FACTORES QUE INTERFIEREN LOS ESTÁNDARES ASISTENCIALES DE ACREDITACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN NIVEL PRIMERO (I) DE ATENCIÓN EN SALUD

LEIBY OLIVIA VIVAS GARCÍA

MERYBETH ACOSTA POSADA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE LA SALUD

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

DICIEMBRE 2021

FACTORES QUE INTERFIEREN LOS ESTÁNDARES ASISTENCIALES DE ACREDITACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN NIVEL PRIMERO (I) DE ATENCIÓN EN SALUD

LEIBY OLIVIA VIVAS GARCÍA

MERYBETH ACOSTA POSADA

TRABAJO DE GRADO

FACTORES QUE INTERFIEREN LOS ESTÁNDARES ASISTENCIALES DE ACREDITACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN NIVEL PRIMERO (I) DE ATENCIÓN EN SALUD

Directora

CAROLINA GONZALEZ

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

DICIEMBRE 2021

Santiago de Cali, 10 diciembre de 2021

Doctor
SILVIO BORRERO CALDAS
Decano
Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

Asunto: Entrega de trabajo de Grado.

Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es

"FACTORES QUE INTERFIEREN LOS ESTÁNDARES ASISTENCIALES DE

ACREDITACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN NIVEL PRIMERO (I) DE ATENCIÓN EN SALUD".

Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente

Merybeth Acosta Posada
Cédula 1130668187

Leiby Olivia Vivas Garcia
Cédula 34317226

Santiago de Cali, 10 de diciembre de 2021

Doctor

SILVIO BORRERO CALDAS

Facultad de Ciencias Económicas y

AdministrativasPontificia Universidad Javeriana

La Ciudad

Asunto: Entrega de trabajo de Grado.

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado "FACTORES QUE INTERFIEREN LOS ESTÁNDARES ASISTENCIALES DE ACREDITACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN NIVEL PRIMERO (I) DE ATENCIÓN EN SALUD", realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana nombres: MERYBETH ACOSTA y LEIBY OLIVIA VIVAS cédula 1130668187 y 34317226 respectivamente y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente

CAROLINA GONZALEZ
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 10 de diciembre de 2021

Doctor

SILVIO BORRERO CALDAS

Facultad de Ciencias Económicas y

AdministrativasPontificia Universidad

Javeriana

La Ciudad

Asunto: Entrega de trabajo de Grado.

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado "FACTORES QUE INTERFIEREN LOS ESTÁNDARES ASISTENCIALES DE ACREDITACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN NIVEL PRIMERO (I) DE ATENCIÓN EN SALUD", realizado por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana nombres: MERYBETH ACOSTA y LEIBY OLIVIA VIVAS cédula 1130668187 y 34317226 respectivamente y considero que cumple con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente

a.66996907

CAROLINA GONZALEZ
Director del Trabajo de Grado

ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de1946

"La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia".

“Factores que interfieren los estándares asistenciales de acreditación en una institución nivel primero (I) de atención en salud”Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE LA SALUD.

SILVIO BORRERO CALDAS
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

CLAUDIA I VIVAS T
Director
Maestría en Gerencia de Organizaciones de la Salud

PEDRO JOSE VILLAMIZAR B.
Jurado

DIANA CAROLINA GONZALEZ

DIANA CAROLINA GONZALEZ
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, (27 enero de 2022)

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN 5
PALABRAS CLAVES: 5
ABSTRACT 5
KEYWORDS 5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 6
1.1 JUSTIFICACIÓN 9
2. MARCO TEÓRICO 12
2.1. Antecedentes 12
2.2. Marco Conceptual 21
2.2.1. La institución 21
2.2.1 Calidad 23
2.2.2 Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad 24
2.3. Marco de Acreditación 28
2.3.1 Acreditación 28
2.3.2. Sistema único de acreditación (SUA) 30
2.4 MARCO LEGAL 34
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS ESPERADOS 37
3.1 OBJETIVO GENERAL 37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 37
4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 38
4.1 Tipo de Investigación 38
4.2 Diseño de Investigación 38
4.3 Población y muestreo 40
4.4 Instrumento de Recolección 40
4.5 Criterios de Inclusión 40
4.6 Criterios de Exclusión 41
4.7 Fuentes de información 41
4.8 Diseño Y Análisis de los datos 41
4.9 Consideraciones éticas 42

4.10 Sesgos del estudio 42
5. RESULTADOS 43
5.1 Derechos de los pacientes 43
5.2 Seguridad del paciente 45
5.3 Acceso de los usuarios 47
5.4 Registro e ingreso 49
5.5. Evaluación de necesidades al ingreso 50
5.6. Planeación de la atención 52
5.7. Ejecución del tratamiento 56
5.8 Evaluación de la atención 58
5.9 Salida y seguimiento 59
5.10 Referencia y contrarreferencia 60
5.11 Estándar 75 - Proceso de Mejoramiento 61
6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES 62
7. ANEXOS 73
ANEXO 7.1 INSTRUMENTO DE EVALUACION 73
ANEXO 7.2 ESCALA DE EVALUACION (HOJA RADAR) 76
ANEXO 7.3. CRONOGRAMA 77
ANEXO 7.4. RECURSOS Y PRESUPUESTO 78
ANEXO 7.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO 79
ANEXO 7.6. CARTAS DE AUTORIZACIÓN 80
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 81

Tabla de ilustraciones

Ilustración 1. Medición a los derechos de los pacientes....43

Ilustración 2. Estándares seguridad del paciente....45

Ilustración 3. Acceso de los usuarios a los servicios de la ESE Niv. I El Tambo.....47

Ilustración 4. Registro e ingreso de usuarios de la ESE Niv. 1 El Tambo....49

Ilustración 5. Necesidades al ingreso de los usuarios....50

Ilustración 6. Planeación para la atención....52

Ilustración 7. Ejecución del tratamiento clínico....56

Ilustración 8. Evaluación de la atención al usuario....58

Ilustración 9. Salida y seguimiento al usuario....59

Ilustración 10. Referencia y contrareferencia clínica....60

RESUMEN

Al revisar los estándares de acreditación en salud y la evaluación de los resultados de la ESE nivel I del municipio de El Tambo, en el departamento del Cauca, siguiendo un estudio de corte transversal, apoyado con la estadísticas descriptiva, se encuentra que la institución hospitalaria, no cumple con todos los criterios exigidos para la acreditación a pesar de tener un nivel de aceptación del 93.01 % en gestión de hospitales públicos en el año 2020 y varios indicadores en el nivel alto. Para esta fase se prioriza el mejoramiento la gestión asistencial de los pacientes y el seguimiento al personal que egresa de la entidad.

PALABRAS CLAVES:

Acreditación, ESE Hospital, Estándares de Acreditación, Calidad de salud.

ABSTRACT

When reviewing the health accreditation standards and the evaluation of the results of the ESE level 1 of the municipality of El Tambo, in the department of Cauca, following a cross-sectional study, supported by descriptive statistics, it is found that the hospital institution, does not meet all the criteria required for accreditation, despite having an acceptable level of 93.01% in public hospital management in 2020 and several indicators at the high level. For this phase, priority is given to improving the management of patient care and the monitoring of personnel leaving the entity.

KEYWORDS

Accreditation, ESE Hospital, Accreditation Standards, Health Quality.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las instituciones prestadoras de salud, por sus siglas IPS, están cada vez más interesadas en el proceso de acreditación ya que permite tener estándares de calidad más altos y ser más reconocidas a nivel nacional, haciendo que sus usuarios quieran recibir los servicios prestados en la institución, evitando sanciones por no cumplimiento de normas sobre la calidad en la prestación, que han sido establecidas por el Congreso de la República y el Ejecutivo, tales como: Decreto N° 903 de 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014); Decreto 1011 de 2006 (Ministerio de la Protección Social, 2006a); Resolución 2082 de 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014); entre otras, por lo que con la implementación de estos estándares se puede garantizar que la institución no solo sea sostenible si no rentable a nivel económico. Este creciente interés de las instituciones a acreditarse ha hecho que el gobierno nacional se ponga en la tarea de establecer Leyes y Decretos que describen claramente cómo realizar el proceso de acreditación basado en altos estándares de calidad.

El hospital nivel I de El Tambo, el cuál a raíz de la reestructuración recibió el nombre de Empresa Social Del Estado Hospital De El Tambo Cauca, desde la gerencia y sus colaboradores se encuentra dispuestos a orientar la gestión a la obtención de beneficios y resultados para el individuo, la familia y la comunidad mediante el mejoramiento continuo de los procesos, y la búsqueda diaria de métodos para incentivar la calidad y la satisfacción del cliente con idoneidad y humanización. En el momento tiene una calificación de gestión de hospitales públicos del 93,01% obteniendo el primer lugar para el último trimestre del 2020, comprometido con este proceso de calidad y gestión, es una motivación para empezar el proceso de acreditación, y lograr su reconocimiento a nivel del departamento.

Con los cambios que se han realizado dentro del municipio, la nueva gerencia del hospital, como propósito dentro de su cultura organizacional, y de liderazgo para el municipio, busca mejorar la calidad en la prestación de sus servicios, y considera indispensable realizar: a) diagnóstico previo para implementar su proceso de acreditación; b) el diseño del documento de evaluación de los indicadores de las gestiones para el mejoramiento; c) la implementación de los elementos para el mejoramiento.

Por lo anterior, el proceso de acreditación en salud para la ESE Nivel I de El Tambo – Cauca, tiene algunos elementos y situaciones que requieren de la discusión, entre los que se destaca el estándar para diagnosticar y hacer el monitoreo sobre los componentes de la evaluación que no han tenido una progresión hacia la calidad, o que se han quedado estancados en el tiempo, precisamente porque han sido absorbidos por elementos que vienen funcionando bien y que invisibilizan aspectos que requieren de perfeccionamiento, además de ello porque, es importante realizar una investigación al tenor de la percepción que la población tiene acerca de la prestación del servicio en los últimos meses, y cómo se ha efectuado el derecho fundamental a la salud, encaminado a garantizar certeza administrativa y asistencial en la atención a los pacientes, que contribuye en la toma de decisiones. Así pues, en la medida en que se vaya determinando dentro de la ruta de acreditación de calidad las diferentes problemáticas que se presentan o las posibles amenazas que tiene la ESE Nivel I de El Tambo, es posible plantearse soluciones que contribuyan a que el proceso de acreditación genere oportunidades de mejoramiento y de toma de decisiones a futuro.

Otro aspecto destacado es el seguimiento a las políticas de responsabilidad social y de la cultura organizacional, con lo cual, se avance en todos los frentes para aportar en el desarrollo regional del municipio. Por todo ello, surge la necesidad de determinar en la investigación ¿cuáles son los

factores que interfieren a los estándares de acreditación en salud en el hospital nivel I de atención?

1.1 JUSTIFICACIÓN

Para las autoras de la investigación y la institución - ESE Hospital de El Tambo departamento del Cauca (Colombia), realizar este estudio es pertinente en el sentido de que contribuye en la identificación de los factores que interfieren los estándares de acreditación, porque con los hallazgos encontrados en el proceso del diagnóstico a través de la evaluación de las gestiones, se podrán determinar las estrategias administrativas y asistenciales que permitirán realizar un plan de acreditación, analizando estos factores conocerán sus oportunidades de mejora, en lo concerniente a la calidad, y a su vez es un recurso para la institución porque aporta a uno de sus propósitos como es la acreditación logrando excelencia y mayor beneficio a sus usuarios, y estar en un ranking dentro de varios hospitales, logrando ser pionero en su departamento y porque no a nivel nacional.

Para lograr identificar estos factores se utilizó como herramienta principal la medición por medio de la aplicación del cuestionario basado en el Manual de Acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia Versión 3,1, de acuerdo a la Resolución 2082 de 2014 y el Decreto 903 del 2014, los cuales hacen referencia al sistema único de acreditación en salud, por lo tanto se busca no solo una óptima adecuación de procesos, instalaciones y documentación, sino que todas estas acciones se orienten a la búsqueda del mejoramiento continuo del servicio centrado en el usuario. (Auditoría et al., 2020).

Realizar esta investigación tiene justificantes por razones sociales dado que en el municipio de El Tambo – Cauca, el cuál es un municipio de sexta categoría, su contexto geográfico está conformado por más del 90 % de área rural, sin muchas condiciones sociales y de infraestructura para garantizar la salud de las personas, por lo que hay factores que interfieren la salud, de los

cuales, algunos pasan por situaciones sociales, de precariedad económica, carencia y/o desabastecimiento en productos de primer orden en la alimentación, los cuales contribuyen a que la población esté propensa a sufrir algunas enfermedades tropicales, las cuales de acuerdo con la OMS (2020) están "relacionadas con la pobreza, requieren un abordaje integrado y multidisciplinario". Es decir, que producto de las dificultades que se presentan en la ruralidad, en especial por la falta de agua potable y saneamiento básico, estas enfermedades atacan a la población, por lo que se requiere de instituciones prestadores de salud acreditadas en calidad, para mitigar los efectos de estas patologías, mediante los servicios asistenciales y administrativo, situación que contribuye con el desarrollo regional, posibilitando alcanzar más años en la expectativa de vida de la población, en especial, para aquellos que se encuentran en situación de vulnerabilidad, tales como adultos mayores, menores de edad y personas que padezcan patologías congénitas.

Por otro lado, se justifica la investigación a razón de la necesidad de mejorar la eficiencia en los servicios, para que la población goce de buena salud pública, vista como un estado de bienestar en donde las personas logran su mejor capacidad física y psíquica, para enfrentar los retos cotidianos del quehacer diario. En correspondencia, en la medida en que se determine los criterios bajo los cuales es posible que la ESE Nivel I de El Tambo, mejore los estándares de calidad en los frentes administrativos y asistenciales, se obtiene mayor capacidad y despliegue para superar los retos y barreras que se encuentran en el contexto social y económico, lo que posibilita hacer una intervención desde la formación profesional, con una política y planeación eficiente, para impactar favorablemente cada uno de los factores que complejizan la salud en las comunidades.

Además, se justifica la investigación porque atiende a razones económicas, en tanto que en la medida que la ESE Nivel I, desarrolle de manera seria, consecuente y robusta una infraestructura que le permita la atención a los usuarios, sin desconocer las situaciones socioeconómicas que ostentan las familias, es posible un aseguramiento a través de un sistema de gestión de cobros a las Empresas Prestadoras De Salud (EPS), con lo cual los pasivos no pueden superar los activos, para que se mantenga el patrimonio, y con ello la prestación de todos los servicios que tiene en funcionamiento el sistema de salud de la ESE del nivel I de El Tambo.

En suma, esta investigación se escoge porque se ponderan dos dimensiones de la salud: la administrativa y la asistencial, sobre las cuales se analizan el conjunto de criterios y expresiones que son importantes en el proceso de acreditación de calidad, temas de relevancia e interés para la formación en el nivel de maestría en el área de la salud, porque permite acercar a los profesionales a conocimientos desde la gerencia administrativa, el andamiaje hospitalario y todo aquello que compete a lo asistencial y procedimientos hospitalarios, dado que esto hace parte del horizonte que mueve a una ESE – Hospital, en su carácter social.

2. MARCO TEÓRICO

Para soportar teóricamente la investigación, en este trabajo se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones conceptuales: a) la institución hospital de El Tambo; b) la calidad de la atención en salud; c) el sistema obligatorio de garantía de la calidad; d) la acreditación en salud; e) el sistema único de acreditación; f) ejes de acreditación; g) la normatividad vigente.

2.1. Antecedentes

Tabla 1. Consolidado de antecedentes de la investigación y pertinencia.

N°	**Autor (es) y año de publicación**	**Tema de investigación y análisis del antecedente**
1	(Ángel-Ángel, 2021)	Tema: *Evaluación continua de la calidad metodológica de las guías de práctica clínica como una necesidad urgente.* Las guías de práctica clínica (CPGs) son documentos que buscan sintetizar la mejor evidencia disponible emitiendo recomendaciones en diferentes patologías y escenarios específicos, tratando de brindar herramientas para mejorar estándares de atención (1). A su vez, debido a la utilidad en el intento de mejorar los estándares de calidad de la atención en salud muchas entidades gubernamentales encargan expertos temáticos y metodológicos para el desarrollo de dichos documentos. Tanto la realización de las CPGs como su evaluación son facilitadas por el instrumento AGREE II que es la herramienta más ampliamente utilizada y además considerada como el

		estándar de oro, dicho instrumento consta de 23 ítems y 6 dominios: alcance y propósito, participación de las partes interesadas, rigurosidad en el desarrollo, claridad en la presentación, aplicabilidad e independencia editorial (2). La evaluación continua metodológica de las guías de práctica clínica permite valorar la calidad y determinar si es reproducible y aplicable en diferentes escenarios (3) ***Pertinencia:*** este documento en referencia sirve de antecedente a la investigación, porque expresa de manera clara que las *guías de práctica clínica,* son un instrumento que posibilita alcanzar mayores estándares de calidad, bajo el criterio de la comprensión de que las prácticas clínicas deben estar siempre reflexionada y retroalimentadas, con los componentes que van en la dirección de hacer ajustes en las situaciones que requieren de mejoramiento, lo cual facilita llegar a niveles de calidad mediante la puesta en funcionamiento de las actividades que se recopilan en el plan de ejecución de acreditación de calidad, por parte de las entidades prestadoras de salud.
	(Puentes Rodríguez, 2018)	**Tema:** ***Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC): Antecedentes, conceptualización del modelo y aplicación actual en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas de la ciudad de Bogotá.***

		En la actualidad, los usuarios del sistema de salud son conscientes de que su vida e integridad personal las ponen en manos de las diversas empresas prestadoras de salud (EPS) o instituciones prestadoras de salud (IPS), que hasta la presente no se evidencia una prestación del servicio eficiente ni de calidad por parte de las mismas, esto debido al andamiaje administrativo, y negligencia de la Instituciones Prestadoras de este servicio, conllevando con ello insatisfacción de los usuarios al ser vulnerados sus derechos fundamentales en la prestación del servicio de salud y llegado el caso a demandas penales o civiles como consecuencia de esa ineficiencia. (…). Vale decir, que el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) decretado en el año 2006 a través del Decreto 1011, al cual se han acogido varias Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) busca mejorar la calidad de los servicios de salud de acuerdo a los nuevos lineamientos Constitucionales para beneficio de cada uno de los usuarios que hacen parte del sistema, y de esta manera satisfacer con calidad los requerimientos de los clientes. *Pertinencia:* resulta pertinente este antecedente dado que el sistema obligatorio de garantía se constituye en el estándar para la atención humana, tecnológica, asistencial

		y administrativa por parte de los Hospitales, para los usuarios del sistema de salud, cuyo fin es garantizar los derechos referidos a el bienestar y la salud de la población. Por ello, resulta relevante destacar que uno de los mayores desafíos que existen en la actualidad en materia de acreditación de calidad para las ESE Hospital, es poder superar el paradigma de la mala prestación en los servicios que se ha generalizado en la mayoría de las IPS / EPS.
	(Vanegas Rodríguez, 2016)	**Tema:** ***Integración de la gestión del riesgo para el cumplimiento de altos estándares de calidad en el sector salud en Colombia.*** En un estudio realizado el 11 de febrero de 2014 en una IPS en Colombia se proponen encontrar una herramienta de gestión o matriz de control, que a través del enfoque de un sistema de gestión del riesgo, contribuya a: identificar y valorar los riesgos (positivos y negativos), establecer un plan de acción por áreas de la organización, controlar el seguimiento y evaluación de las acciones encaminadas a cumplir altos estándares de calidad, lo cual propicia la optimización de recursos en la IPS, identificar riesgos antes invisibles y facilitar la implementación de los diferentes estándares", para eso se plantean cuatro hipótesis: "1. La gestión del riesgo contribuye a cumplir los objetivos estratégicos de la IPS; 2. Durante el proceso de atención al usuario en la IPS, no se identifican la

		totalidad de los riesgos, en consecuencia no se adoptan mecanismos de gestión de tales riesgos; 3. El tratamiento de los riesgos de una institución de salud favorece la mitigación de dichos riesgos; 4. La articulación de la gestión del riesgo y las evaluaciones internas de calidad favorecen el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención en salud. Para probar cuál o cuáles de estas hipótesis son verdades la recolección de la información lo hacen mediante encuestas, análisis de documentación y revisión de referencias bibliográficas relacionadas con el sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud y la gestión del riesgo, teniendo en cuenta que según Devi Puerto (2011), este se define como un proceso sistemático que permite la mejora continua en la toma de decisiones y en el desempeño de las organizaciones, en aras de lograr los objetivos establecidos, mediante la determinación, la evaluación el análisis y el tratamiento de los riesgos; como modelos de gestión que incorporan el análisis de riesgos, se resaltan la norma técnica NTCGP 1000:2009 (ICONTEC, 2009b), el MECI:2005 (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2005) y el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario (Ministerio de la Protección Social, 2011); la norma técnica NTC ISO 31000:2009 (ICONTEC, 2009a). Probando que son verdaderas la segunda y la cuarta

		hipótesis “dando como resultado que durante el proceso de atención al usuario en la IPS, no se identifican la totalidad de los riesgos, por ende no se adoptan mecanismos de prevención y gestión de tales riesgos, y gracias a la matriz de correspondencia se logra probar la cuarta hipótesis, analizando que sí es posible articular la gestión del riesgo y las evaluaciones internas de calidad, para contribuir al cumplimiento de los estándares de calidad, del proceso de atención al cliente asistencial. Las hipótesis 1 y 3 no se lograron probar debido a que solo pueden refutarse o confirmarse cuando se aplique cabalmente la propuesta. La Teoría de Reason afirma que el error aparece porque el proceso de atención no se ha diseñado con un enfoque sistémico; entonces, la consecuencia final derivada de una secuencia de procesos defectuosos, es que se favorece la aparición del error, es decir, de la no calidad en la prestación de los servicios de salud; siguiendo esta teoría como resultado de esta investigación se propone la aplicación de la gestión del riesgo dentro del marco de la norma técnica NTC ISO 31000, que considera a la organización como un sistema, para apoyar el cumplimiento de los estándares del proceso de atención al cliente asistencial del Sistema único de acreditación y facilitar la gestión de los riesgos tanto asistenciales como de índole administrativo,

		contribuyendo a su integración. La matriz de riesgos propuesta es una herramienta de gestión fundamental, pero solo contribuye al cumplimiento de los objetivos si ésta es desarrollada, socializada y continuamente revisada por todos los líderes de procesos de una Institución. Si la calificación o ponderación de la probabilidad y el impacto de los riesgos y la evaluación de los mismos son desarrollados por una sola área de la organización, es altamente probable que los resultados no correspondan a la realidad de la organización. ***Pertinencia:*** El desarrollo de esa investigación permitió desarrollar una propuesta de aplicación de la gestión del riesgo en una I.P.S nivel I de atención de Sogamoso, la cual sirvió para apoyar el cumplimiento de los estándares del proceso de atención al cliente asistencial según el Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, siendo este la herramienta principal utilizada en nuestro estudio para lograr identificar los factores que interfieren los estándares asistenciales de acreditación en la IPS de El Tambo.
	(Peña & Pineda Garcia, 2016)	**Tema: Calidad de la gestión del sistema de información de una IPS de tercer nivel. Bogotá D.C., Colombia.**

		En un estudio realizado en Bogotá en el año 2013, se propuso evaluar la percepción que el usuario interno de la Información tiene frente a la Calidad de la Gestión del Sistema Institucional, en torno a los atributos de la calidad establecidos una la IPS de tercer nivel, a partir de los avances en el grupo de Estándares de Gerencia de la Información del Sistema Único de Acreditación. La importancia del Sistema de Información de Salud (componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS- Decreto 1011 del 2006), como herramienta imprescindible para la toma de decisiones e implementación de políticas en materia sanitaria, exige asirse de los avances tecnológicos del milenio, para lograr integrar el Sistema Nacional de Salud. Para aplicar esta herramienta se les aplicó el primer instrumento de la Metodología de Gestión de la Mejora Continua elaborado para el estudio (encuesta) y simultáneamente se aplicó el segundo instrumento (lista de chequeo) al Sistema de Información Institucional a 198 usuarios evidenciando un cumplimiento de 78% en la aplicabilidad de los atributos de calidad de la Información al Plan de Mejoramiento vigente y solo un 59% en la Calidad Perceptiva, lo cual concluyeron fue el factor determinante en los resultados menos favorables para la Calidad; El estudio también concluyó que la evaluación de

		la Gestión del Sistema de Información facilita la evaluación del alcance de la Gestión y la sostenibilidad de los logros evidenciados a través de las acciones de mejora, dado que permite precisar el atributo afectado, optimizar la toma de decisiones y orientar efectivamente las mejoras hacia a la brecha de calidad observada. Sin embargo, la percepción de desconocimiento sobre el tema y la evidencia de un usuario que se advierte espectador y no parte del Sistema de Información, enajenando su corresponsabilidad en la utilización y custodia de la información producida, deja expuestos vacíos traducidos en insatisfacción con el mismo. La evaluación del alcance de la Gestión del Sistema de Información Institucional, y la sostenibilidad de los logros evidenciados a través de los planes de mejoramiento de cara a los atributos, permitió establecer cuál de estos atributos, impacta en el logro de metas (fortaleza) u obstaculiza la materialización de los objetivos (oportunidad de mejora). Siendo la capacitación un factor indirecto de nivel de conocimiento del usuario del Sistema de Información, se define esta como la principal causa de enajenación de responsabilidad que los colaboradores muestran frente al Sistema, y que puede impactar en el mejoramiento de la calidad. Encontraron que en el proceso de escucha y detección de las necesidades de Información de los Usuarios del Sistema

		implementado en la Institución, este contempla de manera rápida la priorización, el análisis interdisciplinario, y la divulgación de las decisiones tomadas en torno al requerimiento, pero adolece del concurso activo de las directivas institucionales, lo cual puede fomentar demoras en la implementación de mejoras vitales para la Gestión de los procesos, el desconocimiento de importantes avances logrados en la gestión del Sistema y con ello la insatisfacción del usuario frente al mismo. Así mismo, tanto la metodología de evaluación de la Gestión, como los instrumentos de la misma, son aplicables a cualquier grupo de estándares del SUA, como herramienta para fortalecer el seguimiento al cumplimiento de los planes de mejora implementados en los mismos.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. La institución

Las Empresas Sociales Del Estado según el Decreto 1876 de 1994 se encuentran en una categoría especial como entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, conformadas por la junta directiva y la gerencia, la atención es al usuario en todo su proceso de prestación de servicios de salud y el área de logística que incluye todos los procesos de apoyo y de gestión de los recursos humanos, físicos y financieros.(Ministerio de Salud, 1994).

El hospital de El Tambo es una empresa social del Estado (ESE) de nivel I de atención, se encuentra ubicado en el departamento del Cauca, atiende a un 94% de población rural y 6% población urbana, se divide en 6 zonas: zona sur, zona cordillera, zona costera, zona periférica y cabecera municipal.

Cuenta con una planta de personal de 48 funcionarios, quienes cumplen funciones y roles para su buena marcha. En la ESE I de El Tambo, se ofrecen servicios de urgencias, hospitalización, partos, odontología, imagenología (radiografías), vacunación, consulta externa, y atención de consultas médicas especializadas (medicina interna, ginecología, pediatría, psiquiatría). Cada usuario tiene derecho a la prevención, consulta externa, ayudas diagnósticas, urgencias, hospitalización y telemedicina.

Los objetivos del modelo de atención integral en salud del hospital hacen referencia a descentralizar los servicios de salud, liderar el trabajo intersectorial y la participación comunitaria y garantizar integralidad tanto al individuo como a la familia.

Su misión es “Brindar atención integral de calidad a la persona, la familia y la comunidad, con servicios humanizados, en mejoramiento continuo, con enfoque diferencial que contribuya al bienestar y la calidad de vida de la comunidad del municipio de El Tambo Cauca”.

Al revisar la visión de la ESE Nivel I de El Tambo, expresa: *Ser para el año 2025 una Empresa Social del Estado, líder en el departamento del Cauca, como prestador primario y complementario que presta servicios integrales de salud con calidad, encaminados a ofrecer óptimos niveles de satisfacción a nuestros usuarios, familia y comunidad,* (Tambo, 2017), y sus principios corporativos son honestidad, confidencialidad y respeto.

2.2.1 Calidad

La calidad de la atención en Salud se define en el Art. 2, del Decreto 1011 de 2006, como: "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos, accesible y equitativa, mediante un nivel profesional óptimo, conservando el balance entre beneficios, riesgos y costos, logrando la adhesión y satisfacción de usuarios". (Ministerio de la Protección Social, 2006a).

El primer reto en materia de calidad de un servicio en cualquier sector de la economía, consiste en garantizar el acceso a la población usuaria, se incorpora como un elemento transversal del concepto la perspectiva de una atención en salud centrada en el usuario, como la racionalidad que debe orientar el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en la calidad.

De acuerdo con la definición, se considera que la adhesión y satisfacción del usuario son los resultados esperados de la atención en salud. (Secretaría de salud de Risaralda, 2013). Con respecto a todo este marco que rige la normatividad, cada vez las instituciones prestadoras de servicios de salud tanto públicas como privadas muestran un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención.

Para mejorar esta calidad, se han desarrollado diversas acciones como la organización de comités de mortalidad, grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas, comités y círculos de calidad, sistemas de monitoreo y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros. (Forrellat Barrios, 2014).

Para lograr suministrar este recurso, se deben identificar los factores principales que influyen en la calidad de la atención. Las bases conceptuales y metodológicas para la evaluación de la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos diez

años, se han estado justificando en el modelo desarrollado por Donabedian. Este es un instrumento de medición indispensable para medir objetivamente la calidad. (Noble-Lugo, 2019, p. 26).

Este modelo ha sido una contribución importante, permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. “Un esquema que supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención, implicando que no todos los resultados son fáciles e imputables a los procesos, y no todos los procesos dependen directa y únicamente de la estructura”. (Donabedian, 1984).

Donabedian también menciona que la atención a la salud tiene tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente (comodidades), en los que se lleva a cabo el proceso de la atención. La forma de empezar a traducir las grandes abstracciones de la formulación de conceptos en los atributos más detallados de la atención que van a representar su calidad es a través de la exploración de la experiencia de cada día; con el fin de extraer de las opiniones expresadas por pacientes, médicos y administradores, los juicios que comparten sobre la calidad, así como aquellos en los que difieren. (Hernández et al., 2013).

2.2.2 Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad

En Colombia los atributos de Calidad se encuentran definidos en el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud (SOGCS) siendo este el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. De acuerdo a los conceptos legales que

trata el Decreto 780 de 2016, el primer atributo es la *accesibilidad* definida como la posibilidad del usuario de disponer de los servicios de salud, *oportunidad* es la obtención de los servicios de una forma rápida, se busca desarrollar un nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso de los usuarios a los servicios de salud, *seguridad* compuesto por los elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías de acuerdo a la evidencia científica con el fin de disminuir el riesgo de un evento adverso en la atención de salud y minimizar sus consecuencias, la *pertinencia* es la obtención de los servicios que requieren los usuarios, utilizando los recursos de la mejor forma y de acuerdo con la evidencia científico y por último la *continuidad* es la secuencia de las intervenciones requeridas por los usuarios fundamentada en el conocimiento científico. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016a).

El sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud se compone de 4 sistemas: el sistema único de habilitación (SUH), sistema único de acreditación (SUA), sistema de información para la calidad y el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC). (Auditoría et al., 2020).

El sistema único de habilitación es el proceso obligatorio el cual toda institución de servicios de salud (EAPB e IPS) debe cumplir para garantizar la entrada y permanencia en el sistema, dando cumplimiento a las condiciones fundamentales de capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, teniendo como objetivo dar seguridad a los usuarios frente a los riesgos en la prestación de servicios de salud. Artículo 6 decreto 1011 de 2006.

El sistema único de acreditación proceso mediante el cual las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS, EAPB, direcciones departamentales, distritales y municipales) de forma

voluntaria acceden a la evaluación y el cumplimiento de niveles superiores de Calidad. (Ministerio de la Protección Social, 2006a).

El sistema de información para la calidad es la herramienta que brinda información a los usuarios sobre la calidad de los servicios en las diferentes instituciones prestadores de servicios de salud y las EAPB, y además estimula la competencia por calidad entre las mismas, información que se encuentra expuesta al público mediante la página web del ministerio de protección social. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios, es la forma a través de la cual la institución implementa este componente y se lleva a cabo mediante la realización de una auditoría. *La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.* (Torres Hernández et al., 2010).

Con respecto a calidad y satisfacción al usuario en la prestación de los servicios de salud se han realizado estudios a nivel internacional en países como México, Cuba, Perú, Brasil, Chile, Venezuela, Estados Unidos, España, así como también en el contexto nacional, los cuales en general llegan a la conclusión de que definir la calidad del servicio de salud no es una tarea fácil, depende de muchas situaciones fluctuantes en el tiempo y tienen un componente subjetivo por parte del usuario que finalmente influye en un porcentaje importante en el resultado final de la

satisfacción con el servicio, como menciona la revista cubana de hematología, inmunología y hemoterapia en 2014 “La aplicación del concepto de calidad a los servicios de salud gana cada vez más importancia. Sin embargo, implementar un sistema para su gestión no es tarea fácil y requiere de un cambio cultural de la organización que involucre a todos los actores de la institución en aras de satisfacer las necesidades y preferencias de los pacientes” (Forrellat Barrios, 2014).

En Perú en el 2015, Redhead, R. realizó un análisis sobre la satisfacción del usuario y la calidad

del servicio en el Centro de Salud **“**Miguel Grau” de Chaclacayo, teniendo en cuenta sus indicadores en el año 2013, se encontró que la satisfacción del usuario es el indicador más confiable para saber si se está prestando en la institución un servicio con calidad, también se identificaron dos factores importantes, el estado emocional del paciente al momento de la atención y la aplicación de la encuesta de percepción de calidad y el segundo factor la infraestructura de la institución prestadora, como por ejemplo que los servicios estén limpios, con buena iluminación, que haya privacidad y que el paciente se sienta seguro dentro de estas, son factores que influyen de manera significativa en la percepción del paciente cambiando totalmente la satisfacción del usuario y la calificación en calidad. (Redhead, 2015, p. 135).

En la Universidad de Sau Paulo, Brasil, identificaron que las instituciones de salud no cuentan con un 100% de satisfacción al usuario, consideraron que es más probable encontrar mayor porcentaje de satisfacción en las entidades acreditadas. El estudio refiere que para lograr prestar un servicio seguro, lo más importante es el ítem de confiabilidad con respecto a su normativa en calidad, además aspectos como talento humano suficiente, tiempos justos para

desempeñar las actividades en los diferentes servicios, la comunicación asertiva y la capacitación tanto al personal como a los usuarios son muy importantes para la lograr la satisfacción. (Barbino, L., Gutierrez, L. y Gabriel, C. 2019).

Es importante resaltar que los estudios realizados a nivel nacional e internacional, concluyen que lograr la calidad en la prestación del servicio de salud debe girar en torno al usuario, para lo cual las entidades deben estar dispuestas a iniciar un proceso de evaluación y auditorias en la búsqueda de un continuo mejoramiento para la organización con el fin de lograr la acreditación.

2.3. Marco de Acreditación

2.3.1 Acreditación

Hace más de 50 años en Norteamérica se conoce sobre la metodología de la acreditación diseñada para la salud, siendo una evaluación externa generalmente realizada por una entidad no gubernamental la cual tiene como objetivo asegurar que las instituciones de salud entreguen servicios seguros y de alta calidad. Es una evaluación verificada por profesionales idóneos a las entidades que decidan voluntariamente someterse a este proceso, para lograr un reconocimiento a nivel público en el ámbito nacional e internacional logrando mejoramiento en los procesos. (MinSalud, n.d.)

La acreditación en salud se ha definido como el proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados en una organización de salud, con el fin de garantizar y mejorar la calidad de la atención del cliente, mediante el logro de

estándares óptimos y fáciles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función (Decreto 1011- Resolución 1445 de 2006).

La evaluación de los estándares de acreditación tiene como objetivo el mejoramiento continuo de la calidad y por eso debe estar en un ajuste cada 4 años, así mismo las instituciones que ya hayan obtenido el certificado de acreditación deberán renovarlo en los siguientes 4 años.

En Colombia la institución designada por el ministerio de salud y protección social es el Instituto de normas técnicas y certificación, ICONTEC, como entidad acreditadora para el sistema único de acreditación (SUA).

Uno de los referentes importantes para las instituciones de salud que desean aplicar a la acreditación es el Hospital Pablo VI de Bosa, el cual en el año 2006 logra la certificación de acreditación aún vigente. Según un estudio realizado en el año 2016 se logró teniendo en cuenta la importancia que cumple el talento humano en este proceso, mediante un diagnóstico realizado por parte de la entidad refieren que la transformación que presentaron en esos diez años cambió toda percepción tanto en el cliente interno como externo mediante la humanización del servicio, el hospital complementa los estándares del sistema único de acreditación con los elementos y buenas prácticas de gestión de conocimiento, trabajando cada día en fortalecer las estrategias que exploren aún más el conocimiento de los colaboradores (Cortés, L. 2016).

2.3.2. Sistema único de acreditación (SUA)

Las disposiciones encaminadas para fijar los lineamientos y la operatividad del sistema único de acreditación en salud se encuentran en la Resolución 2082 del 2014, según el Ministerio de Salud y protección social se refiere a las acciones, procesos, procedimientos, y herramientas de implementación voluntaria y periódica que puede realizar una institución de salud, orientadas al cumplimiento de altos niveles de calidad mejores a los requisitos mínimos obligatorios. (Ministerio de salud y protección social, 2014).

Este sistema se fundamenta en ejes trazadores los cuales deben ser abordados sistemáticamente por las instituciones de salud, siendo estos los siguientes:

- Atención centrada en el usuario de los servicios de salud busca facilitar la continuidad de la atención desde el ingreso hasta el egreso y su seguimiento, es lograr que el usuario tenga momentos de verdad que sean importantes para él y su proceso de cuidado.
- Gestión clínica y seguridad del paciente excelente y segura, cuya meta es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud y generar resultados e impacto en términos de la contribución a la salud y el bienestar de la sociedad.
- Humanización de la atención en salud, cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano.
- Gestión del riesgo, cuya meta es encontrar el balance entre beneficios, riesgos y costos.
- Gestión de la tecnología, cuya meta es lograr la planeación de la tecnología mediante un proceso racional de adquisición y utilización que beneficie a los usuarios y a las instituciones.

- Proceso de transformación cultural permanente, cuya meta es lograr compromiso en la atención con calidad por parte de las entidades y personal que allí labore y el aporte al desarrollo sostenible con un comportamiento ético y transparente.
- Responsabilidad social, cuya meta es lograr la corresponsabilidad entre las instituciones, la sociedad, los individuos y el medio ambiente, que contribuya con acciones concretas a la disminución de las inequidades y al mejoramiento integral de las condiciones de vida de las comunidades en particular y de la sociedad en general.

Estos ejes se evalúan por medio de estándares y criterios regulados por la resolución 5095 de 2018, siendo recopilada en un manual de acreditación para facilitar la aplicación en las instituciones de salud, herramienta de gran utilidad para el proceso de acreditación el cual se aplica a todas 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, laboratorios clínicos, servicios de imagenología a las cuales se les aplicará el manual específico para este tipo de instituciones.

En el manual se realiza la división de los estándares de acuerdo con la norma en: asistenciales, de apoyo administrativo gerencial a dichos procesos asistenciales y de mejoramiento de la calidad.

Los *estándares asistenciales* están diseñados de acuerdo con el proceso de atención de un paciente en una institución de salud, ya sea ambulatoria u hospitalaria, este se subdivide en 11 subgrupos: derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de las necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención de salida y seguimiento, y por último el de sedes integradas. La

intencionalidad de evaluar los estándares asistenciales es obtener resultados a partir de un enfoque de humanización de servicios. Siendo estos el objeto de estudio en esta primera fase de preparación del hospital de El Tambo para su proceso de acreditación.

Los *estándares de apoyo* a procesos administrativos gerenciales se subdividen en estándares de direccionamiento, de gerencia, de gerencia del talento humano, de gerencia de la información, de ambiente físico y de gestión de tecnología.

Los *estándares de mejoramiento de la calidad* están constituidos por 5 subgrupos que aplican a todos los procesos evaluados de los estándares asistenciales y en los de apoyo. Este tiene como finalidad evaluar en qué medida los requisitos establecidos por los estándares del grupo de mejoramiento se operativizan en los procesos evaluados por cada grupo. Estos son los siguientes:

- El enfoque organizacional del mejoramiento continuo.
- La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización.
- La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.
- El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.
- La comunicación de los resultados.

El manual tiene en cada estándar un puntaje de autoevaluación donde se da referencia si aplica o no, y de esta forma se concreta con el ente acreditador para el momento de la evaluación

y así obtener la acreditación, el no cumplimiento de estos estándares indica que la institución no está lista para iniciar el ciclo del otorgamiento de la acreditación, siendo estos requisitos la puerta de entrada definidos por el ministerio de salud y protección social de acuerdo con las recomendaciones generadas por el consejo asesor del SUA. (González, 2015).

En el artículo 7 de la Resolución 2082 se menciona el proceso de autoevaluación de estándares de acreditación, donde se identifican tres dimensiones para el cumplimiento de estos como son el enfoque, la implementación y los resultados, herramienta conocida por los expertos como hoja radar.

El enfoque se refiere a lo que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito de cada uno de los estándares mediante métodos, procesos y directrices, la implementación se refiere a cómo se realiza el despliegue del enfoque, a la extensión y alcance de los procesos que se apliquen para los clientes internos y externos y los resultados se refieren al proceso de los logros y efectos alcanzados con la aplicación del enfoque. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Durante el proceso de autoevaluación la calificación se realiza de forma cuantitativa, donde se incluye un valor numérico del grado de avance en la aplicación del estándar, de acuerdo con el cumplimiento desde el enfoque, la implementación y los resultados, y cualitativa que incluye las fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar, de acuerdo al cumplimiento de las dimensiones. Resolución 2082 de 2014. *Ver anexo hoja radar*.

2.4 MARCO LEGAL

El marco legal de este proyecto se basa en La Constitución Política de Colombia 1991, mencionando en el artículo 48, la definición de la Seguridad Social como un servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Artículo 49: Se establecen como funciones del Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. (Constitución Política de Colombia, 1991).

De acuerdo con la Resolución 13437 de 1991: la cual adopta postulados para propender por la Humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de la salud en instituciones públicas o privadas, garantizando que el paciente tenga derechos sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas de cualquier índole, origen social, condición económica y social. (Ministerio de Salud, 1991).

Ley 100 de 1993 en su artículo 153: Fundamentos del Servicio Público: Dentro de los cuales se encuentran Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre Escogencia, Autonomía de las Instituciones, Descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y Calidad. Artículo 178: Dentro de las funciones de las Entidades Promotoras de Salud se incluyen: "Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud". Artículo 186 Creación de un sistema de garantía de Calidad y Acreditación en Salud. Artículo 227: Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud, Establece la responsabilidad del Gobierno de

definir el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud. (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Decreto 2174 de 1996, (organiza el SOGC) decreto 2309 de 2002 (Define el SOGC); decreto 1011 de 2006 (establece el SOGC) como "una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud" en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia, (SOGC). (Presidencia de la República de Colombia, 1996).

La Resolución N° 1446 de 2006 establece como obligatorio para todos los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad la vigilancia de eventos adversos. (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Resolución 2181 de 2008: se expide la guía aplicativa del sistema obligatorio de Garantía de Calidad de la atención para las instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008).

Ley 1438 de 2011, se realiza la reforma al Sistema General De Seguridad Social En Salud y otras disposiciones. (Congreso de Colombia, 2011).

Resolución 4343 de 2012: se expide la regulación sobre derechos y deberes con relación a las actividades concernientes a la atención en salud por parte de las instituciones de la salud con la intención de asegurar un derecho a un trato digno, así como un consentimiento informado que

permite al afiliado del SGSSS contar con la documentación adecuada y suficiente para el ejercicio de sus derechos. (Ministerio de Salud y Protección Social., 2012).

Resolución 3110 del 2019. “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de salud y de habilitación de Servicios de salud”. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2019)

Resolución 2082 de 2014, por la cual se dictan las disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación.

Ley 1751 de 2015: ley estatutaria, la cual regula el derecho fundamental a la salud, basada en principios y elementos esenciales con el fin de asegurar una atención acorde a las necesidades de la población, mencionando en su artículo 10 los derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. (Ley 1751 de 2015, 2015).

Resolución 5095 de 2018, por el cual se adopta el “manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1”. (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, 2018).

Resolución 229 de 2020: Define los lineamientos de la carta e derechos y deberes de la persona afiliada al sistema general de Seguridad social en salud y de la carta de desempeño de las entidades promotoras de salud.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Y RESULTADOS ESPERADOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores organizacionales que interfieren en el desarrollo de los estándares asistenciales del Sistema Único De Acreditación que trata la Resolución N° 5095 del año 2018 en la Empresa Social del Estado (ESE) nivel I de atención del El Tambo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar mediante la matriz de la autoevaluación el cumplimiento de los estándares asistenciales del sistema único de acreditación que trata la Resolución N° 5095 del año 2018 en la Empresa Social del Estado (ESE) nivel I de atención del El Tambo.

Reconocer los factores asociados a la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud que influyen en la satisfacción de los usuarios.

Describir los estándares de calidad con oportunidades de mejora relacionados con los ejes de acreditación en salud.

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo de Investigación

El estudio se realizó con un enfoque cualitativo y cuantitativo, la recolección de los datos se fundamenta en la medición dando un puntaje al cumplimiento de cada estándar, por medio de la escala RADAR. *Ver anexo.*

4.2 Diseño de Investigación

La investigación sigue un Diseño Transversal, que en su construcción procedimental se sitúa como un estudio que se identifica por ser observacional individual con un propósito descriptivo y analítico, este tipo de estudio suele incluir individuos con o sin la condición en un momento determinado (medición simultanea), el investigador solo realiza una medición de la variable. Las ventajas de este estudio es la generación de la respuesta a la hipótesis, proporcionan información útil para definir prioridades de atención y asignación de recursos en servicios de salud, permite explorar asociaciones entre las exposiciones y los efectos y entre sus desventajas encontramos la alta probabilidad de sesgo (medición y selección), no permite establecer relaciones causales. Uno de los retos del diseño transversal es el diseño de cuestionarios, debe ser considerado como una prueba diagnóstica y se debe garantizar la confiabilidad y validez. (Rodríguez & Mendivelso, 2018, págs. : 141-146).

Apoyo científico y cuantitativo por medio de la estadística descriptiva, cuyo campo disciplinar ayuda a integrar los resultados es el objetivo final de una investigación, una de las

formas de hacerlo es por medio de la estadística descriptiva siendo esta una rama de la estadística, nos ayuda a realizar un análisis de una forma clara, coherente y sencilla los datos que nos arroja la investigación, los cuadros, tablas o figuras en cada una de las variables analizadas en la investigación para que así puedan ser interpretados por los lectores. El estudio descriptivo logra dar un desarrollo a los objetivos de una forma Cuantitativa y Cualitativa, la primera nos ayuda a determinar un promedio, ubicando los resultados en una medida de tendencia central o cifra que representa los valores de la muestra, y la medición cualitativa caracterizada por clasificar individuos o fenómenos de acuerdo a los atributos. (Rendón-Macías et al., 2016).

Al ser un estudio descriptivo transversal, se recolectaron los datos en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Con este estudio se pretende aplicar la autoevaluación de los estándares de acreditación en un Hospital nivel I de atención, verificando el cumplimiento de estos, identificando los factores asociados a la calidad y las oportunidades de mejora de la institución.

Para este estudio se identificaron los estándares asistenciales aplicables al hospital Nivel I. Se verificaron por medio de auditorías a los diferentes procesos o servicios de la misma, después de recolectar la información se asignó un puntaje a cada estándar basados en la hoja RADAR, de acuerdo a los hallazgos encontrados se identificaron las oportunidades de mejora según los ejes de acreditación en salud. Logrando identificar los factores organizacionales que afectan el desarrollo de los estándares asistenciales del sistema único de acreditación de la Resolución N° 5095 del año 2018 en un hospital nivel I de atención.

4.3 Población y muestreo

La población objeto de estudio es la ESE del municipio de El Tambo – Cauca, de nivel I de atención, mediante un muestreo intencional o de conveniencia, se escogieron las unidades a entrevistar siguiendo criterios de conveniencia del investigador para el logro de los objetivos de la investigación (verificación de los estándares asistenciales por medio de auditorías y/o observaciones de los procesos) enfocado en las personas que están en esas categorías directivas

4.4 Instrumento de Recolección

Se aplicó la herramienta basada en el manual de acreditación en salud ambulatoria y hospitalaria de Colombia (versión 3.1 MINSALUD) teniendo en cuenta el puntaje asignado por la hoja RADAR siendo el complemento de esta herramienta. Resolución 5095 del 2018. Posteriormente se crearon bases de datos en los programas de edición de documentos y de hojas de cálculo, y por último, se gestionaron carpetas digitales para consolidar la información obtenida.

4.5 Criterios de Inclusión

Certificado de cumplimiento de las condiciones de habilitación de la dirección territorial de salud con fecha de expedición y declaración de novedades si aplica, con base en el Decreto 1011 de 2006, Resolución 3110 de 2019 y demás normas que lo modifiquen y adicionen.

Institución de salud que cuente con portafolio de servicios comercial y el correspondiente a la Resolución 3110 de 2019.

Certificado de cámara de comercio o acto administrativo de creación expedido por autoridad competente (instituciones públicas).

Certificado de la visita de verificación previa por parte del ministerio para los casos: servicios de urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial (nuevos, reactivación o traslado), (Art.13 y Art.14 Resolución 2003 de 2014).

Estándares del plan de atención del cliente asistencial de la resolución 5095 del 2018

4.6 Criterios de Exclusión

Estándares del plan de atención del cliente asistencial del 59 al 74 de la resolución 5095 del 2018.

Estándares del 76 al 160 de la Resolución 5095 del 2018.

4.7 Fuentes de información

Gobierno corporativo del hospital, historias clínicas, guías de manejo, protocolos de manejo, políticas de manejo, rutas de los procesos (Urgencias, hospitalización, consulta externa, odontología, fisioterapia y laboratorio).

4.8 Diseño Y Análisis de los datos

Se realizó aplicando la estadística descriptiva, analizando las variables por medio del cumplimiento de los estándares y puntaje asignado, usando medidas de tendencia central como la media y la elaboración de gráficos.

Se realizará un análisis de Brecha (evaluando las diferencias entre el desempeño real y el desempeño esperado en una organización) al cuestionario elaborado, siendo un método para identificar los factores organizacionales que afectan los estándares asistenciales de acreditación, analizando las variables dependientes: Acreditación y la variable independiente los estándares asistenciales. (Barranco, Cáceres, Cívicos, Díaz-Vilela, Hernández, 2002).

4.9 Consideraciones éticas

El estudio según la Resolución Nº 008430 de 1993 se considera una Investigación sin riesgo.
no es un estudio clínico, no es un estudio de casos clínicos, ni de pacientes

La población no es vulnerable, no hay discriminación racial, ni de sexo, ni de cultura, como es un proceso por conveniencia, se realizarán las observaciones del cumplimiento de cada estándar de acreditación, en el cuestionario no habrá datos de identificación del usuario como nombre y cedula, solo sexo y edad. La información será confidencial para la ESE.

Se cuenta con la autorización y el apoyo de la gerente para la realización del estudio, los resultados solo se darán a conocer al personal designado.

4.10 Sesgos del estudio

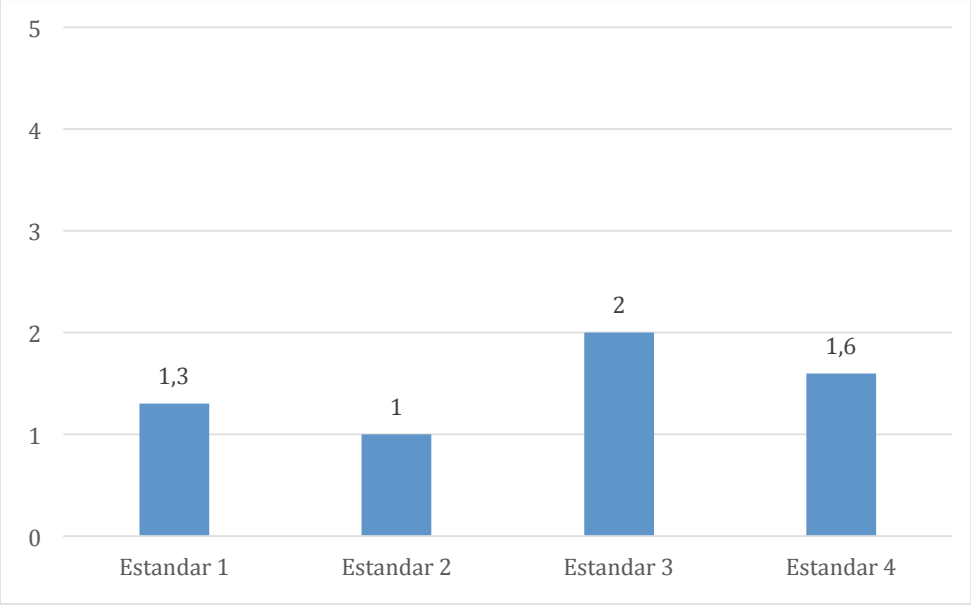
Se evitaron sesgos de información aplicando el cuestionario de forma personal por el entrevistador, con la explicación clara del proceso y resolviendo dudas sobre este.

5. RESULTADOS

A continuación, se realizaron gráficas de cada uno de los estándares asistenciales aplicados en el Hospital Nivel I, demostrando la autoevaluación y/o puntuación de cada criterio, de acuerdo a las dimensiones identificadas en cada estándar, (Enfoque, Implementación, y Resultados) con la aplicación de la Hoja RADAR.

5.1 Derechos de los pacientes

Ilustración 1. Medición a los derechos de los pacientes



Fuente: propia

En este primer grupo de estándares, se evalúa si la organización cuenta con la declaración de los derechos y deberes de los pacientes articulados al direccionamiento estratégico, si la institución realiza procesos de investigación con sus usuarios, la existencia del código de ética y de buen gobierno y se asegura que para todos los usuarios que atiende se cumplen los estándares de acreditación en los servicios prestados. El hospital cuenta con un servicio de atención al

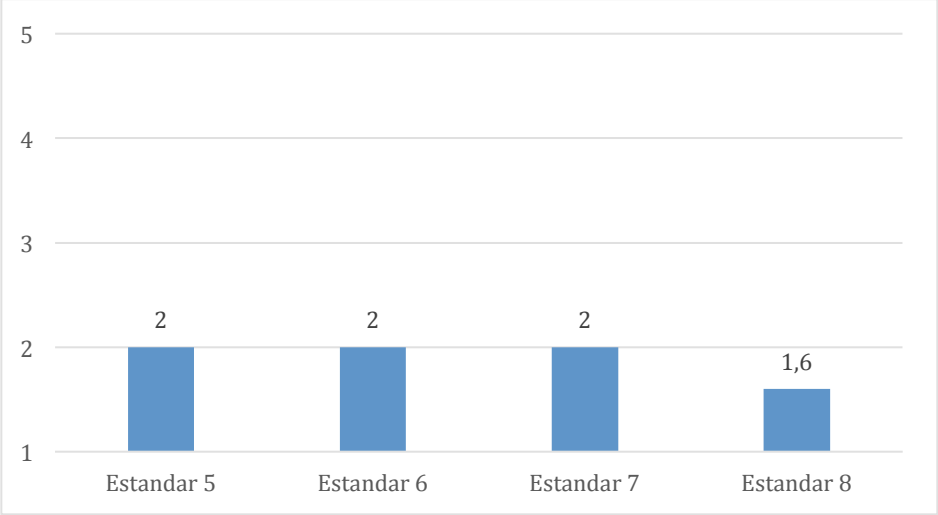
usuario, los cuales tienen un folleto de derechos y deberes, existe un código de ética y de buen gobierno, dentro del organigrama está delimitada la oficina científica, la atención centrada en el paciente, los usuarios independientes de su contratación se aceptan y se les brinda una atención inicial, y la organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.

Aunque el hospital cuenta con estas fortalezas, de acuerdo con los hallazgos encontrados su puntuación promedio es de 1,48, el hospital en el momento no tiene un proceso para evaluar al cliente interno y externo sobre los derechos y deberes del paciente, no cuenta con un comité de ética y no se realiza el seguimiento a los pacientes si la institución contrata servicios con terceros.

Para lograr mejorar los estándares y dar cumplimiento se recomienda las siguientes oportunidades de mejora: formulación, divulgación y retroalimentación de la política de derechos y deberes del paciente, elaboración de la política de investigación en la institución y su respectivo comité de ética, revisión del código de ética y de buen gobierno en su implementación si se encuentra acorde al direccionamiento estratégico y verificación y seguimiento con instituciones de convenio para asegurar la atención a los usuarios independiente del tipo de contratación.

5.2 Seguridad del paciente

Ilustración 2. Estándares seguridad del paciente



Elaboración: *propia.*

Los estándares de Seguridad del paciente miden el indicador que dan cuenta si la organización tiene formulada, implementada y evaluada la política de seguridad de paciente y el despliegue en la organización, la implementación del programa de seguridad del paciente de acuerdo a las buenas prácticas de seguridad del paciente teniendo en cuenta procesos institucionales y asistenciales seguros y si las actividades mejoran la actuación de los profesionales e involucran a los pacientes y a los familiares.

Como fortaleza en este grupo de estándares la institución en este momento ya está trabajando en la Política de Seguridad del paciente, hay un comité de seguridad del paciente, sin embargo la implementación aún tiene brechas, la divulgación se ha realizado en las áreas asistenciales y no en las administrativas, se cuenta con las siguientes guías de manejo elaboradas: asegurar la identificación correcta del paciente, atención de urgencias en población pediátrica, detección, prevención y reducción de infecciones asociadas a la atención en salud, evaluación de la

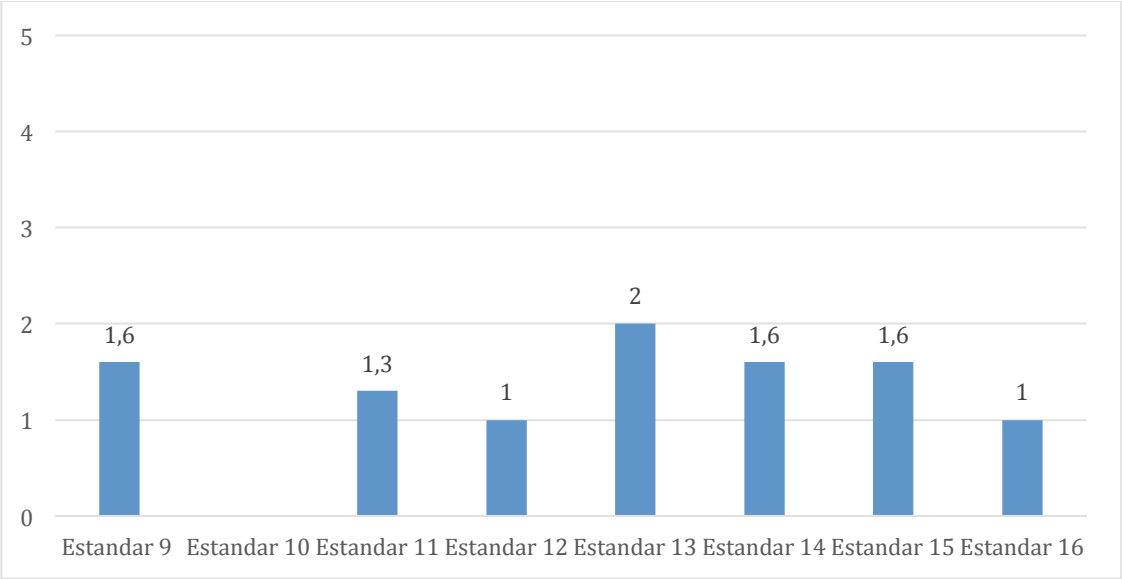
frecuencia de los eventos adversos, garantizar la atención segura del binomio madre e hijo, manejo seguro de medicamentos, prevención del cansancio del personal de salud, prevenir úlceras por presión, procesos para la prevención y reducción de caídas, evaluación de las pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria, guía de comunicación interna con el paciente, existe el formato para reporte de eventos adversos y se realiza seguimiento al evento.

Como oportunidades de mejora para este grupo de estándares recomendamos divulgar la política de Seguridad del paciente, fortalecer y dar a conocer el programa de Seguridad del paciente, promocionar la cultura de seguridad en los colaboradores, generar cultura del reporte, implementar procesos asistenciales seguros, divulgar información sobre la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), implementar jornadas de higiene de manos y la evidencia de las capacitaciones.

Los hallazgos nos dan un puntaje promedio de medición para estos estándares de 1,9.

5.3 Acceso de los usuarios

Ilustración 3. Acceso de los usuarios a los servicios de la ESE Niv. I El Tambo.



Elaboración: propia.

El grupo de estándares hace referencia acerca de cómo la organización garantiza el acceso de los usuarios evaluando las barreras de acceso, si se encuentra estandarizado el ciclo de atención del usuario desde el ingreso hasta el egreso, si los usuarios al solicitar la cita pueden escoger el profesional de su preferencia, si la organización cuenta con la capacidad instalada, el análisis de la demanda de los servicios y procesos de atención, la medición de los indicadores y estándares de oportunidad de los servicios ambulatorios y si la organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta.

Como hallazgo positivo el SIAU cuenta con un programa para la asignación de citas, dando prioridad a las personas de difícil acceso y en lo posible permitiendo que puedan elegir horario y ocasionalmente el médico. Además, los profesionales que laboran en la entidad de saludo, realizan jornadas extramurales para garantizar el acceso a los usuarios de ubicación lejana al hospital; como también es favorable que el hospital tiene un portafolio de servicios.

El 42% de los criterios evaluados tiene una puntuación de 2 en la dimensión de implementación, lo que nos demuestra cómo la institución tiene los procesos enfocados en algunas áreas, se observa la evidencia de despliegue a unos pocos clientes pero no son procesos consistentes, los hallazgos que se observaron, se evidencia que no existe un proceso documentado donde se encuentre la ruta que debe realizar el usuario desde su ingreso hasta el egreso; el personal asistencial tiene el conocimiento para indicar a los usuarios, mientras que el personal administrativo no la tiene.

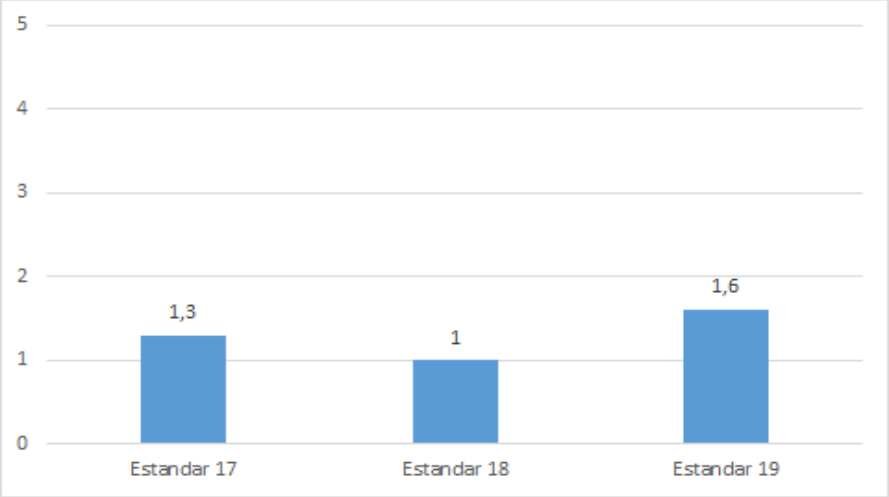
Se con los indicadores se evidencias fallas en la divulgación de los procesos, no hay un registro del seguimiento a los usuarios que incumplen las citas médicas, refieren que se dificulta por el acceso a las zonas rurales y falla en la comunicación.

Las oportunidades de mejora que se recomiendan para este grupo de estándares encontramos la implementación, estandarización y socialización al cliente interno y externo de un protocolo de la ruta que debe seguir el paciente desde que ingresa hasta su egreso. También se hace necesario actualizar y socializar el Protocolo y/o proceso desde SIAU sobre la ruta en la asignación de citas. Implementar estrategias para que el usuario, pueda decidir con el profesional de su escogencia, realizar estrategia para el seguimiento y el recordatorio de la cita.

Se deben establecer protocolos e instrumentos para la medición de indicadores como tiempos de espera en cada proceso, oportunidad en la atención al usuario, tiempo de espera, demanda insatisfecha, y dar a conocerlos en la organización. Notificar, evaluar y tomar correctivos. Diseñar mecanismos para garantizar al usuario los servicios que la institución ofrece, informar a cuáles no tiene derecho, y brindar información sobre cómo acceder a los servicios no cubiertos o redireccionarlos correctamente.

5.4 Registro e ingreso

Ilustración 4. Registro e ingreso de usuarios de la ESE Niv. 1 El Tambo



Elaboración: propia.

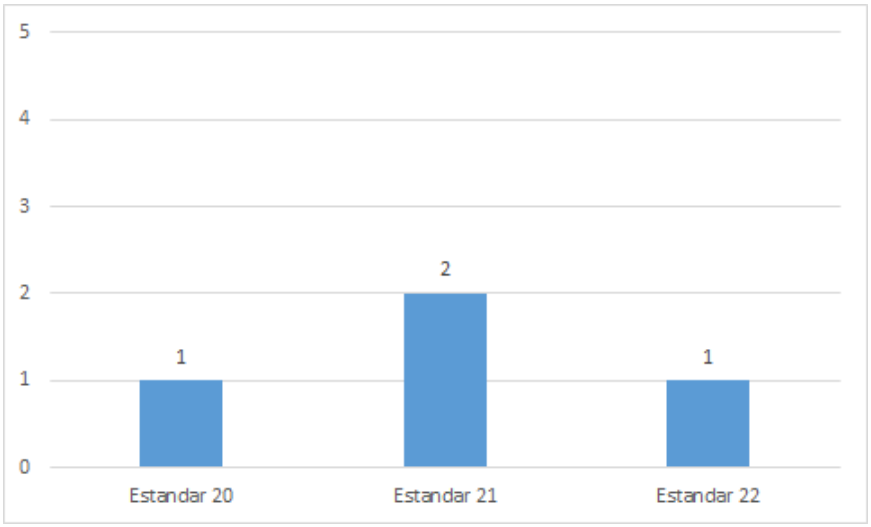
El grupo de estándares sobre registro e ingreso evalúan el proceso de estandarización de citas, registro, admisión y preparación del usuario, si los servicios cuentan con las guías y los protocolos con criterios explícitos en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente y la estandarización de la información a entregar en el momento del ingreso del usuario al servicio. Sobre estos estándares se encontró después de hacer el análisis de los parámetros, los cuales se determinan en la guía de acreditación, que hay un proceso de asignación de citas diariamente por medio de una plataforma tecnológica, sin embargo, el proceso tiene un enfoque esporádico, no se encuentra implementado en todas las áreas, no hay medición de este. Se observa que en los servicios de odontología y laboratorio clínico si ofrecen información sobre la preparación para sus procedimientos.

La oportunidad de mejora para este grupo de estándares es la elaboración y divulgación de la guía del usuario, que sea informativa sobre sus derechos y deberes, asignación de citas, rutas a seguir

en la institución, preparación para sus diferentes procedimientos. Asegurando que los colaboradores y los pacientes tengan acceso a la información.

5.5. Evaluación de necesidades al ingreso

Ilustración 5. Necesidades al ingreso de los usuarios



Elaboración: propia.

En la evaluación de necesidades al ingreso se tiene en cuenta si la organización tiene definido y estandarizado el proceso de identificación de necesidades de salud de sus pacientes atendidos, la identificación sistemática de las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedad y la promoción de la salud teniendo en cuenta la participación de los usuarios. Por último, este grupo de estándares evalúa si la institución garantiza el aislamiento del paciente de acuerdo a su patología desde el momento del ingreso.

Después del proceso de análisis sobre los anteriores indicadores, se encontró que la ESE nivel I de El Tambo – Cauca, a través de los planes de intervenciones colectivas (PIC) de acuerdo a la normatividad vigente y a las políticas públicas, genera programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población de acuerdo a sus necesidades. Además, como

elemento destacado se tiene que el hospital dentro de su infraestructura tiene un espacio llamado “casa materna” donde de acuerdo con el sitio de residencia de la gestante ella puede quedarse para la espera del parto.

En cuanto a las técnicas especiales de aislamiento se evidencia que el hospital tiene un protocolo establecido y cuenta con un habitación para este fin, en la pandemia por SARS COV 2 la institución realizó adecuación para la atención del paciente con síntomas respiratorios sospechosos de padecer la enfermedad y además jornadas especiales para cubrir a toda la población en el programa de vacunación, adicionalmente, junto con la Secretaría De Salud Municipal el seguimiento respectivo del paciente con la enfermedad.

Se observó que no hay un documento donde se evidencie la identificación de las necesidades del usuario; falta divulgación de las técnicas especiales de aislamiento al personal. Por otro lado, un tema de urgente mejora es que en la infraestructura del hospital en la habitación que consideran de aislamiento no es la apropiada ya que no cuenta con un requisito indispensable como es el sistema de vacío del aire acondicionado.

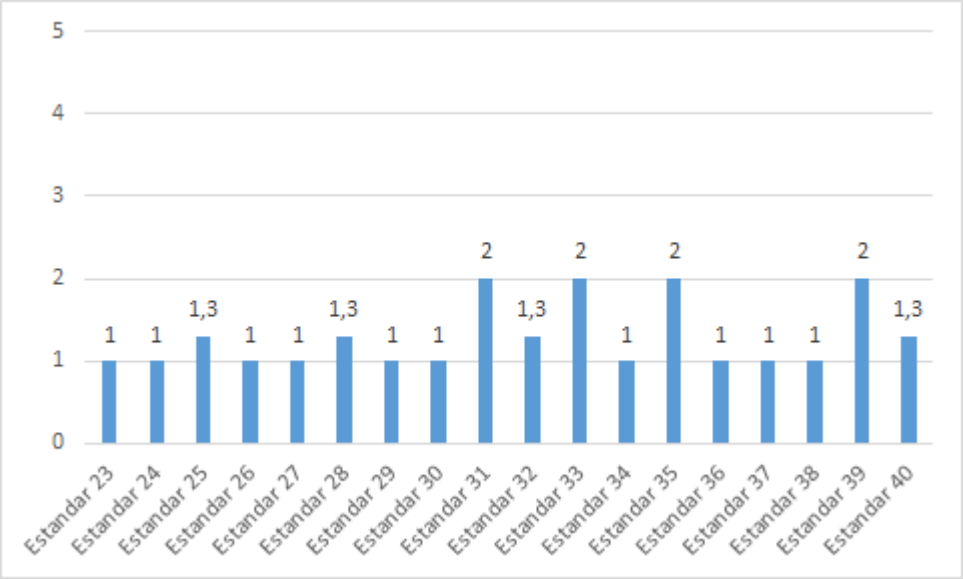
De otra parte, en la calificación de la variable implementación se observa que el despliegue en la institución el enfoque se ha implementado en algunas áreas pero refleja su debilidad, no hay indicadores y tampoco hay una política dirigida a la educación e identificación de las necesidades del usuario.

La oportunidad de mejora para el hospital debe centrarse en la implementación de las estrategias para el diseño y evaluación de la identificación de las necesidades de educación al usuario, divulgación de las rutas integrales de la atención en salud (RÍAS) en la institución al

personal asistencial y administrativo, donde también se debe realizar actualización y divulgación de protocolos de aislamiento.

5.6. Planeación de la atención

Ilustración 6. Planeación para la atención



Elaboración: propia.

Los estándares de la planeación de la atención, hacen referencia a si la organización tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población, los procesos inherentes al cuidado y tratamiento de acuerdo a las guías de práctica clínica, con respecto a la planeación de la atención y cuidado del paciente en los servicios de odontología, imagenología y laboratorio clínico, y de los programas pertinentes de acuerdo a los problemas de salud pública.

La organización cuenta con el proceso de autorización del paciente para cada una de las intervenciones y cuidados a realizar como es el consentimiento informado, competencias de autocuidado, política de humanización, programa de farmacovigilancia, control de calidad interno y externo del laboratorio clínico, entrega de resultados que garanticen la confiabilidad y la

confidencialidad en el manejo de la información, la organización se basa en guías y protocolos para garantizar la prevención y control de infecciones durante el proceso de atención al usuario.

Teniendo en cuenta los criterios de los estándares de planeación el hospital cuenta con la política de humanización (capacitación y talleres a colaboradores), programa de farmacovigilancia, un sistema de educación e información a la población de acuerdo a los programas desde el ministerio, elaboran informes de las actividades realizadas en la organización dando cumplimiento y seguimiento a los indicadores de las entidades administradores de planes de beneficios (ASMET, AIC y Nueva EPS), es un hospital nivel I de atención con un enfoque de promoción y prevención, se presentan las metas logradas como empresa social del estado ante los entes territoriales evidenciando registros e informes de las actividades realizadas con firma de los participantes mediante actividades grupales y extramurales.

Existe una política de confidencialidad de la historia clínica, solo tiene acceso el personal asistencial de acuerdo con el área, los administrativos no tienen permisos, la historia clínica cuenta con el respectivo diligenciamiento de acuerdo a la conducta y manejo médico. En casos especiales los médicos realizan telemedicina para definir un mejor tratamiento, si es necesario el médico realiza el respectivo diligenciamiento del Mipres para la autorización de los medicamentos, el hospital entrega los medicamentos al paciente que egresa de hospitalización y urgencias, los pacientes de consulta externa deben ser entregados por la respectiva EAPB.

El servicio de odontología cuenta con indicadores que miden el número de tratamientos terminados, realizan el seguimiento al usuario para lograr finalizar el tratamiento, la historia clínica de odontología es única.

Los servicios de laboratorio e imágenes son de nivel I de atención, sólo se realizan los procedimientos de los pacientes que tienen convenio, en caso contrario se les explica que realicen la autorización por medio de su eps, excepto las muestras de citología para las cuales se tiene convenio con otros laboratorios para procesarlas y estos envían el resultado directamente al hospital quien se encarga de entregar el resultado a cada una de las pacientes.

El laboratorio tiene sus protocolos de toma y preparación de muestras, sus procesos se encuentran implementados y dirigidos por un coordinador, cada área tiene una persona encargada del proceso, la entrega de los resultados es de forma personal, sin intermediarios, en el caso del servicio de urgencias si se encuentra un resultado crítico el bacteriólogo informa personalmente el resultado al médico tratante. Con respecto al servicio de imágenes ocasionalmente la interpretación de estas las realiza el médico general respaldado por el radiólogo por medio de telemedicina.

Durante la observación y evaluación de este grupo de estándares se encontraron los siguientes hallazgos:

En el área de imagenología el horario de imágenes es limitado perdiendo la oportunidad de una radiografía en su momento, no se realiza lectura de las radiografías en las primeras 24 horas, las interconsultas con radiólogo son de acuerdo a disponibilidad de horarios asignados por el mismo especialista y no estandarizados de acuerdo a la demanda, no hay estandarización de los procesos, no se evidencia la medición del impacto en la comunidad, no se envían las placas para la respectiva lectura, no hay un protocolo de entrega de resultados y por último falta implementación de la ruta de control de calidad externo.

En el servicio de laboratorio se evidencia que no hay formato de verificación de resultados de laboratorios de alarma, no existe un protocolo para enviar las muestras de laboratorio, no hay un protocolo de entrega de resultados y también falta implementación de la ruta de Control de calidad externo.

En el hospital se observó que existe un formato como base de consentimiento informado, pero no cuenta con la información necesaria acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento, no hay formato de reacciones adversas a los medicamentos, no se encuentra un plan de alta o de egreso o de educación para el paciente para toma de los medicamentos de acuerdo con lo sugerido en el programa farmacovigilancia y tampoco tienen implementada una ruta de Control de calidad.

Por los hallazgos sobre los estándares que en la evaluación requieren de la mejora, se listan las oportunidades de mejora para la ESE nivel I de El Tambo, así:

se necesita adoptar las guías de práctica clínica aplicables a la institución y protocolos de manejo institucionales de acuerdo al ministerio; realizar una búsqueda de mecanismos de educación al usuario de los diferentes servicios y evaluar la comprensión de la misma; realizar la elaboración de la guía de reacción inmediata con actualización y evaluación, identificar el riesgo del paciente, elaborar el proceso de lectura de las imágenes e identificar falencias y necesidades del usuario; elaboración de proceso para identificación de reporte de laboratorios con valores críticos y socializar, estandarizar los procesos de cuidado y tratamiento que tiene el hospital.

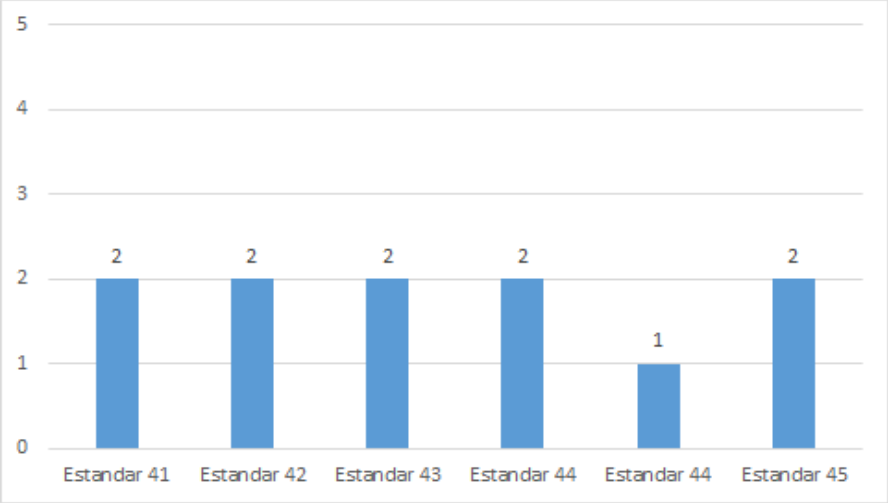
Realizar socialización de los indicadores con medición del impacto en cada uno de los programas de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, diligenciar en la historia clínica las actividades de Promoción de la salud; determinar un modelo de consentimiento

informado para la aplicación en cada situación, adicionarlo al protocolo de atención en cada servicio, socializar y aplicar el instrumento y evaluar sus correspondientes aspectos que requieren de la actualización.

También es indispensable en el camino hacia la acreditación que la ESE nivel I de El Tambo, genere estrategias de acompañamiento a los usuarios con hospitalizaciones prolongadas, realizar o describir el uso de los medicamentos en la institución, hacer protocolos de cuidado y manejo, generar un plan de alta para el egreso seguro del paciente, medición de tiempos de entrega de los resultados de laboratorio e imagenología, y consolidar el programa de control interno y externo.

5.7. Ejecución del tratamiento

Ilustración 7. Ejecución del tratamiento clínico



Elaboración: propia.

En la ejecución del tratamiento se evalúa si el hospital tiene un equipo interdisciplinario articulado para desarrollar un plan de cuidado y tratamiento integral que incorpore el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia, la educación e información pertinente durante

su tratamiento, las auditorías para el mejoramiento de la calidad que evalúa el cuidado y el tratamiento consecuente con las guías basadas en evidencia y la evaluación interna periódica de las historias clínicas para monitorización y seguimiento.

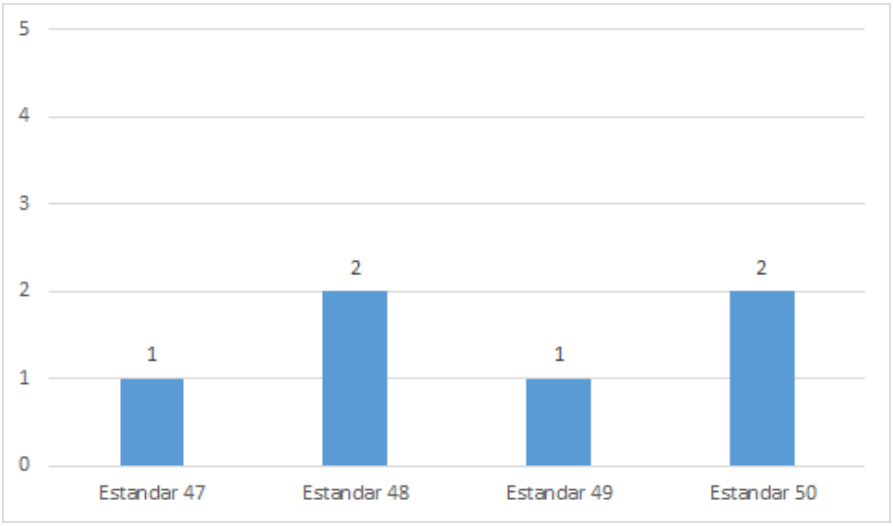
Al tenor de los cumplimientos anteriores, se tienen en cuenta otros criterios de los estándares en este grupo, entre los que están los procedimientos para adoptar la guía de cadena de custodia establecida por la autoridad competente, la documentación de la estrategia para la detección e intervención de casos de violencia intrafamiliar, abuso sexual y maltrato infantil.

Como fortaleza en este grupo de estándares, el hospital cuenta con un comité de historias clínicas, protocolos para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar de acuerdo a la normatividad nacional, realiza un proceso de valoración continua al usuario garantizando que el tratamiento sea ejecutado por personal idóneo y suficiente de acuerdo a su nivel de atención, identifica sus necesidades y el cuidado con un equipo interdisciplinario garantizando la oportunidad por medio de la telemedicina. El personal asistencial brinda educación al paciente con respecto al diagnóstico, tratamiento y recomendaciones de egreso.

En correspondencia, las oportunidades de mejora son fortalecer el programa de educación a los usuarios garantizando la divulgación de este a los colaboradores, sensibilización en el uso de guías de la práctica clínica, evaluar las competencias del talento humano verificando que todo el personal tenga el curso de violencia sexual y elaborar un proceso desde el SIAU para garantizar una segunda opinión médica si el paciente lo solicita.

5.8 Evaluación de la atención

Ilustración 8. Evaluación de la atención al usuario



Elaboración: propia.

Con referencia a los criterios de evaluación de la atención se tienen en cuenta las auditorías internas de las historias clínicas, el mecanismo para retroalimentar al equipo de salud sobre los resultados de estas y la evaluación de la adherencia al tratamiento de los pacientes agudos y crónicos. Evalúa la monitorización de las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y felicitaciones, la adecuación de la utilización del servicio (consultador crónico) y los indicadores de efectividad, oportunidad y adherencia al plan de tratamiento en el servicio de odontología.

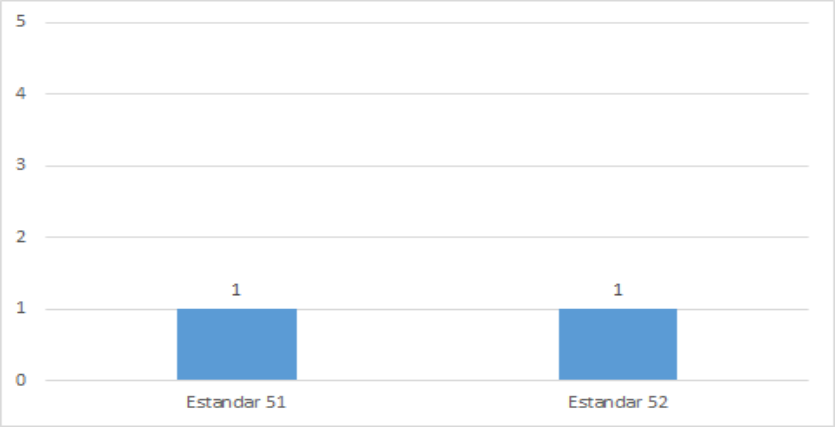
El hospital dispone de un comité de historia clínica, reporte de eventos adversos y análisis del mismo, existe un programa de pacientes crónicos, cuenta con un sistema de información al usuario (SIAU) en donde se analizan y resuelven las PQRS que llegan por medio del buzón de sugerencias, página web, formato presencial, por correo y/o por teléfono y generan indicadores de resultados de satisfacción al usuario.

En el servicio de odontología tiene un portafolio de servicios implementado. En este sentido se destaca que el profesional que cumple el cargo de coordinador tiene los procesos definidos y realiza el respectivo manejo de los indicadores como seguimiento y terminación del tratamiento.

Se considera como oportunidad de mejora retroalimentar a los colaboradores sobre el manejo de PQRS y sus resultados, elaborar y divulgar un protocolo que defina quién es el paciente consultador crónico para el hospital e identificar los mecanismos para evaluar la adherencia al tratamiento para estos pacientes.

5.9 Salida y seguimiento

Ilustración 9. Salida y seguimiento al usuario



Elaboración: propia.

En estos dos estándares se evalúa si el hospital cuenta con un plan de egreso seguro para los usuarios y un plan de coordinación con otras organizaciones en la prevención de la enfermedad, promoción, protección y mejoramiento de la salud de su población.

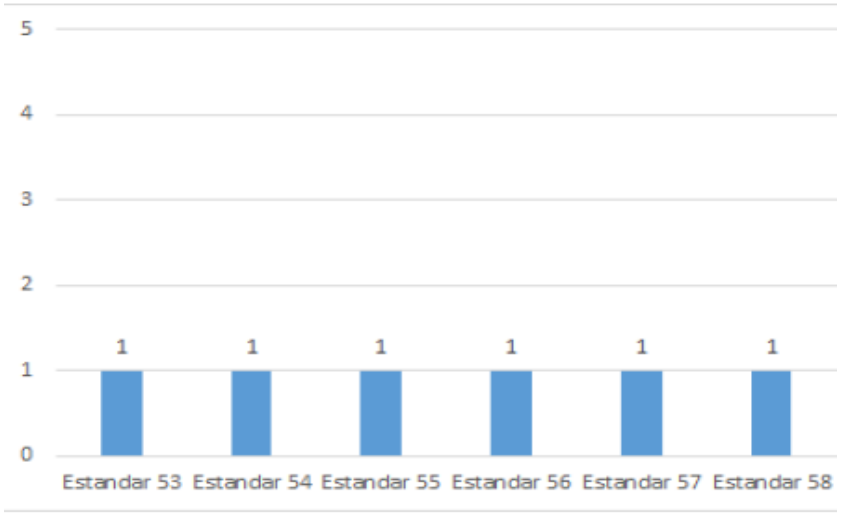
El hospital en el momento del egreso del paciente brinda información y realiza entrega de la epicrisis, fórmula e indicación médica, órdenes médicas e interconsultas si lo requiere y recomendaciones en casa. El hospital se encuentra alineado a las políticas de salud pública a nivel

nacional y territorial, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ejecutadas por medio de actividades extramurales en las diferentes veredas del municipio.

Dentro del análisis de estos indicadores se evidenció que la institución no cuenta con un plan de egreso seguro para el paciente y no asegura el seguimiento al 100% de los usuarios, teniendo como oportunidad de mejora elaborar una política de plan de egreso del usuario y familia y un plan de coordinación con las comunidades para el seguimiento de los pacientes.

5.10 Referencia y contrarreferencia

Ilustración 10. Referencia y contrarreferencia clínica



Elaboración: propia.

En los estándares de referencia y contrarreferencia evalúa si la organización cuenta con guías y criterios para la remisión de paciente teniendo en cuenta información relevante, que la información sea clara para el usuario y su familia, que se garantice la retroalimentación del proceso de remisión y la pertinencia clínica del trámite administrativo.

Dentro de este campo, se definen criterios específicos para la remisión a los diferentes servicios ambulatorios, asistenciales, de laboratorio de imágenes y de habilitación y

rehabilitación, y la monitorización del cumplimiento de los estándares de tiempo con respecto al egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios.

En el hospital realizan el proceso de remisión de acuerdo a la patología y complejidad del paciente, se realiza el proceso de acuerdo a la norma entre los servicios y a las guías a nivel nacional, sin embargo, no hay un protocolo institucional para el proceso de referencia y contrarreferencia del paciente, así como tampoco hay un proceso de egreso del paciente desde el área de facturación.

Como oportunidad de mejora se debe actualizar y elaborar el protocolo institucional para el proceso de referencia y contrarreferencia de pacientes, realizar la ruta para cada proceso y los documentos pertinentes para garantizar la seguridad del paciente, elaborar el proceso de egreso del usuario que incluya medición de tiempos desde los diferentes servicios incluyendo facturación.

5.11 Estándar 75 - Proceso de Mejoramiento

La finalidad es evaluar en qué medida los requisitos establecidos por los estándares del grupo se operativizan en los procesos evaluados. Por eso se tiene que la Ese nivel I de El Tambo tiene un enfoque en su programa de mejoramiento el cual es sistemático, de acuerdo a los propósitos básicos del estándar; además, se encuentra implementado en algunas de las áreas, hay evidencia de despliegue a unos pocos clientes, pero no es consistente. Con respecto a los resultados los datos son parciales, existen indicadores, pero faltan otros, hay resultados muy recientes que no permiten tener bases que muestren tendencias. La institución está dispuesta a estar en continuo mejoramiento con respecto a los hallazgos de los estándares.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de los programas de acreditación en salud es mejorar la calidad de la atención mediante un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados en una organización de salud, con el fin de garantizar y mejorar la calidad de la atención del cliente, mediante el logro de estándares óptimos y fáciles de alcanzar, independiente de su estado de desarrollo, razón social o nivel de atención, estándares previamente conocidos por las entidades evaluadas. (Res 3100 del 2019).

Ahora bien, en esta parte se priorizan dos componentes dentro de la taxonomía de los criterios a mejorar en el proceso de acreditación: a) la prestación asistencial; b) el seguimiento a los usuarios.

En relación con el primer componente, se ha encontrado que los estándares asistenciales de acreditación en la ese nivel I de El Tambo, tienen una calificación por debajo de lo que el sistema solicita para que sea una institución con altos estándares que generen calidad, siendo un eje importante en la prestación de servicios de salud, en esta primera parte se ha logrado determinar mediante la autoevaluación esos factores que interfieren la calidad, por el no cumplimiento de los mismos, estándares muy enfocados a la perspectiva del usuario, del cliente, de nuestros pacientes, son ellos el eje central para que la institución, empiece a crear las estrategias y así mejorar y lograr que sean el centro, una "atención centrada en el paciente", mediante la formulación de políticas de salud que respondan a las verdaderas necesidades.

Es importante en una segunda fase que la institución indague como perciben los usuarios la calidad de la ESE, comprender sus experiencias, los momentos de verdad que han tenido en la atención en salud, en su proceso. Lograr la comprensión de sus necesidades hace que la ESE

obtenga un mejor enfoque y pueda brindar calidad en su atención, con humanización, el buen trato, su seguridad, el acceso a los servicios, la disminución de la tramitología, entre otros.

"Donabedian se refería a la Calidad en la atención como aquella que proporciona al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancia y pérdidas".

Según la normatividad Colombiana "calidad de la atención de salud se entenderá como esa provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional optimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario", en cuyo caso son conceptos claros y que actualmente las instituciones en salud quieren entrar en estos procesos para dar cumplimiento a lograr Calidad en la prestación de sus servicios, involucrando a sus usuarios, como lo concluye el estudio realizado en Medellín sobre el concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, "al formular políticas, prestar servicios y elaborar planes, se debe involucrar a los usuarios de manera activa, ser participantes y reconocerles la autonomía para tomar las mejores decisiones", y dentro de sus resultados también concluyen que el trato humanizado, la equidad, y la participación hacen parte de definir el concepto de Calidad. (Cano, et al., 2015).

Por lo anterior, la ESE nivel I ha empezado ya su proceso para lograr calidad, este estudio aporta logrando identificar que oportunidades de mejora tiene para ser una institución a nivel municipal, departamental y nacional referente de la Calidad en Salud que presta a sus usuarios.

Segundo componente:

En el primer eje trazador de calidad se busca facilitar la continuidad de la atención desde el ingreso hasta el egreso y garantizar su seguimiento una vez el usuario llega a su casa, el objetivo es lograr que este tenga momentos de verdad que sean importantes para él y su proceso de cuidado. Este eje es valorado mayormente en el grupo de estándares de acreditación de acceso,

donde según los resultados obtenidos el 42% de los criterios evaluados tiene una puntuación de 2 en la dimensión de implementación, siendo la calificación mínima aceptada para poder pasar a la siguiente fase un valor de 3, esta calificación nos indica grandes oportunidades de mejora ya que el beneficio del usuario al tener una atención integrada es muy alto, por el contrario al tener baja esta calificación, el nivel de vulnerabilidad es mayor perjudicando sus condiciones de salud mentales y físicas pudiendo causar regresión a la enfermedad y por consiguientes mayores costos para la institución a largo plazo y lo más importante daños irreversibles en su salud para el paciente.

Para poder mejorar este aspecto, según la evaluación de cada uno de los criterios de los estándares que afectan el egreso y seguimiento del paciente, encontramos que si se logra implementar, estandarizar y socializar al cliente interno y externo un protocolo de la ruta que debe seguir el paciente desde que ingresa hasta su egreso, indiscutiblemente esto haría que la calificación inmediatamente subiera en la hoja radar.

Sobre este seguimiento se tiene que, actualmente el personal asistencial brinda educación al paciente con respecto al diagnóstico, tratamiento y recomendaciones de egreso, le realizan entrega de la epicrisis, fórmula e indicación médica, órdenes médicas e interconsultas si lo requiere y dan recomendaciones para la casa, sin embargo, a pesar de esto la institución no cuenta con un plan de egreso seguro para el paciente y no asegura el seguimiento al 100% de los usuarios.

Se hace indispensable y urgente la elaboración de una política de plan de egreso del usuario que incluya medición de tiempos desde los diferentes servicios (facturación, triage, atención en consultorio, espera para colocación de medicamentos y realización de ayudas diagnósticas, hospitalización, procedimientos, entre otros generados en la atención).

Adicionalmente, se debe además actualizar y socializar el protocolo y/o proceso desde SIAU sobre la ruta en la asignación de citas, implementar estrategias para que el usuario pueda decidir con qué profesional desea realizar el seguimiento de su enfermedad y tener un sistema oportuno de recordatorio de la cita.

Se deben realizar otras actividades adicionales a las ya implementadas por el hospital actualmente para lograr mejorar estos indicadores, tales como: realizar la medición de la oportunidad en la atención al usuario, tiempo de espera para acceder al servicio que requiera, medición de demanda insatisfecha y dar a conocer todos estos indicadores en todo el talento humano de la organización. A nivel gerencial se debe notificar, evaluar y tomar correctivos, diseñando mecanismos para garantizar al usuario los servicios que la institución ofrece, informarles a cuáles servicios no tiene derecho, y brindarles información sobre cómo acceder a los servicios no cubiertos o redireccionarlos correctamente.

Es imperativo crear brigadas de salud que lleguen a lugares apartados para lograr acceso a los servicios por parte de los usuarios usualmente más vulnerables.

Con todas estas acciones se busca lograr que la institución garantice desde el punto de vista de atención y de gerencia, que se conozcan de manera oportuna las situaciones que padece la población atendida y el universo de usuarios, lo que contribuye con la toma de decisiones inmediatas, las cuales facilitan la identificación de factores desencadenantes de patologías que se puedan estar desarrollando en el momento en el territorio.

Esto otorga ventajas en la planeación gerencial y asistencia porque el talento humano tendrá mejor preparación al momento de la atención al paciente, y mejores herramientas para prevenir secuelas irremediables para el usuario, garantizando un buen servicio con satisfacción y calidad desde que el usuario ingresa hasta que egresa, haciendo un cubrimiento a posterioridad, basado en el seguimiento cuando el usuario está fuera de la institución.

Al respecto es importante agregar que a nivel internacional y nacional se ha demostrado que, en la búsqueda para lograr una atención con calidad, las instituciones de salud deben estar en un constante proceso de medición, para realizar oportunidades de mejora y ser entidades referentes de la calidad mediante la satisfacción del usuario, teniendo en cuenta la humanización, la seguridad del paciente, el talento humano, y el riesgo costo-beneficio. (Cabrera-Arana et al., 2008).

Para lograr estos resultados es indispensable que las instituciones se presenten al ente acreditador mediante los requisitos definidos por el Ministerio de Protección Social, puesto que depende del grado de cumplimiento de los estándares y sus fortalezas lo que finalmente lleva a la excelencia.

Al respecto, dando un paso adelante, con este estudio se busca dar herramientas a la ESE nivel I de atención de El Tambo, determinando los factores organizacionales que interfieren el proceso de calidad en su institución, de acuerdo a los estándares asistenciales relacionados en el SUA.

Según la resolución 5095 de 2018, la intencionalidad en la evaluación de los grupos de estándares asistenciales busca que el cumplimiento de los criterios sea a partir de un enfoque de humanización de los servicios, la humanización no solo involucra personal y procesos asistenciales, también la gestión administrativa y gerencial, con el fin de mejorar la calidad del servicio. El SUA adopta la atención humanizada como primordial en el proceso, igual se expone en la Ley 100 de 1993, donde se habla de la conservación de la atención humanizada (Andino, C. 2018).

Vale la pena expresar que la ESE nivel I de El Tambo – Cauca, tiene un avance significativo, pero requiere de aunar esfuerzos en los dos indicadores priorizados, porque tiene la fortaleza de que cuenta con una política de humanización, involucrando a toda la institución, desde su planeación estratégica, de acuerdo a este concepto la puntuación arrojada por la autoevaluación realizada se observa que su promedio en estos estándares en menor a 2, lo que nos indica que la institución de acuerdo a las dimensiones valoradas de enfoque, implementación y resultado no alcanza la categoría para ser una entidad acreditada. art. 8 Resolución 2082 de 2014.

Si bien es cierto el área administrativa se muestra un poco más fría frente a la atención, debe estar en completa comunicación con la parte asistencial, en todo sentido, bien sea agendamiento, cobro, compra de materiales, compra de equipos, adecuación de infraestructura; todos puntos relevantes para prestar un servicio humanizado que se va a ver reflejado en la satisfacción del usuario. (Drada, S, García, V y Trujillo, S., 2016).

En relación con los hallazgos aquí reseñados, se contrasta que Redhead, R, realizó en el 2015 en Perú, un estudio que arrojó como resultado que la satisfacción del usuario es el indicador más confiable para saber si está prestando en la institución un servicio con calidad. En la investigación identificaron dos factores importantes, el estado emocional del paciente al momento de la atención y al momento de la aplicación de la encuesta de percepción de calidad; el segundo factor la infraestructura de la institución prestadora, que son factores que influyen de manera significativa en la percepción del paciente cambiando totalmente la satisfacción del usuario y la calificación en calidad.

El análisis realizado en este estudio que sirve para contrastar la investigación adelantada muestra que los estándares asistenciales evaluados tienen un enfoque al usuario y por ende a la satisfacción de este, con mayor peso ponderativo sobre el tema administrativo. En la revisión de la autoevaluación y de la auditoría de los estándares aplicados en la organización se evidenció que el hospital tiene oportunidades de mejoramiento en cuanto a la atención de usuarios de forma externa, sin desconocer como un hecho favorable que, los indicadores de satisfacción del usuario del hospital de El Tambo para el 2019 fue de 95% y para el 2020 del 96%. Con estos datos se puede realizar la inferencia que, este indicador de satisfacción puede ser mediado por el estado emocional del paciente al momento de la atención, independiente de lo que haya logrado la entidad hospitalaria con la prestación del servicio en lo administrativo y asistencial.

En correspondencia, para que la organización logre mejores resultados en la medición de la satisfacción del usuario, aún debe implementar y divulgar procesos que generen más impacto y beneficien al usuario, con respecto al cumplimiento de sus derechos, su seguridad, el acceso, el cuidado y seguimiento en la atención.

Por tanto, cumpliendo los criterios a cabalidad se mejorará la percepción del usuario como lo refiere un estudio en el 2019 en Sao Paulo Brasil donde identificaron que es más probable encontrar mayor porcentaje de satisfacción al usuario en las entidades acreditadas. (Barbino, LGutierrez, L. y Gabriel, C. 2019).

A nivel nacional encontramos que el hospital Pablo VI de Bosa (acreditado en el 2006), realizó un diagnóstico en el 2016 donde encontraron que la transformación que presentaron en esos diez años cambió toda percepción tanto en el cliente interno como externo mediante la humanización del servicio, el hospital complementa los estándares del sistema único de acreditación con los elementos y buenas prácticas de gestión de conocimiento, trabajando cada

día en fortalecer las estrategias que exploren aún más el conocimiento de los colaboradores (Cortés, L. 2016).

Esto nos indica como el Hospital de El Tambo se ha encaminado hacia este proceso de transformación buscando la acreditación fortaleciendo la satisfacción de sus usuarios, es un diagnóstico que aporta a la institución para que visualicen cómo está su camino hacia la acreditación.

De acuerdo con los ejes de acreditación en salud, identificamos que todos los estándares asistenciales tienen oportunidad de mejora.

Por tanto, la organización debe buscar una atención centrada en el usuario, facilitando al personal que requiere de los servicios la continuidad de la atención desde el ingreso hasta el egreso y su seguimiento, permitiendo que el usuario tenga momentos de verdad que sean importantes para él y su proceso de cuidado.

La ESE nivel I debe seguir promoviendo el respeto y el cumplimiento de los deberes y derechos, buscando mecanismos para diseñar y adoptar los criterios administrativos y asistenciales de conformidad con las pautas nacionales e internacionales, divulgándolos al cliente interno y externo.

Con respecto a la gestión clínica y seguridad del paciente la meta es minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante la atención en salud, el hospital en cumplimiento a este eje debe fortalecer, divulgar y evaluar la política de seguridad del paciente, mediante la ejecución de las tareas que tiene planteada el programa, generando con ello una cultura organizacional en pro de la seguridad del cliente interno, mediante la cultura de reporte, procesos seguros, prevención de infecciones asociadas a la atención de salud y sensibilización a los colaboradores.

Teniendo en cuenta los criterios de los estándares de planeación el hospital cuenta con la política de humanización cuya meta es garantizar el respeto y la dignidad del ser humano, trabajando en la incorporación de la política en sus colaboradores mediante la educación y como cumplimiento a la planeación estratégica definida en su misión.

El hospital cuenta con un proceso de intervenciones colectivas en conjunto con la Secretaría municipal de salud, con el cual se determinan y evalúan los riesgos que puede afrontar la población. Esto permite a la ESE nivel I de El Tambo, seguir brindando los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a su población en convenio, teniendo como oportunidad de mejora, la ampliación de los programas, que deben ser ejecutados a la población de difícil acceso, para prevenir que esta población llegue gravemente enferma, mejorando así el balance entre beneficios, riesgos y costos.

Con respecto a los ejes de gestión de la tecnología, proceso de transformación cultural permanente y responsabilidad social, se encuentran evaluados en otros estándares de acreditación no pertinentes en este estudio. No obstante, estos también son de importancia sobre el conjunto de criterios para la acreditación, lo cual sirve para realizar el diagnóstico en una segunda fase del estudio.

Lograr la certificación de la acreditación en salud va más allá de un certificado, las instituciones deben estar en un continuo proceso de mejoramiento para lograr calidad en la prestación de sus servicios y que sus usuarios se sientan satisfechos, atendidos con humanización y seguridad. El sistema único de acreditación genera unas pautas para este proceso, pero es la organización mediante su estrategia organizacional y su cliente interno quien genera mejores

experiencias a sus usuarios mejorando su fidelización. La acreditación crea organizaciones líderes en su región, un proceso dispendioso y con dificultad, pero no imposible si está alineada con el objetivo de la organización cumpliendo la normatividad vigente.

La acreditación hace que los momentos de verdad de atención al usuario sean positivos, siendo ésta la única oportunidad de demostrar qué tan comprometido está el hospital con la salud del paciente, todo esto se obtiene capacitando, incentivando, comprometiendo y escuchando al talento humano, quienes en sí son la cara amable de las organizaciones y por quien en muchas ocasiones un paciente decide o no volver. Sanabria. A. 2019.

La evaluación de los estándares asistenciales nos brinda un enfoque de humanización al usuario, la elaboración de este diagnóstico brinda al hospital pautas de cómo se encuentra en su proceso para dar el primer paso y aplicar a la acreditación, teniendo en cuenta las oportunidades de mejora generadas.

Por ello es preciso indicar que la ESE nivel I de El Tambo - Cauca, es una institución que con el liderazgo desde gerencia y el compromiso de los colaboradores puede seguir siendo referente a nivel del departamento del Cauca, como ya lo es con el logro de una buena ponderación en los indicadores de salud pública del 2020.

El alcance del estudio le da una referencia al hospital de cómo se encuentra con respecto a calidad en los estándares asistenciales para un proceso de acreditación, una limitación es el acceso a la evaluación minuciosa de cada estándar, lo que nos indica que es posible una segunda fase de este estudio donde se pueda complementar la identificación de los otros grupos de

estándares de acreditación, y así, dar un diagnóstico más preciso de cómo se encuentra el hospital para aplicar a la Acreditación del ente encargado como es el ICONTEC.

7. ANEXOS

ANEXO 7.1 INSTRUMENTO DE EVALUACION

CUESTIONARIO HOSPITAL EL TAMBO CAUCA

ÍTEM	#	PREGUNTA	ESCALA DE VALORACIÓN 1	2	3	4	5	HALLAZGO	FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA
DERECHOS DE LOS PACIENTES	1	La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que los pacientes y el personal comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.								
	2	La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza: El respeto al derecho del usuario de participar o rehusarse a hacerlo. La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza: La información relacionada con el proyecto, su objetivo, beneficios y riesgos. La institución que realiza proyectos de investigación con sus usuarios garantiza: Un comité que analice y avale los proyectos de investigacion en los que participa								
	3	La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.								
	4	La organización asegura que para todos los usuarios que atiende, independientemente de la modalidad de venta o contratación de los servicios, se cumplen de igual manera los estándares de acreditación que apliquen a los servicios prestados.								
SEGURIDAD DEL PACIENTE	5	La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización mediante:								
	6	La generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.								
	7	La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas que mejoren la actuación de los profesionales e involucrar los pacientes y sus allegados a la seguridad.								
	8	La organización tiene definido, implementado y en operación el plan de prevención y control de infecciones.								
ACCESO	9	La organización garantiza el acceso de los usuarios, según las diferentes particularidades y características de los usuarios. Se evalúan las barreras del acceso y se desarrollan acciones de mejoramiento.								
	10	En caso de **organizaciones integradas en red,** se identifica un rango de proveedores o puntos de atención en salud y de rutas de acceso.								
	11	Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial. El ciclo de atención del usuario es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la Organización. Se verifica el conocimiento del ciclo de atención del usuario y se implementan acciones frente a las desviaciones.								
	12	Cuando un usuario solicita citas, la organización garantiza el derecho del usuario a solicitar la atención con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre entre las opciones ofertadas por la institución prestadora. Cuenta con un sistema que permite verificar la disponibilidad de dicho profesional y la oportunidad de su atención.								
	13	La organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales. Para respetar el tiempo de los usuarios la institución realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; esto lo hace teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención. La programación se evalúa periódicamente para verificar su cumplimiento en el marco de criterios de calidad. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.								
	14	La organización define los indicadores y estándares de oportunidad para los servicios ambulatorios y de respuesta hospitalaria con los que cuenta y se encuentran dentro de o supera los umbrales definidos en el Sistema de Información para la Calidad								
	15	La organización garantiza la información al usuario sobre los servicios que presta. En los casos en los cuales el usuario no tiene derecho, la información es explícita en relación con la forma para acceder a la prestación de tales servicios no								
	16	Se tiene estandarizada la asignación de citas y autorización de las mismas a los usuarios que requieran de sus servicios.								
REGISTRO E INGRESO	17	Está estandarizado el proceso de asignación de citas, registro, admisión y preparacióndel usuario, mediante el que se le orienta sobre qué debe hacer durante la atención. Se evalúa su cumplimiento y se desarrollan acciones de mejora cuando es necesario.								
	18	Se tiene estandarizada la información a entregar en el momento de ingreso al servicio del usuario y su familia								
	19	En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención.								
EVALUACION DE NECESIDADES AL INGRESO	20	La organización tiene definido, y estandarizado el proceso de identificación de necesidades de Salud de todos los pacientes atendidos y evalúa su cumplimiento.								
	21	La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los								
	22	La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente requiere técnicas especiales de aislamiento de acuerdo con su patología.								

PLANEACION DE LA ATENCION	25	En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se aseguran los mecanismos que permitan corroborar el historial médico del paciente y las atenciones y los medicamentos que está recibiendo, para establecer de manera conjunta o concertada con el equipo de salud un plan de tratamiento seguro.								
	26	En las organizaciones que prestan servicios odontológicos se cuenta con mecanismos que permitan involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento								
	27	El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente **en imagenología** incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.								
	28	El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en **laboratorio clínico** incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.								
	29	La organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones.								
	30	La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto en la población usuaria.								
	31	La organización garantiza que el paciente y su familia son informados acerca de las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.								
	32	La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado.								
	33	En el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad.								
	34	La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente.								
	35	La organización tiene definida una metodología para la investigación diagnóstica que busque optimizar el tratamiento; lo anterior se acompaña de análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo								
	36	El **laboratorio clínico, cuando la organización realiza la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio intrainstitucional o interinstitucional,** cuenta con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario.								
	37	La organización garantiza que en el **laboratorio clínico, patología e imagenología** se asignan y conocen los responsables de los procesos y se cuenta con protocolos que definen criterios explícitos.								
	38	La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garantizan la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información.								
	39	El **laboratorio** cuenta con un programa de control de calidad interno y externo reconocido y probado.								
	40	La organización cuenta con procesos estandarizado que garantizan la prevención y el control de las infecciones durante el proceso de atención del usuario.								

EJECUCION DEL TRATAMIENTO	41	Existe un plan de cuidado y tratamiento que incorpore de manera integral el análisis de riesgo y las necesidades del paciente y su familia mediante la adecuada articulación del equipo interdisciplinario requerido								
	42	El usuario y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento								
	43	El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible								
	44	La organización tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial (maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar), notificación a los entes y/o autoridades pertinentes, seguimiento y consejería psicológica y espiritual (atendiendo sus creencias religiosas).								
	45	La organización tiene procesos estandarizados para garantizar que durante la ejecución del tratamiento el usuario tiene el derecho, si así lo solicita o requiere, a una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho debe ser informado a través de cualquier mecanismo con que cuente la organización, incluido el mismo profesional tratante.								
	46	La organización cuenta con estrategias estandarizadas de educación en salud a los usuarios, las cuales responden a las necesidades de la población objeto.								
EVALUACION DE LA ATENCION	47	La organización garantiza que revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.								
	48	La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para responder en forma oportuna y efectiva y retroalimentar al personal de la institución sobre el comportamiento o tendencia del proceso y la intervención implementada para su mejoramiento.								
	49	La organización cuenta con una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y tiene procesos establecidos para cuantificar y generar acciones encaminadas a evaluar y controlar tal situación.								
	50	La organización que presta servicios de odontología garantiza que se desarrollen en forma sistemática y permanente mecanismos de evaluación de la efectividad y la continuidad del proceso de atención al paciente en salud oral.								
SALIDA Y SEGUIMIENTO	51	La organización cuenta con un proceso estandarizado para el egreso de los pacientes, que garantiza al usuario y su familia la adecuada finalización de la atención y su posterior seguimiento.								
	52	La organización asegura un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción, protección y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios.								

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	53	En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos: 1.La organización cuenta con guías y criterios explícitos de qué tipo de casos se remiten, cuándo se remiten, por qué se remiten y a dónde se remiten, entre otros. En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos: La organización garantiza que todas las remisiones cuentan con la información clínica relevante del paciente. En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos: Brinda información clara y completa al usuario y su familia sobre el proceso de remisión y los procedimientos administrativos a seguir para obtener el servicio donde se refiere al usuario. En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos:.La organización garantiza que los profesionales que remiten a sus usuarios cuenten con retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en los registros médicos del paciente. En caso de que sea necesario referir a los usuarios entre servicios o entre instituciones, se deberán garantizar los siguientes procesos: Se evalúa la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones. Se toman correctivos de las desviaciones								
	54	Para remisiones a servicios específicos, según aplique, se tendrán en cuenta los siguientes criterios adicionales: 1.Remision a laboratorio o imágenes Dx, 2. Remision a urgencias, 3. Remision a servicios de provision de medicamentos, 4. Remision a								
		Servicio ambulatorio de diferente complejidad, 6. Remision a hospializacion, 7. Remision a programas de Promocion y Prevencion								
	55	En caso que el profesional del laboratorio o sus directivas necesiten referir una muestra de un usuario entre la red a un laboratorio de diferente complejidad, de su misma red de servicios o a otra organización								
	56	En imagenología se cuenta con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario, para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar esta labor. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional para realizar dicha labor.								
	57	En los servicios de habilitación y rehabilitación se cuenta con un mecanismo al egreso del proceso de atención al usuario para informar al paciente sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar remisión o cita con otro prestador.								
	58	La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluida la facturación de los servicios. Se garantiza la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y diseño, la aplicación y la evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.								
SEDES INTEGRADAS EN RED	59	Existe una definición explícita de las razones de conformación de la red y el diseño está en función de ofrecer facilidades de atención al paciente y su familia.								
	60	Si la red de prestación cuenta con una diferenciación explícita de servicios por cada prestador, esta información debe ser clara para el usuario, así como para el proceso de asignación de citas.								
	61	Para el caso anterior, la gerencia de la red garantiza que cuenta con procesos diseñados e implementados para determinar los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes prestadores, los cuales aseguran la coordinación y la continuidad del proceso de atención del usuario.								
	62	La red cuenta con un proceso centralizado de monitorización de la calidad de las historias clínicas y de los resultados clínicos obtenidos, incluyendo el análisis de eventos adversos. Lo anterior no excluye la participación de personal que labora en cada una de las organizaciones que hacen parte de la red. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.								
	63	Existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Existen planes operativos de los procesos e incluyen la contribución de las sedes al direccionamiento estratégico general. Los planes operativos cuentan con metas e indicadores que permiten evaluar la gestión de cada sede. Se toman correctivos frente a las desviaciones detectadas.								
	64	El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se genera la sinergia y coordinación en torno al paciente entre los diferentes prestadores. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos.								
	65	Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención a los pacientes.								
	66	Cuando se tengan varias sedes y el usuario pueda consultar en varias de ellas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta y se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información está en medio magnético o físico (papel).								
	67	Los registros que son usados en los procesos de atención a los pacientes deben estar estandarizados, tanto en contenidos clínicos como administrativos. Los registros deben garantizar su completitud, independientemente de donde se reciba y atienda el paciente y debe facilitar la coordinación y								
	68	independientemente de la información que se genere y almacene en cada uno de los prestadores de la red, la gerencia de la red recolecta, procesa y analiza información de sus prestadores a nivel central. Los análisis deben poderse desagregar desde el desempeño en conjunto de la red hasta el desempeño individual de cada prestador.								
	69	La gerencia de la red garantiza, para aquellos casos en los que el paciente es visto con un enfoque integral de atención por varios prestadores de la red, que en cada una de estas atenciones se evalúe el estado de salud del mismo y esta información quede consignada en los registros clínicos.								
	70	La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman recibe información detallada y oportuna acerca de servicios, programas, directrices, políticas, etc., que son emanadas de la gerencia de la red.								
	71	La gerencia de la red debe articular las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.								
	72	La gerencia de la red garantiza que cada uno de los prestadores que la conforman presenta condiciones de ambiente físico acordes con los desarrollos planificados, las políticas organizacionales y las exigencias de la acreditación.								
	73	La gerencia de la red cuenta con mecanismos de planeación y operativización de programas que identifiquen el mejor balance de costos y beneficios en el uso de la tecnología entre los diferentes prestadores que hacen parte de la red, acorde con el grado de complejidad de los prestadores.								
	74	Existe un plan de mediano plazo para la presentación a la acreditación de todas las sedes integradas en red. En caso de presentación gradual, debe precisarse el tiempo del proceso completo e incluir en primer término la sede principal y las sedes en las que se atiende el mayor número de usuarios.								
	75	La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares.								

ANEXO 7.2 ESCALA DE EVALUACION (HOJA RADAR)

HOJA RADAR PARA LA CALIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD

VARIABLE	CALIFICACION 1	2	3	4	5
ENFOQUE					
SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar. en áreas claves	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
PROACTIVIDAD	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento
IMPLEMENTACIÓN					
DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente
RESULTADO					
PERTINENCIA	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados .	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área , factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
CONSISTENCIA	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
AVANCE DE LA MEDICIÓN	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos
TENDENCIA	El estudio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
COMPARACIÓN	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistémicas	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar.	**Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional** de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	**Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales** y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de

ANEXO 7.3. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES A REALIZAR	CRONOGRAMA
Solicitud autorización del estudio a la gerente del Hospital.	Febrero 2021
Elaboración y revisión de la propuesta de investigación.	Febrero a marzo 31 2021
Creación del instrumento.	Abril a junio 30 2021
Inicio de la recolección de la muestra	julio 01 a septiembre 31 de 2021
Análisis de la información, redacción de resultados.	Agosto 1 a octubre 15 de 2021
Organización Documento final. Entrega de documento a la Universidad. Socialización en la Universidad. Socialización en la ESE.	Octubre 15 a noviembre 20 de 2021 Noviembre 22 de 2021 Enero 25-27 2022 Febrero 2022

ANEXO 7.4. RECURSOS Y PRESUPUESTO

RECURSOS
Humano: encuestadores (1), investigadores (2)
Computador (2) y Tablet (1)
Transporte
Papelería
Impresora
PRESUPUESTO: $ 4.000.000 (Cuatro millones de pesos colombianos).

ANEXO 7.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado de participación enproyecto de investigación.

Fecha**:** 15 de marzo de 2021

Yo,_____, identificado con cédula de ciudadanía_____ , de nacionalidad _____, mayor de edad, autorizo mi participación en la investigación de la Maestría de Gerencia de Organizaciones en Salud de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, denominada *"Factores que interfieren los estándares de acreditación en una institución de salud nivel I"* asesorada por la docente Carolina González, la cual fue designada por la Pontificia Universidad Javeriana Cali.

He sido informado de los objetivos de la investigación, alcance y resultadosesperados de este estudio y de las características de la participación. Reconozco que la información que provea es estrictamente para uso académicos objetos dela investigación y autorizo ser citado dentro de este estudio.

He sido informado que puedo realizar preguntas concernientes a la investigación,y puedo retirarme de la misma cuando lo decida, notificando a los investigadores sin sufrir consecuencia alguna.

He leído el actual documento, entiendo las declaraciones contenidas en el y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre yvoluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Si lo requiero puedo solicitar información de los resultados de la investigación una vez concluya a los investigadores responsables Leiby Olivia Vivas García y/o Merybeth Acosta Posada a los correos leibyvivas81@javerianacali.edu.co , merybeth7@javerianacali.edu.co o a los teléfonos +57 3128913647 o +57 3154272617.

Nombre y Firma

Leiby O. Vivas García.

LEIBY OLIVIA VIVAS GARCÍA
Investigadora Responsable

MERYBETH ACOSTA POSADA
Investigadora Responsable

ANEXO 7.6. CARTAS DE AUTORIZACIÓN

Cali, 15 de marzo de 2021

Señores:
HOSPITAL DE EL TAMBO
Enfermera Flor Nelly Ante
Representante Legal

Referencia: Solicitud de autorización para realización de investigación aplicadapara optar título en Magister en Gerencia en Organizaciones de Salud

Respetada Dra. Flor Nelly Ante

En la actualidad nos encontramos cursando segundo semestre para optar el título de Magister en Gerencia en Organizaciones de Salud en la Pontificia Universidad Javeriana deCali. La presente carta tiene como objeto solicitar su colaboración para que nos sea autorizado realizar investigación aplicada con fuentes y datos de la entidad que usted representa; la investigación se denomina *"Factores que interfieren los estándares de acreditación en una institución de salud nivel I"*.

La información será utilizada con fines netamente académicos y se garantiza la reserva y confidencialidad de la información que nos sea suministrada.

Sin otro particular,

LEIBY OLIVIA VIVAS GARCÍA
Investigadora Responsable

MERYBETH ACOSTA POSADA
Investigadora Responsable

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ángel-Ángel, G. A. (2021). Evaluación continua de la calidad metodológica de las guías de práctica clínica como una necesidad urgente. *Revista de La Facultad de Medicina*. https://doi.org/10.15446/revfacmed.v69n2.89257

Barranco, Cáceres, Cívicos, Díaz-Vilela, Hernández, P. (2002). Cuestionarios Servqual. 1-7.

Briceño Guerrero, K. (2014). Análisis de capacidad instalada para la prestación de servicios formativos Unidad Ginecológica y Obstétrica Hospital Universitario Clínica San Rafael. Bogotá-Uniandes.

Cabrera-Arana, G. A., Bello-Parías, L. D., & Londoño-Pimienta, J. L. (2008). Calidad percibida por usuarios de hospitales del programa de reestructuración de redes de servicios de salud de Colombia. Revista de Salud Publica. https://doi.org/10.1590/S0124-00642008000400009

Cañas, C. A. M. (2013). El concepto de la capacidad instalada. Medellín: Planning Consultores Gerenciales.

Cano, S. M., Giraldo, A., & Forero, C. (2015). Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a06

Congreso de la República (1993). Resolución, N. (1993). 008430 de 1993. República de Colombia. Capítulo VI, Artículo, 48.

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. Congreso de Colombia.

Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 100 De 1993. Journal of Chemical Information and Modeling.

Constitución política de Colombia. (2009). Anales de Derecho.

Donabedian, A. (1984). La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. In La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación (pp. xxiii–194).

ESE Hospital el Tambo (2019). Modelo de Atención en Salud ESE Hospital de El Tambo-Cauca, Somos modelo de atención en salud a nivel nacional octubre 23 2019, ese hospital tambo cauca.gov.co.

Flores, M. D., Franco, M. E. V. E., Ricalde, D. C., Garduño, A. A. L., & Apáez, M. R. (2013). Metodología de la investigación. Editorial Trillas, SA de CV.

Forrellat Barrios, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: Un reto ineludible. Revista Cubana de Hematologia, Inmunologia y Hemoterapia, 30(2), 179–183.

Hernández, M., Aurelia, D., Hernández, A., Tania, D., & Nava, I. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, 25(1), 26–33.

Gonzalez, M. I. R. (2015). Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia (Vol. 1).

López, A., Vanessa, A., Cadavid, T., Marcela, L., & Marin, Z. (2020) Auditoria, P. D. E., El, P., La, M. D. E., En, C., S, G. E. S. A. Programa De Auditoria Para Salud Pamec. 1–54.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Ley 1751 de 2015.

Ministerio de la Protección Social. (2006a). Decreto 1011 De 2006. Medicina.

Ministerio de la Protección Social. (2006b). RESOLUCIÓN 1446 DE 2006.

Ministerio de Salud. (1991). Resolución 13437 de 1991. Ministerio de Salud, Congreso de Colombia.

Ministerio de Salud. (1994). Decreto 1876 de 1994. Diario Oficial No. 41.478, Del 5 de Agosto de 1994.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Resolución 4343 De 2012. Diario Oficial.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. (2018). Resolución 5095 de 2018. In 19-11-2018.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). Resolución 2181 de 2008.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014a). Decreto 903 De 2014. 13 De Mayo.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). Resolución número 2082 de 2014. MINSALUD.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). Decreto 780 de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). Resolución 0256 de 2016. Ministerio de Salud y Proteccion Social.

MinSalud. (n.d.). Sistema Único de Acreditación. Web Oficial. https://acreditacionensalud.org.co/sistema-unico-de-acreditacion/

Moreno, L. A., & Petro Sánchez, P. (2015). Plan de auditoría de la calidad de la atención en salud, para la Clínica Dermatológica Cuidarte SA Bucaramanga, Santander.

Noble-Lugo, A. (2019). Indicadores de calidad en colonoscopia. Revista Endoscopia. https://doi.org/10.24875/end.m19000028

Peña, M. L., & Pineda Garcia, L. E. (2016). Calidad de la gestión del sistema de información de una IPS de tercer nivel. Bogotá D.C., Colombia. Cuadernos Latinoamericanos de Administración. https://doi.org/10.18270/cuaderlam.v9i17.1239

Presidencia de la República de Colombia. (1996). Decreto 2174 de 1996. Diario Oficial.

Puentes Rodríguez, K. E. (2018). Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC): Antecedentes, conceptualización del modelo y aplicación actual en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas de la ciudad de Bogotá. In Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC): Antecedentes, conceptualización del modelo y aplicación actual en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas de la ciudad de Bogotá. https://doi.org/10.15332/tg.esp.2019.00018

Redhead, R. (2015). Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau Distrito de Chaclacayo 2013. Tesis Digitales - UNMSM.

Rendón-Macías, M. E., Villasís-Keever, M. Á., & Miranda-Novales, M. G. (2016). Estadística descriptiva. Revista Alergia México. https://doi.org/10.29262/ram.v63i4.230

Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de Corte Transversal. Revista Médica Sanitas. https://doi.org/10.26852/01234250.20

Secretaria De Salud De Risaralda. (2013). Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud - pamec.

Torres Hernández, R. M., Espinosa Silva, Z. J., Duran Suárez, L. E., & Fuentes Pico, G. (2010). Evaluación del cumplimiento de la metodología dispuesta por el Ministerio de la Protección Social para la implementación de los Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud (PAMEC) de dos IPS de primer nivel del Departamento de Santander dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud 2009.

Salud, O. M. de la. (2020). Enfermedades tropicales desatendidas. OMS.

Tambo, A. de El. (2017). Plan de Desarrollo Municipal 2016 - 2019. https://cpd.blob.core.windows.net/test1/19256planDesarrollo.pdf

Vanegas Rodríguez, G. M. (2016). Integración de la gestión del riesgo para el cumplimiento de altos estándares de calidad en el sector salud en Colombia. SIGNOS - Investigación En Sistemas de Gestión. https://doi.org/10.15332/s2145-1389.2014.0002.08