar 31. Código: (AsPL10)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
32	Estándar 32. Código: (AsPL11)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	Estándar 33. Código: (AsPL12)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
34	Estándar 34. Código: (AsPL13)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
35	Estándar 35. Código: (AsPL14)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
36	Estándar 36. Código: (AsPL15)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
37	Estándar 37. Código: (AsPL16)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
38	Estándar 38. Código: (AsPL17)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9
39	Estándar 39. Código: (AsPL18)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
40	Estándar 40. Código: (AsEJ1) E	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
41	Estándar 41. Código: (AsEJ2)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
42	Estándar 42. Código: (AsEJ3)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
43	Estándar 43. Código: (AsEJ4)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
44	Estándar 44. Código: (AsEJ5)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
45	Estándar 45. Código: (AsEJ6)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
46	Estándar 46. Código: (AsEV1)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
47	Estándar 47. Código: (AsEV2)	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,7
48	Estándar 48. Código: (AsEV3)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4

TABLA 1. Continuación.

49	Estándar 49. Código: (AsEV4)	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1,5
50	Estándar 50. Código: (AsSAL1)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
51	Estándar 51. Código: (AsSAL2)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
52	Estándar 52. Código: (AsREF1)	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1,6
53	Estándar 53. Código: (AsREF2)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
54	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
55	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
56	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
57	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
58	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
59	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
60	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1,6
61	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1,7
62	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
63	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
64	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
65	Estándar 54. Código: (AsREF3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
66	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
67	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1,7
68	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
69	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
70	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1,2
71	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
72	Estándar 54. Código: (AsREF3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
73	Estándar 54. Código: (AsREF3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
74	Estándar 54. Código: (AsREF3)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
TOTAL												1,4

La calificación Global de estándares obtenida para el Proceso de atención al Cliente Asistencial fue de 1,4, para que una institución se acredite debe tener una calificación por encima de 2, algunos de los estándares se encuentran con enfoque en una calificación de 2, evidenciando que la institución tiene un enfoque sistemático para los propósitos básicos de los estándares de este grupo, existe en la organización unas etapas iniciales de proactividad, pero la evidencia de evaluación y mejoramiento del enfoque es pobre.

La calificación también evidencia que la documentación, estandarización y socialización de políticas, directrices, métodos y procesos, en la mayoría de los estándares se ha implementado en algunas áreas de la organización pero aun reflejan debilidad y aun no se han desplegado hacia el cliente.

La calificación muestra que el resultado de los estándares del Proceso de atención al Cliente asistencial no responden a los productos claves del estándar, solo existen ejemplos anecdóticos y poco relevantes que no muestran ser el resultado de la implementación, no existen aun en la organización indicadores que muestren tendencias en la calidad y en el desempeño de los procesos, por lo tanto no se garantizan tendencias confiables y aun la organización no cuenta con prácticas de comparación con instituciones que muestren mejores resultados.

Tras la calificación de cada uno de los estándares del grupo se realizo la priorización de las oportunidades de mejora, teniendo en cuenta el riesgo para los

usuarios y/o colaboradores si no se realizaba, el costo que representa para la institución y el número de usuarios y/o colaboradores que se afectaría de no llevarse a cabo. (Ver Anexo 3).

La tabla 2, muestra el número de oportunidades de mejora priorizadas para los estándares del grupo Proceso de Atención al Cliente Asistencial, de acuerdo a los resultados de su criticidad.

Tabla 2. Priorización de oportunidades de mejora de los estándares del grupo Proceso de Atención al Cliente Asistencia, de acuerdo a su criticidad. E.S.E. Centro 1, Punto de atención Cajibío, 2012.

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	20	27%
MEDIA	54	73%
BAJA	0	0%
TOTALES	74	100%

^{OM} Oportunidades de mejora

Las oportunidades de mejora fueron priorizadas de acuerdo al riesgo que representa para usuarios y/o colaboradores el no implementar la oportunidad de mejora, el costo para la institución y el número de usuarios y/o colaboradores afectados. 20 oportunidades de mejora son de prioridad alta, es decir acciones por realizar en el corto plazo para mejorar la calidad y para que los estándares lleguen a una calificación de 2 al menos en el enfoque.

El grafico 1, muestra la calificación general por subgrupos de estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial.

Grafico 1. Calificación general por subgrupos de estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012



El grafico 1, muestra la calificación por subgrupos de estándares, donde se evidencia menos calidad en los estándares de derechos de los pacientes con una calificación de 1.13, evaluación de necesidades al ingreso con una calificación de 1.30, sedes integradas en red con una calificación de 1.34 y la ejecución del tratamiento con 1.35.

Ninguno de los subgrupos cuenta con una calificación para acreditación, por lo tanto aunque es necesario trabajar en todos los subgrupos de estándares es necesario reforzar el trabajo en los derechos de los pacientes, la evaluación de las

necesidades del paciente al ingreso a la institución y los criterios de calidad en los estándares de ejecución del tratamiento.

Para determinar el cumplimiento de los Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, se realizó también el análisis cualitativo del grupo de la sección de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, compuesta por seis grupos de estándares: Direccionamiento, Gerencia, Gerencia del talento humano, Gerencia del ambiente físico, Gerencia de la información, Gestión del ambiente físico. (Ver anexo 4, 5, 6, 7, 8 y 9).

De acuerdo al análisis Cualitativo realizado a cada uno de los estándares, la mayoría del grupo Apoyo administrativo Gerencial, no evidencian un enfoque desarrollado por lo que las oportunidades de mejora se orientan al diseño e implementación de políticas, procesos, estrategias, para que el enfoque empiece a ser sistemático y sean alcanzables los propósitos del estándar en las áreas clave de la institución.

Tras el análisis cualitativo de los estándares se realizó la calificación para cada uno de los estándares, las tablas 3, 4, 5, 6, 7 y 8 muestran la calificación por cada uno de los grupos de esta sección.

Tabla 3. Calificación de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de direccionamiento. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO												
ESTÁNDAR		ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					MEDIA
		Sistematicidad y amplitud	Pro actividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
1	Estándar 75. Código: (DIR1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	Estándar 76. Código: (DIR 2)	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1,5
3	Estándar 77. Código: (DIR3)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
4	Estándar 78. Código: (DIR.4.)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
5	Estándar 79. Código: (DIR.5)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	Estándar 80. Código: (DIR.6)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
7	Estándar 81. Código: (DIR7)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
8	Estándar 82. Código: (DIR8)	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1,6
9	Estándar 83. Código: (DIR9)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
10	Estándar 84. Código: (DIR10)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Estándar 85. Código: (DIR11)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
12	Estándar 86. Código: (DIR12)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
13	Estándar 87. Código: (DIRMCC1)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
TOTAL												1,3

La gran mayoría de los estándares de direccionamiento cuentan con un enfoque con una calificación de 2, evidenciando inicios de un enfoque sistémico, con procesos documentados pero aun no evaluados en las áreas clave de la organización. En cuanto a la implementación aun no existe un despliegue del enfoque hacia la institución y hacia los clientes internos y externos, en el resultado se evidencia que no existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y en el desempeño de los procesos es necesario iniciar la etapa de medición de los procesos implementados y los que se lleguen a implementar.

Tabla 4. Calificación de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE GERENCIA												
ESTÁNDAR		ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					Media
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
1	Estándar 88. Código: (GER1)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
2	Estándar 89. Código: (GER. 2)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
3	Estándar 90. Código: (GER. 3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
4	Estándar 91. Código: (GER. 4)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
5	Estándar 92. Código: (GER. 5)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	Estándar 93. Código: (GER.6)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	Estándar 94. Código: (GER.7)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
8	Estándar 95. Código: (GER.8)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
9	Estándar 96. Código: (GER.9)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
10	Estándar 97. Código: (GER.10)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Estándar 98. Código: (GER.11)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
12	Estándar 99. Código: (GER.12)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
13	Estándar 100. Código: (GER.13)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
14	Estándar 101. Código: (GER.14)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
15	Estándar 102. Código: (GERMCC1)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
TOTAL												1,4

Los estándares de gerencia en cuanto a documentación, estandarización y socialización de políticas, directrices métodos y procesos que la institución utiliza para el logro del propósito, aun no es sistemático, en algunos es aún reactivo y con información desarticulada, en los estándares con enfoque es mas documentados el despliegue hacia la organización y hacia el cliente interno y externo se realiza en áreas principales y se hacia pocos clientes, no existen datos que evidencien inicios de logros y efectos de la aplicación del enfoque.

Tabla 5. Calificación de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia del talento humano. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO											
ESTÁNDAR		ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS				
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1	Estándar 103. Código: (TH1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	Estándar 104. Código: (TH2)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	Estándar 105. Código: (TH3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Estándar 106. Código: (TH4)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,3
5	Estándar 107. Código: (TH5):	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,6
6	Estándar 108. Código: (TH6)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,4
7	Estándar 109. Código: (TH7)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,3
8	Estándar 110. Código: (TH8)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	Estándar 111. Código: (TH9)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	Estándar 112. Código: (TH10)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,3
11	Estándar 113. Código: (TH11)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	Estándar 114. Código: (TH12)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	Estándar 115. Código: (TH13)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	Estándar 116. Código: (TH14)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,4
15	Estándar 117. Código: (TH15)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	Estándar 118. Código: (THMCC1)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,5
TOTAL											1,2

El enfoque en los estándares de gerencia del talento humano es esporádico, la documentación de políticas, directrices y procesos es pobre, por lo tanto no hay un despliegue del enfoque de estos estándares hacia las áreas de la organización y hacia el cliente en este caso el interno que es el más importante en estos procesos, no se muestra aun en la institución logros y efectos en el talento humano de la aplicación del enfoque de los estándares.

Tabla 6. Calificación de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia del ambiente físico. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO												
ESTÁNDAR		ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Media
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
1	Estándar 119.	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
2	Estándar 120.	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
3	Estándar 121.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Estándar 122.	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
5	Estándar 123.	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
6	Estándar 124.	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
7	Estándar 125.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	Estándar 126.	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
9	Estándar 127.	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
10	Estándar 128.	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
11	Estándar 129.	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
TOTAL												1,5

En los estándares de gerencia del ambiente físico se evidencia un inicio de sistematicidad en algunas áreas de la organización, hay inicios de una documentación del enfoque, se evidencia también la calificación que el enfoque está en una etapa inicial de transición de la reactividad a la proactividad y un limitado proceso de evaluación del mejoramiento del enfoque, se inicia el despliegue del enfoque hacia la organización y hacia el cliente interno y externo, pero aun no se evidencia medición de logros.

Tabla 7. Calificación de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gestión de la tecnología. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA												
ESTÁNDAR		ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Media
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
1	Estándar 130. Código: (GT1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	Estándar 131. Código: (GT2)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
3	Estándar 132. Código: (GT3)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
4	Estándar 133. Código: (GT4)	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,1
5	Estándar 134. Código: (GT5)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
6	Estándar 135. Código: (GT6)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
7	Estándar 136. Código: (GT7)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
8	Estándar 137. Código: (GT8)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
9	Estándar 138. Código: (GT9)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	Estándar 139. Código: (GTMCC1)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1,9
TOTAL												1,4

El enfoque de los estándares de gestión de la tecnología está parcialmente documentado es mayoritariamente reactivo y con información anecdótica, el enfoque aun no se despliega a la institución y el cliente interno y externo, no hay datos que evidencien resultados, no hay indicadores que muestren la tendencia del enfoque de los estándares, no hay comparación con instituciones que tengan mejores resultados.

Tabla 8. Calificación de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia de la información. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE GERENCIA DE L INFORMACIÓN												
ESTÁNDAR		ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Media
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
1	Estándar 140. Código: (GI1)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
2	Estándar 141. Código: (GI2)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
3	Estándar 142. Código: (GI3)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
4	Estándar 143. Código: (GI4)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
5	Estándar 144. Código: (GI5)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
6	Estándar 145. Código: (GI6)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
7	Estándar 146. Código: (GI7)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
8	Estándar 147. Código: (GI8)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1,6
9	Estándar 148. Código: (GI9)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
10	Estándar 149. Código: (GI10)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Estándar 150. Código: (GI11)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	Estándar 151. Código: (GI12)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
13	Estándar 152. Código: (GI13)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
14	Estándar 153. Código: (GIMCC1)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
TOTAL												1,6

El grupo de estándares de gerencia de la información tiene una estandarización y socialización de procesos, políticas, directrices y métodos más documentada, es más preventivo, y hay inicios de evaluación de mejoramiento del enfoque, hay

más despliegue o implementación del enfoque en áreas principales de la institución, pero no se evidencian resultados

Tras la calificación de cada uno de los estándares del grupo de Apoyo – Administrativo gerencial, se realizó la priorización de las oportunidades de mejora, teniendo en cuenta el riesgo para los usuarios y/o colaboradores si no se realizaba, el costo que representa para la institución y el número de usuarios y/o colaboradores que se afectaría de no llevarse a cabo. (Ver Anexo 10, 11, 12, 13, 14 Y 15).

Las Tablas 9, 10, 11, 12, 13 y 14 muestran la priorización de las oportunidades de mejora para los grupos de estándares de Direccionamiento, Gerencia, Gerencia del Talento Humano, Gerencia del ambiente físico, Gestión de la tecnología y gerencia de la información respectivamente, de acuerdo a su criticidad.

Tabla 9. Priorización de oportunidades de mejora de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de direccionamiento. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	5	42%
MEDIA	6	50%
BAJA	1	8%
TOTALES	12	100%

^{OM} Oportunidades de mejora

En el grupo de estándares de direccionamiento se deben priorizar 5 oportunidades de mejora, 6 se deben realizar en el mediano plazo y hay una oportunidad de mejora para realizar en el largo plazo.

Tabla 10. Priorización de oportunidades de mejora de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	4	27%
MEDIA	9	60%
BAJA	2	13%
TOTALES	15	100%

^{OM} Oportunidades de mejora

En los 15 estándares de gerencia son de alta prioridad 4 oportunidades de mejora, estas se ejecutaran de en el segundo periodo del 2012, 9 oportunidades de mejora son de prioridad media para realizar en el mediano plazo y 2 oportunidades de mejora para realizarlas en el largo plazo.

Tabla 11. Priorización de oportunidades de mejora de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia de talento humano. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	5	31%
MEDIA	11	69%
BAJA	0	0%
TOTALES	16	100%

^{OM} Oportunidades de mejora

El grupo de estándares de gerencia del talento humano solo cuenta con 5 oportunidades de mejora de alta prioridad, siendo el grupo de estándares en el que más se debe trabajar por obtener la calificación más baja de los del grupo apoyo administrativo y gerencial. Las oportunidades de mejora priorizadas son las más urgentes para empezar a alcanzar un enfoque sistemático con despliegue hacia áreas importantes de la institución y a un mínimo número de clientes internos.

Tabla 12. Priorización de oportunidades de mejora de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia del ambiente físico. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	2	18%
MEDIA	9	82%
BAJA	0	0%
TOTALES	11	100%

^{OM} Oportunidades de mejora

Los estándares del grupo de gerencia del ambiente físico solo cuentan con 2 oportunidades de mejora de alta prioridad, aunque cuentan con una baja calificación y deberían tener un mayor número de priorización son las más difíciles de alcanzar puesto que es necesario para su logro una disponibilidad grande de presupuesto, por lo que para el P.A.M.E.C. del segundo semestre del año 2012 solo ingresaron 2 oportunidades de mejora, el resto (9) se plantan para ser alcanzadas en el mediano plazo.

Tabla 13. Priorización de oportunidades de mejora de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gestión de la tecnología. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	2	20%
MEDIA	8	80%
BAJA	0	0%
TOTALES	10	100%

^{OM} Oportunidades de mejora

Las oportunidades de mejora de Gestión de la tecnología también necesitan disponibilidad presupuestal puesto que las que tienen baja calificación necesitan inversión en mantenimiento y renovación de equipos para la institución, por lo cual se priorizaron las que son mas criticas en el riesgo que se produce para el cliente interno y/o externo si la oportunidad de mejora no se llegara a implementar.

Tabla 14. Priorización de oportunidades de mejora de la sección de de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia de la información. E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	2	14%
MEDIA	12	86%
BAJA	0	0%
TOTALES	14	100%

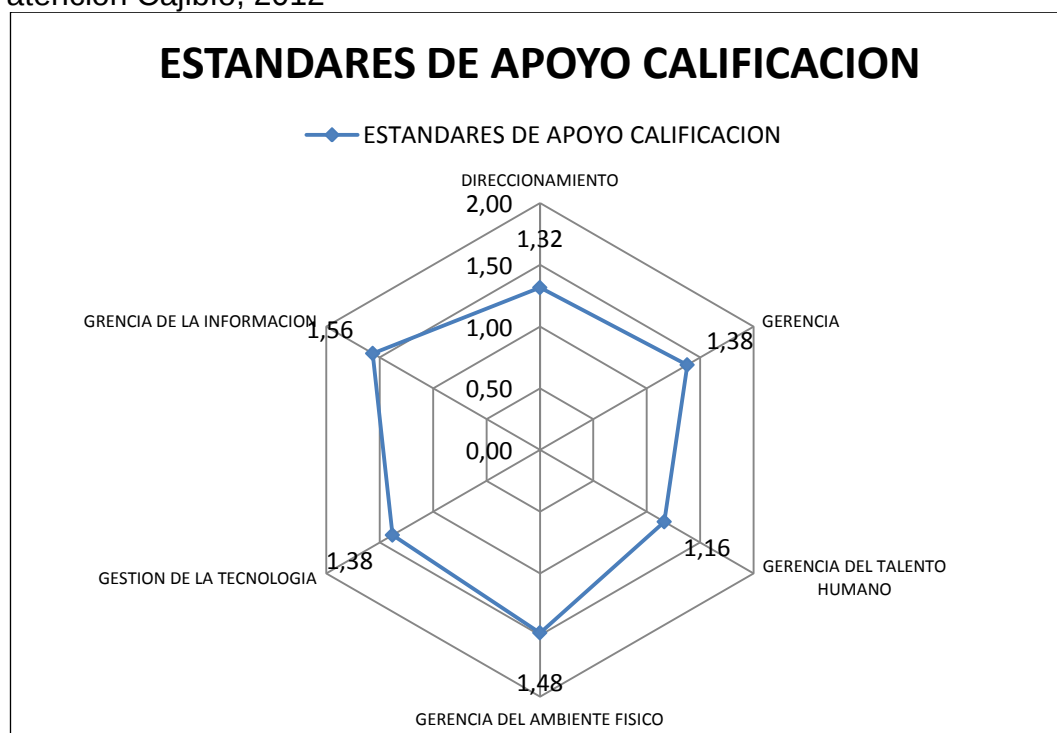
^{OM} Oportunidades de mejora

En las oportunidades de mejora de Gerencia de la Información, solo se presentaron 2 oportunidades de mejora con prioridad alta para ser realizadas en el

corto plazo, 12 oportunidades de mejora no tiene puntuación crítica por encima del 75% por lo tanto pueden desarrollarse en el mediano plazo.

Par a observar cómo se encuentra la institución en los grupos de estándares de apoyo administrativo gerencial El grafico 2, muestra la calificación general.

Grafico 2. Calificación general por grupos de estándares de la sección de estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012



De acuerdo al grafico 2, es necesario reforzar las acciones en la gerencia del talento humano, en los estándares de gerencia y en los de direccionamiento si la institución quiere optar por certificarse como acreditada, ninguno de los grupos alcanza una calificación mínima para la acreditación, se observa que la

organización tiende a fortalecerse en su trabajo de la gerencia de la información, pero es necesario que esto vaya de acuerdo a la misión, visión de la institución para que no se aleje del plan estratégico.

Para determinar el cumplimiento de los estándares de mejoramiento de la calidad, se realizó el análisis cualitativo del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad integrado por el levantamiento de una línea de base donde se establece los procesos con los que cuenta actualmente la institución y que están relacionados con el estándar, las fortalezas que se identificaron, las oportunidades de mejora para cada estándar y el proceso a mejorar. (Ver anexo 16).

El análisis cualitativo muestra que la institución lleva muchos años trabajando orientada hacia la calidad, pero este trabajo no cumple con estándares de planeación, por lo tanto las actividades que se han venido realizando son desarticuladas y aun no hay tendencias de medición.

Tras el análisis cualitativo se realizó la calificación de cada uno de los estándares, la cual se muestra en la tabla 15. De acuerdo a la calificación obtenida, todos los estándares cuentan con un comienzo de un enfoque sistemático para alcanzar los propósitos básicos del estándar, es el grupo de estándares que cuenta con mayor proactividad y se evidencia un proceso limitado de evaluación y mejoramiento del enfoque.

Este grupo de estándares cuenta con un despliegue de la documentación y socialización de políticas, directrices y procesos, solo en algunas áreas de la institución y hacia unos pocos clientes, pero esta evidencia no es consistente, en cuanto a los logros y efectos de la aplicación del enfoque, existen datos parciales de unos cuantos indicadores, no hay evidencia de que los logros sean el resultado de la implementación del enfoque, no existen tendencias de calidad y de desempeño de los procesos de mejoramiento continuo, no existe evidencia de políticas ni de procesos de comparación de la institución con los mejores.

Tabla 15. Calificación del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad, E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012.

CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD												
ESTÁNDAR		ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					Media
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
1	Estándar 154. Código: (MCC1)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1,7
2	Estándar 155. Código: (MCC2)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1,4
3	Estándar 156. Código: (MCC3):	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8
4	Estándar 157. Código: (MCC4):	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1,5
5	Estándar 158. Código: (MCC5):	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1,3
TOTAL												1,5

Las oportunidades de mejora que se establecieron en el análisis cualitativo para el grupo de estándares de mejoramiento se priorizaron en una matriz donde se evaluó el riesgo para los usuarios y o colaboradores, el costo para la institución y el número de usuarios y/o colaboradores afectados de no llevarse a cabo la oportunidad de mejora. (Ver anexo 17). La tabla 16, muestra la priorización de las oportunidades de mejora del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad, de acuerdo a su criticidad.

Tabla 16, Priorización de las oportunidades de mejora del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad, E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012

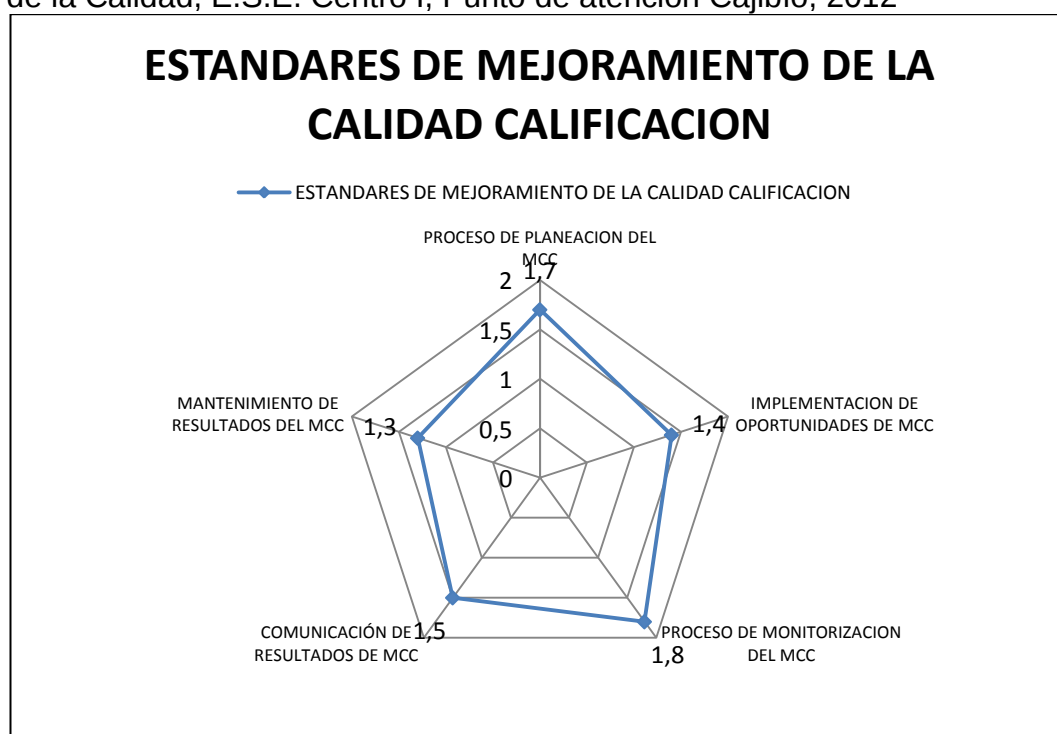
PRIORIDAD	No. OM	%
ALTA	2	40%
MEDIA	3	60%
BAJA	0	0%
TOTALES	5	100%

^{OM} Oportunidades de mejora

El grafico 3, muestra la calificación general del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad, de acuerdo a este grafico la institución cuenta con una mayor puntuación en la monitorización del Mejoramiento Continuo de la Calidad (M.C.C.), esta calificación se presenta porque la normatividad exige a todas las instituciones prestadoras de salud el reporte trimestral de los indicadores del Sistema de información de la calidad, pero una puntuación mas baja en el mantenimiento del M.C.C., porque estos procesos o resultados del mantenimiento de la calidad no están totalmente estandarizados existe documentación no organizada ni analizada.

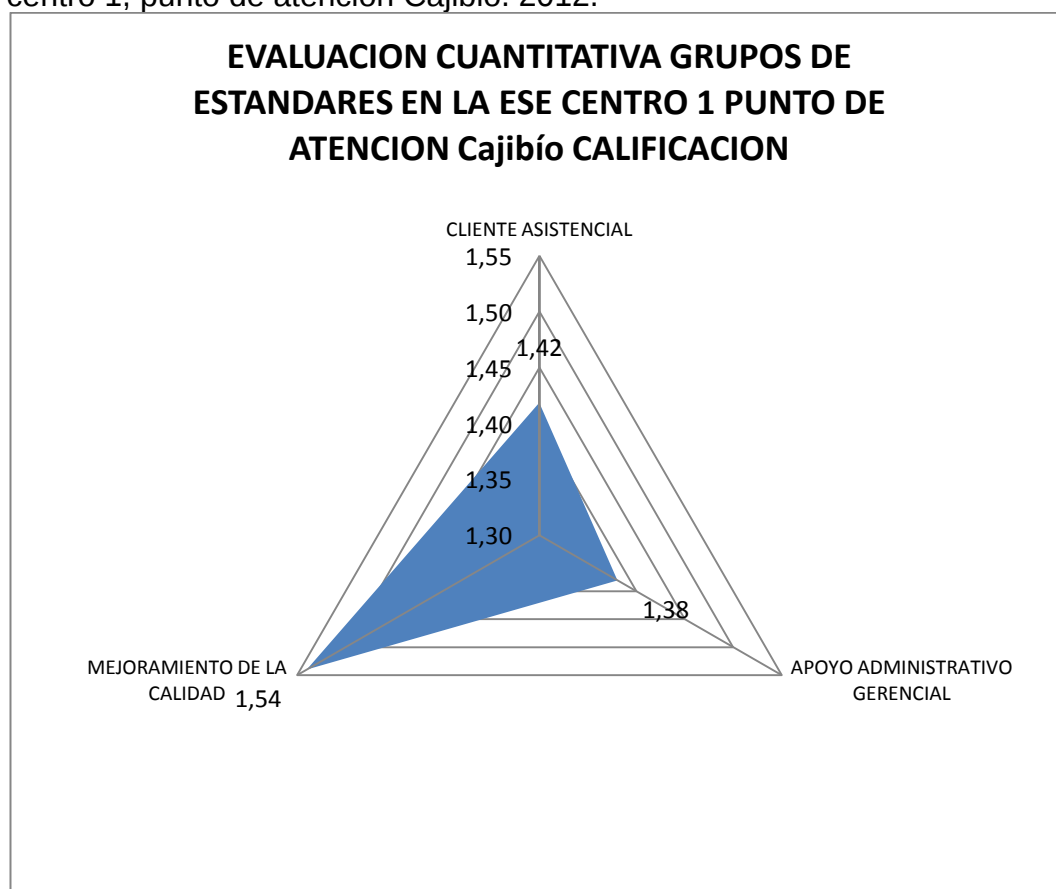
Es necesario que el M.C.C. se trabaje desde su planeación, y así implementar oportunidades de mejora que se identifiquen en la planeación del proceso, para que a monitorización, el mantenimiento y los resultados del M.C.C. se den de acuerdo a los criterios de los estándares de acreditación.

Grafico 3. Calificación general del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad, E.S.E. Centro I, Punto de atención Cajibío, 2012



El grafico 4, muestra la calificación general por cada grupo de estándares en la E.S.E. Centro 1, Punto de atención Cajibío, este gráfico muestra que la organización presenta un trabajo importante en los estándares del grupo de M.C.C., se necesita un trabajo muy fuerte en los estándares del grupo Apoyo Administrativo gerencial y en los del grupo cliente asistencial estos últimos aun mas importantes porque son los que se encuentran mas relacionados con la misión de la institución.

Grafico 4. Calificación general por cada grupo de estándares, E.S.E. centro 1, punto de atención Cajibío. 2012.



Las oportunidades de mejora de cada grupo de estándares, que obtuvieron un resultado de alta prioridad, se utilizaron para la elaboración del P.A.M.E.C., el cual se desarrollara en el segundo semestre del 2012 por estar compuesto de oportunidades de mejora críticas cuyas acciones deben realizarse en el corto plazo, el documento P.A.M.E.C. completo se encuentra en el anexo 18.

8. DISCUSIÓN

Colombia viene trabajando en la prestación de servicios con criterios de calidad, se han desarrollado estrategias como la acreditación, un proceso voluntario pero con una serie de estímulos planteados y definidos por la normativa, prepararse para la acreditación es para las instituciones públicas algo obligatorio ya que estas instituciones se encuentra simultáneamente cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y el Sistema de Gestión de Calidad de la Rama Ejecutiva del Poder Público (Congreso de la república de Colombia, 2003), por lo tanto es necesario desarrollar procesos de autoevaluación y mejora contra los estándares de acreditación.

En Colombia existen 948 I.P.S. de primer nivel y de estas solo el 0,31% han sido acreditadas, no existe evidencia disponible de cuántas de estas I.P.S. estén trabajando en procesos de preparación para la acreditación, cuantas estén llevando a cabo un proceso de preparación serio y aunque podría decirse que muchas I.P.S. tiene la percepción que prepararse para la acreditación es realizar un P.A.M.E.C. contra estándares de acreditación sin antes establecer una metodología o una planeación del proceso.

La primera puerta de ingreso de un usuario a la prestación de un servicio de salud son las instituciones que prestan servicios de primer nivel de complejidad, por lo tanto los servicios con criterios de calidad deberían fortalecerse en estos niveles más ahora que Colombia quiere plantear un sistema de salud basado en la

atención Primaria (A.P.S.), si se fortalece la calidad en la prestación de servicios de bajo nivel de complejidad nos estaríamos asegurando “hacer las cosas bien desde el principio”.

Los resultados que arrojo este estudio de verificación del cumplimiento de estándares de acreditación en la ESE Centro 1, Punto de Atención Cajibío, es la radiografía de lo que pasa en la mayoría de I.P.S. de primer nivel de complejidad en Colombia, donde la asistencia que se brinda para que una institución se acredite es mínima, no se ha pasado de dar a conocer los conceptos del sistema Único de acreditación y por esto tras la evaluación la acreditación se convierte en una utopía para las instituciones.

Encontramos una institución que trabaja más en estándares de mejoramiento continuo de la calidad, porque es algo que obligatoriamente tiene informar trimestralmente, pero las instituciones actualmente no realizan análisis de esta información y aunque existe un proceso documentado, las instituciones no tienen conocimiento de que el M.C.C. debe ser un proceso planeado, donde se identifiquen unas oportunidades de mejora que deben ser implementadas para que la institución se oriente hacia el mantenimiento de la calidad.

En cuanto al Proceso de atención al cliente asistencial, se ha venido trabajando en seguridad del paciente y la institución ha descuidado los derechos y deberes de los pacientes de los pacientes, la humanización de los servicios de salud, el acceso

étnico y cultural, la planeación del proceso de atención, la ejecución del tratamiento, estos procesos son los más importantes puesto que son los que se relacionan con la misión de las instituciones.

Los estándares de apoyo Administrativo gerencial, requieren de más desarrollo en las instituciones puesto que se desliga la administración de la misión de la institución, las instituciones que prestan servicios de primer nivel de atención reciben menos apoyo para la gestión de la tecnología puesto que la baja complejidad no requiere equipos muy desarrollados, pero si requiere que estos equipos se renueven o reciban mantenimiento para evitar riesgos a los clientes internos y externos y se hace necesario evaluar la disponibilidad de presupuesto para estas acciones.

Es necesario fortalecer la estrategia de acreditación en las Instituciones que prestan servicios de primer nivel de complejidad ya que son la puerta de entrada de los usuarios al sistema, la atención con calidad en la baja complejidad disminuirá el uso de servicios de alta complejidad y de esta forma reducirá el gasto en salud, es aun más necesario para trabajar en la política de A.P.S. que el estado desea implementar.

9. CONCLUSIONES

Los procesos de acreditación en salud, son un componente fundamental para mejorar la prestación de servicios por parte de las instituciones De Salud, teniendo por justificación el mejoramiento de las condiciones de salud y de satisfacción de los usuarios, tratando de identificar y exceder las expectativas y necesidades de los mismos, así como también las de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad en general.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, hace que las Instituciones prestadoras de servicios de salud, se enfoquen en la satisfacción al usuario en cuanto a accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de los procesos. La autoevaluación de los estándares de acreditación en la ESE CENTRO I fue esencial para determinar las variables claves para el proceso del planteamiento del plan de mejoramiento.

La institución cuenta con una calificación global de 1.49, lo que muestra que aun no esta preparada para entrar a una ruta critica de acreditación y postularse para ser certificada como acreditada, se encontró que la mayoría de los estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial y los estándares de mejoramiento de la calidad, se encuentran por debajo del promedio, las acciones encaminadas a prevenir los potenciales riesgos en que incurre el personal, los usuarios y sus familias son fundamentales para el

fortalecimiento del estándar y así garantizar la calidad de los procesos en sus áreas de atención.

La operatividad de los comités y sus reuniones periódicas ayudan al funcionamiento y a superar limitantes en los procesos desarrollados en el hospital, sin embargo, la mayoría de estos son poco funcionales ya que se evidencia documentación pero no se hacen revisiones periódicas, las acciones de seguimiento, revisión, capacitación, educación y simulacros al personal en temas relacionados con los planes, programas y protocolos desarrollados por la Institución, no se realizan periódicamente.

Es necesario desarrollar las acciones que se plantean en el P.A.M.E.C., fortalecer los procesos misionales, ya que estos son la razón de ser de la institución, es necesario que los procesos de apoyo administrativo gerencial, se integren mas a la estrategia de acreditación ya que en comparación son los que tienen la calificación más baja, el M.C.C. debe ser un proceso planeado y no acciones esporádicas de reporte de indicadores.

La acreditación es una estrategia que busca la satisfacción del usuario e ir mas allá, logrando superar las expectativas que el usuario tiene de la prestación de servicios de salud, basados en la seguridad de paciente, se debe resaltar que en acreditación es importante también la satisfacción del cliente interno y en este

proceso es donde se menos se evidencia el trabajo de la institución, donde hay menos procesos estandarizados.

10. RECOMENDACIONES

- Los cambios en la normatividad y en el ambiente, exigen que los planes, programas y protocolos existentes, deban ser revisados y adecuados a las necesidades presentadas; dichas actividades deberán ser realizadas por parte de los comités encargados, para mantener actualizada la información presente en el hospital de Cajibío.
- Disponer de los recursos humanos, económicos, físicos necesarios para la realización de las actividades planteadas en el P.A.M.E.C.
- El recurso humano de la institución debe estar comprometido y consciente de la importancia de ejecutar las actividades y los cambios pertinentes, realizar sus funciones responsablemente y generar soluciones a problemas que se presenten en sus respectivas áreas de trabajo.
- Socializar los resultados alcanzados a toda la Institución, con el propósito de incentivarlos a seguir con el proceso de mejoramiento y obtener la acreditación.
- Informar a la comunidad en general, sobre los procesos y resultados obtenidos, con la intención de hacerlos más participes en sus aportes y actividades planteadas en el plan de mejoramiento de la institución.
- Velar por el óptimo funcionamiento de los comités, para que se dé un desarrollo favorable de los procesos que conducen al mejoramiento de la calidad en el hospital.

- Implementar capacitaciones permanentes sobre servicio al usuario, avances del sector salud y su impacto en los procesos y perfiles de los empleados del hospital.
- Concertar con la Alcaldía Municipal la adecuación del hospital con el fin de brindar las condiciones físicas y de seguridad sanitaria.

Bibliografía.

1. Ministerio de la Protección Social. (2007). Guía Práctica de preparación para la acreditación en salud. Santa Fe de Bogotá, D.C.
2. ALPHA Agenda. (2000).
3. Bertoglio, O. (1992). Introducción a la teoría general de Sistemas. Grupo Noriega editores.
4. Codman, F. y. (s.f.). PIONEROS DE LA ACREDITACIÓN. Obtenido de www.itaes.org.ar/biblioteca/flexnerCodman.pdf: www.itaes.org.a
5. Congreso de la República. (1993). Ley 100. Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social. Bogotá, Colombia.
6. Congreso de la República de Colombia. (2003). Ley 872. Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios. Bogotá, Colombia.
7. Ministerio de la Protección Social. Boletín de Seguridad del paciente. Bogotá: Dirección general de Calidad de Servicios
8. Donabedian, A. (1996). Garantía de la Calidad ¿quién es responsable?
9. International Accreditation Standards for Healthcare External Evaluation Bodies. (s.f.).
10. International Principles for Healthcare Standards. (s.f.).
11. INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS. Sistema Único de Acreditación en Salud. [ref de. 12 de julio de 2010]. Disponible en Web: <http://www.acreditacionensalud.org.co/>

12. Kerguelen, C. (s.f.). ¿Calidad en salud: que es? sus implicaciones en el Sistema Obligatorio de garantía de calidad colombiano. Centro de gestión Hospitalaria.
13. OROZCO AFRICANO, Julio Mario. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SOGCS. [ref. de. 11 de agosto de 2010]. Disponible en Web: www.eumed.net/libros/2008b/408/
14. Ministerio de la Protección Social. (2002). Decreto 2309. Bogotá, Colombia.
15. Ministerio de la Protección Social. (2006). Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Santa fe de Bogotá.
16. Ministerio de la Protección Social. (2006). Resolución 1445. Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Bogotá, Colombia.
17. Ministerio de la Protección Social. (2011). Boletín de seguridad del paciente. Bogotá.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Resolución 0123. Bogotá Colombia.
19. Ministerio de la Protección Social (2010). Gestión de la Calidad Basada en Datos y Hechos. Boletines 2, 3, y 4, Observatorio de Calidad de la atención en salud. Bogotá, Colombia.
20. Ministerio de la Protección Social. (2011). Manual de estándares de acreditación ambulatorio y Hospitalario Colombia. Versión 3. Bogotá.

21. Ministerio de la Protección Social - Programa de apoyo a la Reforma de Salud. (2008). Calidad de la salud en Colombia, los principios. Bogotá: Scripto Ltda.
22. Ministerio de Salud. (s.f.). Decreto 2174. 1996. Bogotá, Colombia.
23. Ministerio de la Protección social (2007). Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. Bogotá, Colombia.

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizó (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C.,

NOMBRE COMPLETO: Astrid Lorena Urbano Ruiz
FIRMA: Astrid Lorena Urbano Ruiz
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1061693570
FACULTAD: de Postgrados
PROGRAMA ACADÉMICO: Auditoría

NOMBRE COMPLETO: Maiten Stella Ortiz Romero
FIRMA: Maiten Stella Ortiz Romero
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34330446
FACULTAD: de Postgrados
PROGRAMA ACADÉMICO: Auditoría

NOMBRE COMPLETO: Kelly Marcela Parra
FIRMA: Kelly Marcela Parra
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 34331483
FACULTAD: de Postgrados
PROGRAMA ACADÉMICO: Auditoría

NOMBRE COMPLETO: _____
FIRMA: _____
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____
FACULTAD: _____
PROGRAMA ACADÉMICO: _____

Fecha de firma: Junio 29 de 2012

LICENCIA DE USO – AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo Astrid Lorena Urbano Ruiz
Tipo de documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Número: 10 616 93570
Nombre Completo Marken Stella Ortiz Romero
Tipo de documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Número: 34 3304 46
Nombre Completo Kelly Marcela Benavides
Tipo de documento de identidad: C.C. ☒ T.I. ☐ C.E. ☐ Número: 34 331 483
Nombre Completo —
Tipo de documento de identidad: C.C. ☐ T.I. ☐ C.E. ☐ Número: —

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

"Cumplimiento de los estándares de Acreditación de la ESE Centro I - Punto de Atención Cajibío"

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI ☐ NO ☒
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio