	UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA			
	<u>Documento</u>	<u>Código</u>	<u>Fecha</u>	<u>Revisión</u>
	FORMATO HOJA DE RESUMEN PARA TRABAJO DE GRADO	F-AC-DBL-007	10-04-2012	A
<u>Dependencia</u>	<u>Aprobado</u>		<u>Pág.</u>	
DIVISIÓN DE BIBLIOTECA	SUBDIRECTOR ACADEMICO		1(89)	

RESUMEN - TESIS DE GRADO

AUTORES	KELLY JOHANA ASIS MIRANDA		
FACULTAD	CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS		
PLAN DE ESTUDIOS	ADMINISTRACION DE EMPRESAS		
DIRECTOR	JENNY TORCOROMA NAVARRO CLARO		
TÍTULO DE LA TESIS	ACOMPañAMIENTO AL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CON FINES DE CERTIFICACIÓN EN LA E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES (OCAÑA)		
<u>RESUMEN</u> (70 palabras aproximadamente)			
<p>EL ACOMPañAMIENTO ADMINISTRATIVO QUE SE REALIZARA A LA E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES, ESTÁ ENMARCADO EN LA IMPLEMENTACIÓN Y ACREDITACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE CALIDAD, UNA HERRAMIENTA QUE LE PERMITIRÁ A LA INSTITUCIÓN MEJORAR LA PRESTACIÓN DE SUS SERVICIOS ADMINISTRATIVOS Y ASISTENCIALES, BAJO LAS NORMAS AMPARADAS DE LA NORMA TÉCNICA COLOMBIANA GP1000.</p> <p>LOS PROCESOS ESTARÁN RELACIONADOS CON LOS EJES PROGRAMÁTICOS DE LA AUDITORIA DE CALIDAD MÉDICA INSTANCIA QUE SE ENCARGARA DE LA IMPLEMENTACIÓN Y ACREDITACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE CALIDAD.</p>			
CARACTERÍSTICAS			
PÁGINAS: 89	PLANOS:	ILUSTRACIONES: 12	CD-ROM: 1



**ACOMPañAMIENTO AL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA
INTEGRADO DE GESTIÓN CON FINES DE CERTIFICACIÓN EN LA E.S.E.
HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES (OCAÑA)**

KELLY JOHANA ASIS MIRANDA

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONOMICAS
ADMINISTRACION DE EMPRESAS
OCAÑA
2015**

**ACOMPañAMIENTO AL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA
INTEGRADO DE GESTIÓN CON FINES DE CERTIFICACIÓN EN LA E.S.E.
HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES (OCAÑA)**

KELLY JOHANA ASIS MIRANDA

**Trabajo de grado modalidad pasantías obtener el título de Administradora de
Empresas**

**Director
JENNY TORCOROMA NAVARRO CLARO
Administrador de empresa**

**UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONOMICAS
ADMINISTRACION DE EMPRESAS
OCAÑA
2015**

CONTENIDO

	Pág.
<u>INTRODUCCIÓN</u>	14
<u>1. ACOMPAÑAMIENTO AL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CON FINES DE CERTIFICACIÓN EN LA E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES (OCAÑA)</u>	
1.1. <u>DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD</u>	16
1.1.1. Misión	18
1.1.2. Visión	18
1.1.3. Objetivos de la Empresa	18
1.1.4. Organigrama de la Empresa	19
1.1.5. Descripción de la Dependencia	22
1.2. <u>DIAGNÓSTICO INICIAL DE LA DEPENDENCIA</u>	23
1.2.1. Planteamiento del Problema	24
1.3. <u>OBJETIVOS DE LA PASANTÍA</u>	25
1.3.1. Objetivo General	25
1.3.2. Objetivos Específicos	25
1.4. <u>DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR</u>	26
2. <u>ENFOQUE REFERENCIAL</u>	27
2.1. <u>ENFOQUE CONCEPTUAL</u>	27
2.2. <u>ENFOQUE LEGAL</u>	30
3. <u>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</u>	34
3.1. <u>EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS</u>	34
3.1.1. Descripción del problema	34
3.1.2. Formulación del Problema	34
3.1.3. Objetivos	34
3.1.4. Justificación	34
3.1.5. Delimitaciones	34
3.1.6. Metodología	35
3.1.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección	36
3.2. <u>CONSTRUCCIÓN DE LAS CARACTERIZACIONES DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS</u>	44
3.2.1. Inducción recibida	44
3.2.2. Apoyo a los levantamientos de los criterios, procesos, y procedimientos para realizar la identificación de las necesidades.	47
3.2.3. Seguimiento, Monitoreo y control al sistema integrado de calidad.	70
3.3. <u>PROPONER ACCIONES DE MEJORAMIENTO AMPARADAS EN LA NORMA TECNICA COLOMBIANA GP 1000</u>	73
3.3.1. Socialización GP 1000	74

3.3.2. Capacitación de usuarios	76
4. <u>DIAGNOSTICO FINAL</u>	80
5. <u>CONCLUSIONES</u>	82
6. <u>RECOMENDACIONES</u>	83
<u>REFERENCIAS DOCUMENTALES ELECTRONICAS</u>	84
<u>ANEXOS</u>	85

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Organigrama	19
Cuadro 2. Matriz DOFA	23
Cuadro 3. Actividades	26
Cuadro 4. Estándares de acreditación	46
Cuadro 5. Relación de calidad	53
Cuadro 6. Plan de mejoramiento	53
Cuadro 7. Ficha de indicador 1	56
Cuadro 8. Ficha de indicador 2	56
Cuadro 9. Ficha de indicador 3	57
Cuadro 10. Caracterización de procesos	58
Cuadro 11. Caracterización de procesos	62
Cuadro 12. Ruta PAMEC	71
Cuadro 13. Formato de evaluación auditoria	72
Cuadro 14. Informe de auditoria	73
Cuadro 15. Proceso de recolección de información	75
Cuadro 16. Formato de recolección de quejas	76

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Agilidad y Eficacia de la Atención	36
Tabla 2. Trato a los Usuarios	37
Tabla 3. Información brindada por la E.S.E. a la comunidad	38
Tabla 4. Amabilidad del personal	39
Tabla 5. Frecuencia de los servicios usados por el usuario	40
Tabla 6. Calificación del servicio	41
Tabla 7. Utilización de servicios nuevamente	42
Tabla 8. Satisfacción del servicio de Urgentología	42

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Agilidad y Eficacia de la Atención	36
Grafica 2. Trato a los Usuarios	37
Grafica 3. Información brindada por la E.S.E. a la comunidad	38
Grafica 4. Amabilidad del personal	39
Grafica 5. Frecuencia de los servicios usados por el usuario	40
Grafica 6. Calificación del servicio	41
Grafica 7. Utilización de servicios nuevamente	42
Grafica 8. Satisfacción del servicio de Urgentología	43
Grafica 9. Ruta de caracterización	48
Grafica 10. Caracterización de procesos asistenciales	48
Grafica 11. Caracterización de procesos administrativos	49
Grafica 12. Ciclo PHVA	54

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Encuesta dirigida a la comunidad Ocañera	86
Anexo B. Registro fotográfico	87

RESUMEN

El acompañamiento administrativo que se realizara a la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares, está enmarcado en la implementación y acreditación del sistema integrado de calidad, una herramienta que le permitirá a la institución mejorar la prestación de sus servicios administrativos y asistenciales, bajo las normas amparadas de la Norma Técnica Colombiana GP1000.

Los procesos estarán relacionados con los ejes programáticos de la auditoria de calidad médica instancia que se encargara de la implementación y acreditación del sistema integrado de calidad. Para dicha implementación el proceso se dividió en etapas, la primera encargada de la planeación, la segunda la caracterización de los procesos y la tercera la vigilancia y el control a la estrategia implementada para ser retroalimentada y posteriormente buscar la acreditación.

Por lo tanto se realizara un estudio de satisfacción que ayudara a identificar las necesidades de los usuarios y el nivel de satisfacción que estos tienen con el servicio brindado, información que retroalimentara otra información obtenida de fuentes secundarias y obtenidas por verificación de información documental. Para tener conocimiento claro de todo los procesos desde antes que hiciera parte del grupo de auditoria de calidad médica se planeó una capacitación dirigida hacia la pasante administrativa Kelly Asís Miranda y realizada por la Dra. Marcela Aldana enfocada en los ejes programáticos de auditoria de calidad médica, en la acreditación y en las rutas de caracterización.

La ruta de caracterización nos permitirá identificar los procesos existentes, las entradas y las salidas que estos tienen, las actividades que desarrollan el ciclo PHVA y los indicadores de medición. No obstante también se realizara monitoreo y control a las estrategias implementadas y se realizaran diferentes capacitaciones tanto a usuarios como a empleados.

Sin lugar a dudas la capacitación ayudara a la organización a estar más equilibrada frente a la prestación de los servicios pues durante el último semestre la sede principal ha estado congestionada o saturada por la no asistencia a la diferentes UBAS esto debido al poco conocimiento que tiene la comunidad sobre los servicios prestados en estos centros médicos. De esta manera realizando cada uno de los objetivos definidos en este plan de acompañamiento no solo se culminara con el apoyo emprendido, si no también se contribuirá a la segunda etapa de la implementación del sistema integrado de calidad de la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares. En conclusión se llevara a cabo como objetivo principal del trabajo un acompañamiento administrativo a la función de auditoria médica de calidad en la implementación y acreditación del sistema integrado de gestión de calidad de la E.S.E. cuya metodología es la presentación de informes en un periodo determinado dando a conocer las actividades cumplidas para el logro de dicho objetivo, así mismo concluir todos los objetivos específicos que se determinaron y que son necesarios para alcanzar el propósito del acompañamiento, de esta manera se obtuvo como resultado la evaluación realizada para medir la satisfacción de los usuarios del servicio hospitalario, se realizó el apoyo a las construcciones de la caracterización del proceso asistencial y

administrativo y se propusieron algunas recomendaciones o planes de mejoramiento amparadas en la norma técnica Colombiana de calidad GP1000,esto sin antes ser socializada debidamente

INTRODUCCIÓN

El propósito central del Ministerio de Protección Social mediante la creación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC), es “generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”. Para ello las organizaciones deben establecer acciones que de manera continua y sistemática, permitan el cumplimiento y seguimiento de estándares determinados como básicos, alcancen estándares superiores y obtengan un nivel de autocontrol. Para que estas acciones sean posibles se presenta el componente de auditoria, como el encargado de hacer una sinergia de cada uno de los componentes del SOGC cuyo enfoque implica el uso de metodologías que parten de problemas de calidad, interpretando este concepto como la calidad deseada que no se consigue o el resultado no deseado que se presenta en la atención del paciente. Desde esta óptica la auditoria propiamente dicha parte de la adopción de procesos prioritarios, es decir aquellos problemas de calidad que una vez ordenados según su relevancia e impacto permiten distinguir aquellos que representan mayor riesgo en la prestación de los servicios de salud y sobre los cuales se deben concentrar los esfuerzos que promuevan el incremento de resultados favorables y protejan al paciente del deterioro o la muerte.

Siendo el proceso de atención de los diferentes servicios y de los procesos seleccionados como prioritarios para la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares se hace necesario que en el interior de cada uno de los servicios se diseñe un Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), cuya finalidad sea ofrecer un mecanismo de evaluación y control interno de aquellos problemas de calidad más relevantes y con impacto directo sobre el paciente en el proceso de atención enfocado este desde el punto de vista de ACREDITACION. Por lo anteriormente expuesto se tomará como base el Anexo Técnico 1 de la Resolución 2003 del 2014, iniciando por una auto-evaluación de la situación actual de la institución frente a este requisito normativo, el resultado de esta evaluación será comparado con la calidad esperada por la institución la cual se encuentra en su manual de calidad y con el cumplimiento estricto de los criterios de evaluación de la normatividad en habilitación.

La importancia de este documento es tener una serie de actividades concluidas que aporten a la implementación y acreditación de este proceso el cual es muy importante para la E.S.E. ya que gracias a la acreditación se podrían gestionar mejores recursos para ir mejorando y prestar un servicio de más alta calidad, sin embargo es importante que los lectores de este documento tengan bases sólidas sobre el proceso, que el problema principal no son los recursos si no la forma de prestar los servicios, la calidad y la dedicación con la que se hace y que el objetivo principal de la E.S.E. es salvaguardar la vida de la comunidad, la del sistema integrado de calidad prestar un servicio de calidad y retroalimentarlo con la finalidad de aportar al objetivo esencial y así mismo el objetivo principal de este trabajo es realizar un aporte administrativo que apoye la consecución de las diferentes actividades necesarias para alcanzar dicha calidad que se necesita para que objetivo esencial de la E.S.E. se cumpla. Por lo anterior se realizaran una serie de aportes industriales que apoyaran el proceso dándole a conocer al área de calidad medica la opinión de los usuarios

con respecto al servicio que se presta, la ruta de caracterización de procesos asistenciales y administrativos y los planes de mejoramiento.

1. ACOMPAÑAMIENTO AL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN CON FINES DE CERTIFICACIÓN EN LA E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES (OCAÑA) (OCAÑA)

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD.

La ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares (H.E.Q.C) se constituyó como una empresa social del Estado según ordenanza 060 del 29 de diciembre de 1995 emanada de la honorable asamblea del norte de Santander.

La ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares es actualmente Hospital de II Nivel de atención, es Hospital de referencia para los Municipios de Ocaña, Abrego, Hacarí, La Playa, Teorama, San Calixto, Convención, El Tarra, El Carmen, Cachira, y la Esperanza en el Departamento Norte de Santander, y de los Municipios de Río de Oro y González del Departamento del Cesar.

El Hospital, es el centro asistencial más importante de la provincia de Ocaña ya que tiene una cobertura aproximada de 300.000 mil usuarios tiene como misión la prestación de servicios de salud con atención humanizada, dignidad, eficiencia, integridad y calidad a toda la población de Ocaña y municipios vecinos, que además ofrece servicios de promoción y prevención realizando visitas a diferentes zonas del área rural y puestos de salud.

La ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares se encuentra en un momento trascendental e importante en su historia siendo el líder en el sector a través de la prestación de servicios, brindando atenciones en salud a miles de ciudadanos en condiciones de eficiencia, oportunidad y calidad, con buen nivel científico y realizando un aporte significativo al desarrollo de la región.

Como ya es sabido ante la permanente generación de cambios y transformación institucional tan profunda en el sector que se desenvuelven las entidades, ya sea jalonadas por la implementación de nuevas normas, la adopción de correctivos oportunos en cumplimiento de la legislación vigente, es de vital importancia para nosotros como IPS trabajar arduamente en la calidad de la prestación de servicios hacia nuestros clientes como compromiso para satisfacer la población en sus necesidades de salud en todas las fases.

La ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares también cuenta con una infraestructura que dispone de confortables instalaciones físicas y personal altamente calificado garantizando calidad en el servicio prestado, de esta manera se prestan los siguientes servicios:

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

URGENCIAS

Atención las 24 horas del día.

Consulta de Urgencias (3 consultorios).

Observación (12 camas adultos y 3 pediátricas)

Urgencias psiquiátricas.

Atención inicial de Pacientes.

Admisiones de Gineceo-Obstetricia.

Sala de Procedimientos.

Servicio de Rayos X 24 horas.

Servicio de Laboratorio Clínico 24 horas.

Cirugía General, Gineceo-Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna.

Ortopedia.

Referencia y contra referencia de pacientes para la red pública de hospitales y Centros de Salud del área de influencia.

Ambulancias para el traslado de pacientes. (TAB y TAM)

HOSPITALIZACIÓN.

Cinco áreas de atención por especialidades:

Gineceo-Obstetricia

Medicina Interna

Pediatría

Cirugía

Psiquiatría

QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO.

Especialidades quirúrgicas:

Cirugía General.

Ortopedia y Traumatología.

Dermatología

Gineceo-Obstetricia.

Otorrinolaringología

Oftalmología.

Anestesiología.

Cirugía Ambulatoria

CONSULTA EXTERNA

Medicina General.

Medicina Especializada.

Cirugía General.

Ortopedia y Traumatología.
Gineceo-Obstetricia.
Medicina Interna.
Anestesiología.
Dermatología.
Otorrinolaringología.
Psiquiatría.
Odontología.
Promoción y Prevención

1.1.1. Misión. Somos una empresa social del estado que presta servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad en la provincia de Ocaña, con altos estándares de calidad y mejora continua a los usuarios del sistema general de seguridad social en salud en la sede principal y redes integradas; basadas en la participación social, el desarrollo del talento humano, la relación docencia- servicio e investigación, con tecnología apropiada y en pro de la sostenibilidad financiera, respetando la dignidad del individuo, con enfoque diferencial, enfoque de género, enfoque de derechos, logrando satisfacer las necesidades de salud.

1.1.2. Visión. Para el año 2023 la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares quiere ser reconocida en el nororiente colombiano como una institución líder en salud, en la prestación de servicios, modelo en la atención, acreditada, promoviendo la gestión del conocimiento a través de la atención humanizada para mejorar la salud de los individuos y comunidad, enfocada a la población materno-infantil

1.1.3. Objetivos de la Empresa. Contribuir al desarrollo social de la región mejorando la calidad de vida, y reduciendo la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad y la angustia evitables en la población usuaria, en la medida en que esto esté a su alcance.

Producir servicios de salud eficientes y efectivos, que cumplan con las normas de calidad establecidas de acuerdo con las reglamentaciones que se expida para tal propósito.

Garantizar, mediante un manejo Gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la empresa.

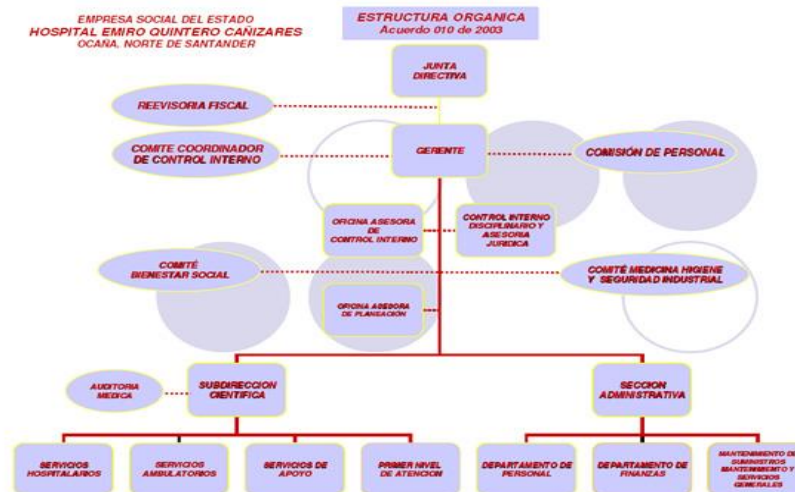
Ofrecer a las Empresas Promotoras de salud y demás personas naturales o jurídicas que lo demandan, servicios y paquetes de servicios a tarifas competitivas en el mercado.

Satisfacer los requerimientos del entorno, adecuando continuamente sus servicios y funcionamiento.

Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos por la ley y los reglamentos.

1.1.4. Descripción de la Estructura Organizacional.

Cuadro 1. Organigrama.



Fuente: Hospital Emiro Quintero Cañizares Ocaña.

Junta Directiva. La Junta Directiva es el órgano permanente de gestión y dirección de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares y está formada por:

Gobernador del Departamento. Dr. WILLIAM VILLAMIZAR LAGUADO.
 Secretaria de Salud Departamental. Dra. NELLY SANTAFE ANDRADE.
 Representante Estamento Científico de la Institución. Sr. JOSE MANUEL GALEANO.
 Representante Estamento Científico de la Localidad. Dra. CAROLINA CONTRERAS.
 Representante De Asociación De Usuarios. Sr. MAURICIO BARBOSA.
 Representante Designado Gremios de Producción. Dra. LILIAN VERGEL.

Los mencionados son los encargados de tomar las decisiones más importantes dentro de la entidad con la finalidad de mejorar continuamente el servicio y la calidad de la salud en la ciudad.

Revisoría Fiscal. Cerciorarse de que las operaciones se celebren o cumplan por cuenta de la sociedad se ajusta a las prescripciones de los estatutos, a las decisiones de la Asamblea General y de la Junta Directiva.

Dar oportuna cuenta, por escrito, a la Asamblea o Junta de Socios o Junta Directiva o al Gerente, según los casos, de las irregularidades que ocurran en el funcionamiento de la sociedad y en el desarrollo de sus negocios.

Colaborar con las entidades gubernamentales que ejerzan la inspección y vigilancia de las compañías, y rendirles los informes a que haya lugar o le sean solicitados.

Velar porque se lleven regularmente la contabilidad de la sociedad y las actas de las reuniones de las Asambleas, de la junta de socios y de la junta directiva, y porque se conserven debidamente la correspondencia de la sociedad y los comprobantes de las cuentas impartiendo las instrucciones necesarias para tales fines.

Inspeccionar asiduamente los bienes de la sociedad y procurar que se tomen oportunamente las medidas de conservación o seguridad de los mismos y de los que ella tenga en custodia a cualquier título.

Impartir las instrucciones, practicar las inspecciones y solicitar los informes que sean necesarios para establecer un control permanente sobre los valores sociales.

Autorizar con su firma cualquier balance que se haga, con su dictamen o informe correspondiente.

Convocar a la Asamblea o a la junta de socios a reuniones extraordinarias cuando lo juzgue necesario.

Cumplir las demás atribuciones que le señalen las leyes o los estatutos y las que, siendo compatibles con las anteriores, le encomiende la Asamblea o junta de socios.

Además de las anteriores existen muchas otras diseminadas en el Código de Comercio y en el Estatuto anticorrupción y en algunas circulares de las Superintendencias Mencionaremos solamente algunas de ellas:

La orden de convocar la asamblea será cumplida por el representante legal o por el revisor fiscal. (Art. 423)

El revisor fiscal enviará a la Superintendencia, dentro de los quince días siguientes al de la reunión, copia autorizada del acta de la respectiva asamblea.

Gerente. La gerencia del hospital se encuentra a cargo del Dr. Elmer Tamayo quien desde el 2011 rige los caminos de la institución. Entre las funciones de la gerencia se encuentran:

Gestionar recursos a nivel departamental para poner en marcha los proyectos presupuestados anualmente.

Reunirse con los diferentes órganos funcionales que componen la estructura hospitalaria, para junto con ellos tomar las decisiones pertinentes al funcionamiento de la institución.

Incentivar la ejecución de los diferentes programas de motivación personal en pro del cumplimiento de objetivos misionales y de la calidad en la salud.

Velar por que los recursos presupuestados se ejecuten de una manera eficaz y productiva en pro de un objeto social de salud con calidad.

Establecer junto con la junta directiva los lineamientos de contratación y licitación anual.

Control Interno. Es la encargada de Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afecten, garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones, promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional, velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos del Hospital.

Entre las funciones que cumple esta dependencia se encuentran:

Planear, dirigir y organizar la verificación y evaluación del Sistema de Control Interno, este formalmente establecido dentro de la organización y que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos y, en particular, de aquellos que tengan responsabilidad de mando.

Verificar que el Sistema de Control Interno esté formalmente establecido dentro de la organización y que su ejercicio sea intrínseco al desarrollo de las funciones de todos los cargos y, en particular, de aquellos que tengan responsabilidad de mando.

Asesorar a las instancias directivas del Hospital en la organización, gestión y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno.

Verificar que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización se cumplan por los responsables de su ejecución y en especial, que las áreas o empleados encargados de la aplicación del Régimen Disciplinario ejerzan adecuadamente esta función.

Subdirección Científica. Esta dependencia está a cargo de la Dra. Claudia Figueroa, ella es la encargada de supervisar que los servicios que prestan las unidades adscritas a esta subdirección cumplan al 100% con las labores. Bajo esta dependencia se encuentran diferentes órganos funcionales como.

Servicios Hospitalarios. Son los diferentes servicios que se prestan en la institución como por ejemplo los servicios de ginecólogo, cirugía general, cirugía de ortopedia, servicio de otorrino, cardiología, fisioterapia, laboratorio y entre otros.

Servicios Ambulatorios. Son los servicios que se prestan por consulta externa tales como. medicina general, vacunación, cirugías ambulatorias que no necesitan de hospitalización, servicio de desarrollo y crecimiento para niños.

Servicios de Apoyo. Estos están compuestos por los diferentes puestos de salud que se encuentran dentro y fuera del casco urbano.

Primer Nivel de Atención. Esta función se encarga de prestar todos los servicios anteriormente mencionados de una manera inmediata tanto por consulta externa como por urgencias.

Subdirección Administrativa. La dependencia se encuentra a cargo del Administrador de Empresas Noel Chogo, quien es el encargado de direccionar la parte administrativa del hospital. Bajo su supervisión se encuentran áreas funcionales como.

Departamento de Personal. Está a cargo de la Dra. Norma Gallardo la cual es la encargada de los permisos, el horario de vacaciones, de las liquidaciones y de que los empleados cumplan a cabalidad con las responsabilidades asignadas al cargo que están asignados. Además de esto vela por que los derechos de los empleados sean cumplidos.

Departamento de Finanzas. Esta dependencia está a cargo del Dr. Contador Álvaro Pino quien es el encargado de presupuestar y de ejecutar el presupuesto de la sede hospitalaria.

Departamento de mantenimiento, suministros y servicios generales. Los funcionarios María BelenVergel, Dixon Espinosa y Olivain Velázquez son los encargados de las diferentes funciones adscritas a este departamento.

1.1.5. Descripción de la dependencia y/o proyecto al que fue asignado. La dependencia a la que fue asignada la Estudiante de Administración de Empresas KELLY JOHANA ASIS MIRANDA identificada con código: 95038, es la de AUDITORIA MEDICA DE CALIDAD, la cual es la encargada de realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados, con el fin de determinar si los recursos se han utilizado con economía, eficacia, eficiencia y transparencia; si se han observado las normas internas y externas aplicables y si los mecanismos de aplicación publica son confiables. El objetivo fundamental es emitir juicios fundados a partir de las evidencias sobre el grado de cumplimiento de los objetivos, planes y programas. Estas deben cubrir cuatro aspectos básicos de evaluación. Cumplimiento, soporte organizacional, gestión y resultados.

Los informes de auditoría medica de calidad deben reportar las debilidades y deficiencias que se presentan en la gestión de operaciones de la entidad pública, toma como bases las normas de auditoria generalmente aceptadas, los métodos y herramientas de auditoria interna que permiten una evaluación independiente ciertas sobre la gestión y los resultados de la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares. Los informes deberán elaborarse periódicamente con base en el plan de auditoria establecido y ejecutado formalmente por la oficina de control interno y validado por el comité de coordinación de control interno.

El área de Auditoria Médica de Calidad tiene como funciones:

Recibir inducción por parte de la coordinadora Dra. Marcela Álvarez Aldana sobre sistemas integrados de la Gestión de la Calidad aplicado a la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares.

Apoyar el levantamiento de criterio, procesos, y procedimientos necesarios con el ingeniero a cargo en la identificación de necesidades, tareas, y funciones para la consecución de las caracterizaciones de cada uno de los procesos pertinentes.

Apoyar el seguimiento monitoreo y control de la adherencia a la funcionalidad de la actividad plasmada.

Identificar con cada uno de los auditores internos y la necesidad de documentos para el desarrollo de las actividades y su aplicación en el proceso de gestión documental.

Apoyar en la construcción del ensayo para el boletín institucional sobre la primera fase de la implementación del sistema integrada de la calidad de la E.S.E.

Capacitar sobre la sensibilización de los temas necesarios para el apoyo administrativo y técnico del practicante.

1.2. DIAGNOSTICO INICIAL DE LA DEPENDENCIA.

Cuadro 2. Matriz DOFA

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	Recursos económicos, tecnológicos y físicos. Clima organizacional. Capacitaciones. Políticas de salud ocupacional, seguridad y control de calidad. Excelentes instalaciones físicas.	Distribución de las funciones. Poco personal de Planta. Organización en la documentación. Poco empeño para el desarrollo de las funciones. Trato a usuarios. Desactualización del programa de salud ocupacional. Desconocimiento del Personal hacia las políticas del programa de salud ocupacional. Poco conocimiento de la GP 1000 y los programas de calidad Acreditación del S.G.C.
OPORTUNIDADES	ESTRATEGIA FO	ESTRATEGIA DO
Entrada de nuevo personal profesional y capacitado.	Consolidar el Programa de Salud Ocupacional. Ejecutar el nuevo sistema	Dinamizar el COPASO de manera activa. Asignar el tiempo requerido a los

Cuadro 1. (Continuación)

Reestructuración de personal. Implementación del programa de salud ocupacional. Acreditación del sistema de gestión de calidad	de Gestión de Calidad. Mejorar la calidad de vida laboral de los empleados. Optimizar la calidad del servicio prestado mediante la implementación del nuevo sistema de gestión de calidad.	empleados para participar en actividades propias del Programa Socializar la importancia de la gap 1000 y el sistema de gestión de calidad para la institución.
AMENAZAS	ESTRATEGIA FA	ESTRATEGIA DA
Flujo de comunicación. Mala interpretación en la información. Seguridad de los funcionarios. inconformidad de los colaboradores en el área de trabajo	Propiciar un ambiente de trabajo seguro, sano y agradable para los empleados y usuarios de los servicios. Comprometer tanto a empleados como a usuarios en las acciones que sean programadas para que la comunidad en general se sensibilice y le dé la importancia al sistema de gestión de calidad.	Reunir al personal para actualizar el Programa de Salud ocupacional e implementar el programa de gestión de calidad programado. Crear espacios de socialización del Programa de gestión de calidad. Fortalecer el trabajo en equipo para la mejora de los resultados en la prestación de los servicios.

Fuente. Pasante del proyecto

1.2.1. Planteamiento del problema. ¿De qué manera el acompañamiento Administrativo al área de Auditoria Médica de Calidad del Hospital Emiro Quintero Cañizares Ocaña puede contribuir a la implementación y Acreditación del sistema de gestión de calidad?

Descripción del problema. La E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares es un hospital Regional cuya misión es prestar servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad en la provincia de Ocaña, con altos estándares de calidad y mejora continua a los usuarios del sistema general de seguridad social en salud tanto en la sede principal como en las redes integradas; lo anterior basado en la participación social, el desarrollo del talento humano, la relación docencia- servicio e investigación, con tecnología apropiada y en pro de la sostenibilidad financiera, respetando la dignidad del individuo, con enfoque diferencial, enfoque de género, enfoque de derechos y logrando satisfacer las necesidades de salud.

Sin embargo la dinámica de E.S.E. es muy activa y diariamente pasan cientos de usuarios por las salas de urgencias y de consulta externa en espera de una solución al servicio requerido. Aunque se cuenta con personal muy capacitado, con alta tecnología, excelentes instalaciones físicas y un recurso humano administrativo eficiente se encuentran diversas

dificultades pues desde hace algún tiempo los empleados de la sede hospitalaria no se encuentran realmente comprometidos con el objetivo misional y esto ha creado una inconformidad enorme en los usuarios del servicio tanto así que mucho ya no quieren asistir al hospital regional para ser atendidos prefiriendo ir a droguerías, clínicas o centros prestadores de servicio hospitalarios. Por tal razón se ve la necesidad de mejorar el servicio en pro de la consecución de una asistencia con calidad integrada que beneficie en un 100% a la comunidad Ocañera y la de toda la provincia, además de que genere amor institucional y compromiso en los empleados. El poco conocimiento de las políticas institucionales, de la importancia de los programas existentes como seguridad y salud laboral, la del programa de gestión de calidad evidencia la poca participación que tienen los empleados en la consecución de objetivos y la mínima importancia que le dan a su ejecución de estos tanto así que muchos de los programas existentes no son ejecutados totalmente y no son socializados. Entonces de que sirve tener un programa si no es ejecutado y socializado con los colaboradores de una empresa? El hospital Emiro Quintero Cañizares ha sido una de las mayores fuentes de empleo regional y por ende de desarrollo social, a través de esto ha demostrado la sostenibilidad de la institución, por tal motivo el 2015 es un año en el que la E.S.E. quiere impulsar algunos cambios en pro del mejoramiento del servicio y de la comunidad y por lo tanto los programas de gestión de calidad serán ejecutados y socializados y se buscara la acreditación, teniendo en cuenta la participación de la comunidad Ocañera.

Por lo anterior es importante realizar un acompañamiento administrativo a la función de Auditoria Medica de Calidad ya que esta es la dependencia encargada de ejecutar los diferentes programas de gestión de calidad amparados en la norma técnica GP 1000 e ISO 9001 garantizando siempre a la comunidad la prestación de un servicio eficiente en un 100 por ciento. Es importante a clara que la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares cuenta con todos sistemas integrados tanto de gestión de calidad como de seguridad, lo importante en este acompañamiento es realizar una socialización del sistema de gestión y de todos los proceso que lo integran de manera que los empleados lo reconozcan y sea más fácil conseguir la acreditación del mismo con ayuda de todos los colaboradores y la comunidad.

1.3. OBJETIVOS DE LA PASANTIA.

1.3.1. Objetivo General. Acompañar administrativamente la función de Auditoria Medica de Calidad en la implementación y acreditación del sistema de gestión de calidad dela E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares (Ocaña)

1.3.2. Objetivos Específicos. Evaluar la Satisfacción de los usuarios de la E.S.E. respecto a la calidad del servicio prestado.

Apoyar la construcción y caracterización de los procesos asistenciales, administrativos y de los sistemas integrados de la E.S.E H.E.Q.C.

Proponer acciones de mejoramiento tendientes a garantizar la calidad amparada en la norma técnica colombiana GP 1000 e ISO 9001.

1.4. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LA PASANTIA.

Cuadro 3. Actividades

objetivo general	objetivo específico	Actividades para hacer posible el cumplimiento de los objetivos específicos.
Acompañar administrativamente la función de Auditoria Médica de Calidad en la implementación y acreditación del sistema de gestión de calidad de la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares (Ocaña).	Evaluar la Satisfacción de los usuarios de la E.S.E. respecto a la calidad del servicio prestado.	Realizar encuestas a usuarios para recolección de datos.
		Analizar y socializar los resultados
		Emitir informe cuantitativo y cualitativo de la información recolectada
	Apoyar la construcción de las caracterizaciones de los procesos asistenciales, administrativos de los sistemas integrados de la E.S.E H.E.Q.C	Recibir inducción por parte de la coordinadora Dr. Marcela Álvarez Aldana sobre sistemas integrados de la gestión de la calidad aplicada en E.S.E H.E.Q.C.
		Apoyar el levantamiento de criterio, procesos y procedimientos necesarios con el ingeniero ING Diego Reales en la identificación de necesidades tareas y funciones para la consecución de las caracterizaciones de cada uno de los procesos pertinentes
		Apoyar el seguimiento monitoreo y control de la adherencia a la funcionalidad de la actividad plasmada
	Proponer acciones de mejoramiento tendientes a garantizar la calidad amparada en la norma técnica colombiana GP 1000 e ISO 9001.	Socializar la GP 1000 y su importancia para la Organización.
		Capacitar a los usuarios con respecto al servicio que se presta y el conducto regular que hay que seguir.

Fuente. Pasante del proyecto

2. ENFOQUE REFERENCIAL

2.1. ENFOQUE CONCEPTUAL.

El enfoque conceptual es el encargado de definir los términos que son utilizados en la implementación del trabajo de pasantía y que le dan al lector un conocimiento más general de los temas a tratar en el desarrollo del mismo.

Sistema de Gestión de Calidad. Es una estructura operacional de trabajo, bien documentada e integrada a los procedimientos técnicos y gerenciales, para guiar las acciones de la fuerza de trabajo, la maquinaria o equipos, y la información de la organización de manera práctica y coordinada y que asegure la satisfacción del cliente. Además de esto el sistema de gestión de calidad permite a cualquier organización planear, ejecutar y controlar las actividades necesarias para el desarrollo y cumplimiento de la misión, a través de la prestación de servicios con altos estándares de calidad, los cuales son medidos mediante indicadores de satisfacción de los usuarios. La construcción colectiva de esta herramienta se basará en la identificación de procesos que le permitirá a la institución a través del talento humano de la oficina de auditoria de calidad un mejor control de las actividades, el logro de los objetivos definidos para cada proceso de una manera efectiva. La adopción y certificación de un proceso de calidad posibilita a la organización algunos beneficios y o solo para ellos sino también para los clientes.¹

Beneficios del sistema de Gestión de Calidad.

Para el Cliente: Recibe servicios oportunos, eficientes y de calidad.
Ahorra esfuerzos y dinero al no tener que repetir pasos y documentación.

Para el Personal: reduce el esfuerzo tanto físico como mental.
Aumenta el grado de satisfacción en sus actividades diarias.
Mejora el clima organizacional.
Reduce las molestias derivadas de las sobrecargas o subcargas del trabajo.

Para la Organización: Mejora la imagen ante clientes y el personal.
Brinda un servicio caracterizado por la cordialidad, la tolerancia y la responsabilidad.
Disminuye la cantidad de trámites.
Mejora la utilización de los servicios.
Mejora las interrelaciones internas y externas.
Disminuye las demoras.
Destaca la importancia de una gestión enfocada al cliente.

¹ Sistema de Gestión de Calidad. Ucc. [en línea]. Actualizado en el 2013. [Citado en Abril 20 de 2015]. Disponible en internet en: <http://www.ucc.edu.co/sistema-gestion-integral/Paginas/sistema-gestion-calidad.aspx>

Eso 9001- certificación del sistema de Gestión de Calidad. La puesta en marcha de la ISO 9001 permite la mejora continua de los sistemas de gestión de calidad (SGC) y los procesos de su organización. A su vez esto mejora la capacidad de las operaciones para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente. La certificación del sistema de gestión de calidad con SGS ayudara a que la organización desarrolle y mejore el rendimiento. La certificación ISO 9001 permite demostrar alto nivel de calidad del servicio; una certificación ISO valido demuestra que la institución sigue procesos de calidad internacionalmente reconocidos.²

Auditoria de calidad. Es aquella que permite evaluar la eficacia del sistema de gestión de calidad de la institución. Normalmente se auditan procesos y sistemas de gestión de calidad amparados en la ISO 9001, puesto que esta es la norma mundial que describe los requisitos de un sistema de gestión.

Proceso administrativo: Que es el conjunto de etapas o fases sucesivas a través de las cuales se efectúa la administración misma que se interrelaciona y forma un proceso integral y que tiene varias fases las cuales son las siguientes:

Planeación: es la que prevé las contingencias o cambios que pueden ocurrir en el futuro y ayuda a que la organización esté lista en el momento en que esto ocurra, estableciendo previamente las medidas necesarias para afrontarlas.

Organización: a través de ella el sistema establece la división del trabajo y la estructura necesaria para su funcionamiento, además de darle un orden a las funciones y actividades desarrolladas en la empresa para el cumplimiento de los objetivos.

Dirección: Es la acción o influencia interpersonal de la administración para lograr que sus subordinados cumplan los objetivos propuestos mediante la motivación, el trabajo en equipo, comunicación y liderazgo.

Control: es un mecanismo que permite corregir desviaciones a través de indicadores cualitativos y cuantitativos, dentro de un contexto social amplio, con el fin de lograr el cumplimiento de los objetivos claves para el éxito organizacional. El control administrativo es un esfuerzo sistemático para establecer normas de desempeño con objetivos de planificación para diseñar sistemas de información y demás.

La ejecución de estas etapas en cada una de las actividades y objetivos por cumplir contribuyen a otros procesos importantes tanto para la administración de empresas como ciencia y para el fortalecimiento de los procesos de la institución. Este proceso es más conocido como:

² Importancia del SGS. Colombia ISO 9001. [en línea]. Actualizado en el 2014. [citado en abril 20 de 2015]. Disponible en internet en : <http://www.sgs.co/es-ES/Health-Safety/Quality-Health-Safety-and-Environment/Quality/Quality-Management-Systems/ISO-9001-Certification-Quality-Management-Systems.aspx>

Mejora continua: acción permanente realizada con el fin de cumplir los requisitos y optimizar el desempeño, generando un aumento de calidad al servicio. Para la consecución de una mejora continua, el área de investigación de bienes debe tener un alto compromiso con el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución, el recurso humano del área debe ser comprometido y motivado por la dirección y dentro del área se deben tener claras ciertas características y/o conocimientos importantes para la contribución no solo de las responsabilidades tributarias de las personas sino a la mejora continua del servicio que presta la E.S.E. en general. Las características que el recurso humano debe contener son:

Habilidades: capacidades para aplicar apropiadamente los procesos, atributos o comportamientos personales para desempeñar una actividad.

Competencias: aptitudes demostradas para aplicar conocimientos y habilidades.

Calidad: grado en el que un conjunto de acciones inherentes cumplen con los requisitos.

Productividad: consiste en la relación entre servicio y cliente en un periodo determinado y con el control y la calidad necesaria, utilizando los mismos recursos de siempre.

Acciones preventivas: conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad detectada o situación no deseable.

Acción correctiva: conjunto de acciones adoptadas para eliminar las causas de una situación no deseable.

Autoridad: poder con el que se cuenta o que se ha recibido por delegación.

Ambiente de trabajo: conjunto de condiciones bajo las cuales se desarrolla un trabajo. Las anteriores características son demasiado importantes y deben contenerlas el recurso humano de cualquier área para conseguir brindar un servicio de calidad y una mejora continua en los procesos que la misma ejecuta.

Evaluación de satisfacción del servicio. Es una herramienta utilizada para medir el grado de eficiencia, eficacia y la productividad del servicio que se presta en la institución de salud, esta herramienta también sirve para conocer la opinión que tienen los usuarios con respecto al servicio que presta la E.S.E. la importancia de la aplicación de esta herramienta es tener bases sólidas para la toma de decisiones a la hora de realizar los diferentes levantamientos para la certificación del sistema de gestión de calidad y poder mejorar continuamente el servicio a tal manera que este se preste con un 100% de calidad.

GP 1000. La norma NTC GP 1000 tiene como objetivo mejorar la calidad y el desempeño de los servicios ofrecidos por las entidades públicas, esta está dirigido a evaluar el desempeño de las instituciones públicas en términos de calidad, es de allí la importancia de que los funcionarios de la institución la conozcan y evidencien la contribución que esta puede hacer al mejoramiento del servicio que se presta.

2.2. ENFOQUE LEGAL

Ley 872 de diciembre del 2003. Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.

Artículo 1º. *Creación del sistema de gestión de la calidad.*³ Créase el Sistema de Gestión de la calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades. El sistema de gestión de la calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente.⁴

Acuerdo Distrital 102 del 2004, características del sistema. El Sistema se desarrollará de manera integral, intrínseca, confiable, económica, técnica y particular en cada organización, y será de obligatorio cumplimiento por parte de todos los funcionarios de la respectiva entidad y así garantizar en cada una de sus actuaciones la satisfacción de las necesidades de los usuarios. Este Sistema es complementario a los sistemas de control interno y de desarrollo administrativo establecidos por la Ley 489 de 1998. El Sistema podrá integrarse al Sistema de Control Interno en cada uno de sus componentes definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, de acuerdo con las políticas adoptadas por el Presidente de la República.⁵

Circular D.A.F.P. 06 del 2005. Certificación de calidad. Artículo 7º. Certificación de calidad. Reglamentado por el Decreto Nacional 2375 de 2006. Una vez implementado el sistema y cuando la entidad considere pertinente podrá certificar su Sistema de Gestión de la Calidad con base en las normas internacionales de calidad.

Parágrafo 1º. El Gobierno Nacional diseñará los estímulos y reconocimientos de carácter público a las entidades que hayan implementado su sistema de gestión de calidad y publicará periódicamente el listado de entidades que hayan cumplido con lo establecido en la presente ley.

Parágrafo 2º. Derogado por el art. 276, Ley 1450 de 2011. Ninguna de las entidades de las diferentes Ramas del Poder Público podrá contratar con un organismo externo el proceso de

³ DECRETO NACIONAL 1410. Ley 872 del 2003. Sistema de Gestión de Calidad. [En línea]. Actualizado en el 2014. [citado el 20 de abril de 2015]. Disponible en internet en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=11232>

⁴DECRETO NACIONAL 1410. Ley 872 del 2003. Sistema de Gestión de Calidad. [En línea]. Actualizado en el 2014. [citado el 20 de abril de 2015]. Disponible en internet en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=11232>

⁵ACUERDO DISTRITAL. Características del sistema de Gestión de Calidad. [En línea]. Actualizado en el 2014. [citado el 20 de abril de 2014]. Disponible en internet en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=11232>

certificación del Sistema de Gestión de la Calidad, cuando exista una entidad gubernamental de orden nacional con experiencia en este tipo de procesos de certificación.⁶

Sentencia C-826 del 2013, creación e implementación del sistema de gestión de calidad. La Corte concluye que los artículos 1 y 2 de la Ley 782 de 2003 son exequibles por los cargos analizados en este proceso de constitucionalidad, ya que: Es necesario diferenciar entre el Control Interno, Control Disciplinario, Control Fiscal y Sistema de Gestión de Calidad, ya que el sistema de Control Interno busca la vigilancia y control interno en las entidades públicas respecto del cumplimiento de sus obligaciones constitucionales y legales, así como la modernización de la administración pública y el mejoramiento de la capacidad de gestión de sus instituciones. Entretanto, el Control Fiscal busca la protección del patrimonio de la Nación, es un control externo, posterior y selectivo, y se fundamenta en los artículos 119, 267 a 274 de la CP, la Ley 42 de 1993 y el Decreto Ley 1474 de 2011. Por su parte, el Sistema de Gestión de Calidad creado por la Ley 87 de 1993, se fundamenta en el artículo 209 Superior y busca el mejoramiento de la administración pública en términos de la calidad en el servicio y la satisfacción de las necesidades de los usuarios indica. Por tanto, este Tribunal no evidencia ninguna vulneración de los artículos 209, 267, 268, 269 y 272 Superiores de la CP, ya que las normas demandadas –arts. 1 y 2 de la Ley 782 de 2003- que crean el Sistema de Gestión de Calidad y designan las entidades obligadas de implementarlo, se soportan constitucionalmente en el artículo 209 Superior, que consagra los principios orientadores de la administración pública, tales como los principios de igualdad, eficacia, celeridad, imparcialidad y moralidad.

Adicionalmente esta herramienta encuentra fundamento en los artículos 2º, 78, 67 inciso 5º, 256-4, 254, 267, 268-2, 277, 343 y 365, ya que la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios tiene que ver directamente con las finalidades del Estado Social de Derecho y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, a través de herramientas de gestión de calidad creadas y diseñadas por el Legislador, y el Constituyente introdujo el control de gestión y de resultados, con el fin que la prestación de los servicios a cargo del Estado y el rendimiento fiscal no escapen al control del ordenamiento jurídico y con ello se logre la satisfacción del usuario y se garantice con ello los derechos constitucionales de los ciudadanos y de la comunidad en general. Existe una íntima relación o complementariedad entre el Sistema de Gestión de la Calidad y el Control Interno, y entre estos y el Control Fiscal, manteniendo sin embargo cada uno su naturaleza y finalidades constitucionales y legales. Encuentra esta Corporación que el Legislador tenía plena y amplia libertad de configuración en materia de regulación de herramientas para el mejoramiento de la administración pública, en desarrollo de la cláusula general de competencia de conformidad con el artículo 150 CP, para desarrollar y regular los postulados constitucionales que se refieren a los valores y principios con el fin de mejorar la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios de la administración pública, generando una herramienta de gestión de calidad, encaminada a evaluar el desempeño institucional en

⁶LEY 1450 DE 2011. Certificación de calidad. [En línea]. Actualizado en el 2014. [citado el 20 de abril del 2015]. Disponible en internet en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=43101#276>

términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades obligadas. De otra parte, el objetivo de esta herramienta de Gestión de Calidad es adoptar el Sistema Internacional de Calidad ISO 9000 en las entidades estatales, para el mejoramiento de las condiciones de eficiencia, eficacia y efectividad en temas de calidad que se le ofrecen a los usuarios, lo cual se encuentra en armonía con las exigencias a nivel internacional en la materia, plasmadas en la “La Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública” adoptada por la XVIII Cumbre Iberoamericana, El Salvador, en octubre de 2008, así como con los propósitos constitucionales de integración latinoamericana. Finalmente el concepto emitido por la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, No 11001-03-06-000-2004-01606-01 del 18 de noviembre de 2004, se encuentra en total sintonía con la presente postura de esta Corporación al encontrar pleno fundamento constitucional al Sistema de Control de Calidad creado por la Ley 782 de 2003, especialmente sus artículos 1º y 2º sobre la creación del mismo y la designación de las entidades obligadas a implementarlo, y al concluir que antes que suplantar o contradecir el sistema de Control Interno, el Control Disciplinario o el Control Fiscal, estas herramientas son complementarias.⁷

Resolución 246 de Octubre de 2012. Que mediante la Ley 872 de 2003 se adopta el Sistema de Gestión de la Calidad para las Entidades del Estado, como una herramienta que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las Entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos de las Entidades. Que el Artículo 4º de la Ley 872 establece, entre otros requisitos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, que se identifiquen y prioricen aquellos procesos estratégicos de la Entidad que resulten determinantes de la calidad en la función que les ha sido asignada y que se documenten y describan de forma clara, completa y operativa. Que de acuerdo con el numeral 1 del Artículo 6º de la Ley 872, la norma técnica por la cual se implementa el SGC debe contener, como mínimo, disposiciones relativas a los requisitos que incluyan la documentación necesaria para el funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad contemplando la definición de la política y los objetivos de calidad, procedimientos necesarios para la eficaz planificación, operación y control de procesos, y los requisitos de información que maneje la Entidad. Que mediante el Decreto 4110 de 2004, por el cual se reglamentó la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGTP 1000 como herramienta para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en las Entidades Públicas.

Decreto 4485 de 2009. Se adoptó la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000. Que la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 como herramienta para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en las Entidades públicas, señala los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la calidad. El artículo 49

⁷CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD. Sentencia de la Corte. [En línea]. Actualizado en el 2014. [citado el 20 de Abril de 2015]. Disponible en internet en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/C-826-13.htm>

del Decreto Ley 262 de 2000 señala que "e/ instituto de Estudios del Ministerio Público es una unidad administrativa especial de carácter académico, autonomía financiera y autonomía presupuestal en los términos del Estatuto Orgánico del Presupuesto y capacidad de contratación y autonomía administrativa solamente para expedir su propia actividad y establecer las tarifas de los servicios que presta.⁸

⁸RESOLUCIÓN 246. Adopción del sistema de Gestión de Calidad. [En línea]. Actualizado en el 2014. [citado el 20 de abril de 2015]. Disponible en internet en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/C-826-13.htm>

3. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

3.1. EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS

3.1.1. Descripción del Problema. La atención a usuarios sin lugar a duda es una de las actividades más complejas dentro de una organización o institución, lo anterior sin dejar de recalcar que es de las más importantes, ya que las empresas con o sin ánimo de lucro dependen totalmente de ella, esto derivado de la percepción de que las empresas sociales del estado están constituidas por personas y para personas. Por tal motivo la presente evaluación de satisfacción es realizada con el fin específico de estudiar la estabilidad del sistema de gestión de calidad y conocer la opinión que tienen las personas sobre el servicio que se presta en la E.S.E. De esta manera se puede tener un conocimiento más claro sobre la calidad que se quiere alcanzar y las mejoras que se deben hacer al sistema de gestión para lograr la misma en todos los procesos misionales y a su vez conseguir la certificación/acreditación del sistema de Gestión de Calidad.

3.1.2. Formulación del Problema. Sera posible conocer el nivel de satisfacción de los usuarios con respecto a la calidad del servicio prestado por la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares?

3.1.3. Objetivos. Objetivo General. Realizar una evaluación para conocer la opinión de los usuarios con respecto a la calidad de los servicios prestados en la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares.

Objetivos Específicos. Determinar la eficacia y eficiencia del sistema de Gestión de calidad de la E.S.E.

Determinar si los clientes se encuentran satisfechos con el servicio prestado.

3.1.4. Justificación. Para toda institución estatal dedicada a la prestación de servicios de salud en busca de la acreditación del sistema de Gestión de Calidad, es indispensable conocer las necesidades, cambios y opiniones que tienen los usuarios, ya que esto garantizaría una mejora en la implementación y certificación de procesos intervinientes en el sistema de calidad de la institución. Por tal motivo es imprescindible realizar evaluación e investigación de mercados periódicas que permitan a la oficina de auditoria de calidad tener bases sólidas sobre la prestación de los servicios, cuáles son sus puntos fuertes y cuáles son las desavenencias o dificultades del sistema que se deben retroalimentar para conseguir una mejora continua y a su vez la certificación del sistema de gestión de calidad en su totalidad.

3.1.5. Delimitaciones. Delimitación conceptual. En la presente investigación de mercados es importante tener claros los conocimientos sobre el lenguaje técnico utilizado tanto en el servicio prestado como en el cumplimiento del objetivo de la investigación tales como: atención a los usuarios, sistema de Gestión de calidad, calidad del servicio, eficacia y eficiencia.

Delimitación Operativa. En la evaluación de la satisfacción de los usuarios de la E.S.E se presentaron inconvenientes tales como: la poca colaboración de la comunidad Ocañera para contestar la encuesta.

Delimitación Temporal. El desarrollo de la investigación de mercados se desarrolló en un tiempo determinado de 1 mes lo que se atribuye a 4 semanas hábiles.

Delimitación Geográfica. El desarrollo de la investigación se llevó a cabo en la ciudad de Ocaña, se tuvieron en cuenta diferentes sectores como son la Rotina, el centro, las llanadas, santa clara, juan XXIII y la primavera, debido a que se necesita una visión amplia no solo de las personas que usan el servicio sino también de aquellas que no lo han hecho o que solo han utilizado los servicios de la E.S.E. una sola vez.

3.1.6. Metodología.

Tipo de Investigación. El tipo de investigación que se llevó a cabo es de tipo descriptivo, de manera que nos permita narrar los hallazgos encontrados durante la aplicación del instrumento y la recolección de datos.

Población. Para la presente investigación se tuvieron en cuenta cien mil (100.000) habitantes que tiene la ciudad de Ocaña.

Muestra. En esta ocasión no se realizara fórmula para obtener la muestra pues se aplicará el instrumento a 100 personas y se realizara por tendencia.

Técnicas e Instrumentos de Recolección. En la investigación que desea conocer el grado de satisfacción y la opinión de los usuarios respecto a la calidad de los servicios prestados, se suministraran los datos de fuentes primarias y secundarias. Como fuente primaria se utilizara la técnica de entrevista de contacto y observación directa, así mismo se utilizara como instrumento de recolección de datos un cuestionario de ocho (8) preguntas algunas de tipo dicotómicas y otras de respuesta múltiple que ayudaran a los investigadores a describir de una forma más concreta la información y al menos a reducir algunas causas que ocasionan fallas en las encuestas. Los datos secundarios se tomaran de literaturas, internet y reglamentaciones de empresas que prestan servicios. (Ver anexo).

Método de Muestreo. El método de muestreo que se utilizara en la presente investigación será probabilístico y al azar, pues de una población de cien mil (100.000) habitantes se escogerán cien (100) ciudadanos ocañeros para aplicar el instrumento, sin tener en cuenta estrato social, programas estudiantiles, salto sistemático, pero de los cuales se tomaran ciertos criterios de decisión.

Procesamiento y Análisis de la Información. Una vez recopilada la información, mediante la aplicación del instrumento se tabulara y se analizara ítem, y se determinara el porcentaje de frecuencia para luego por medio de estos datos sacar conclusiones de forma cuantitativa y cualitativa a través de tablas, gráficas y mediante el análisis y comentarios de

las respuestas obtenidas. Lo anterior dado a que estos esquemas presentan los resultados del estudio de una manera clara y ahorran tiempo y fatiga a quienes tomaran las decisiones en base a estos datos.

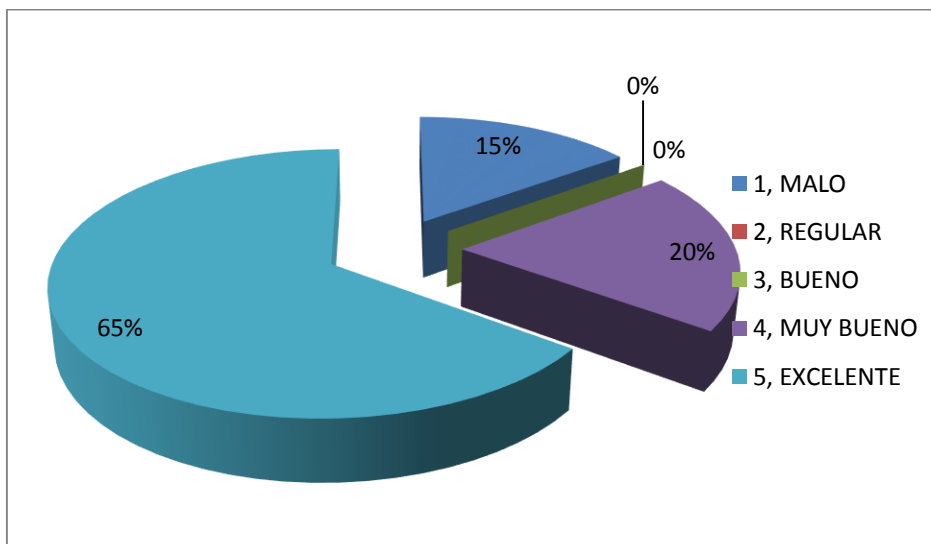
3.1.7. Presentación de Resultados. Los resultados recolectados por medio de la aplicación de la encuestas serán relacionados de la siguiente manera. Cada pregunta constara de una tabla una gráfica y un análisis cualitativo de la información recolectada para brindar una mayor eficacia en el resultado proyectado. A continuación relacionaremos los resultados.

Tabla 1. Agilidad y Eficacia en la Atención.

ITEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 (MALO)	15	15%
2 (REGULAR)	0	0%
3 (BUENO)	0	0%
4 (MUY BUENO)	20	20%
5 (EXCELENTE)	65	65%
TOTAL	100	100%

Fuente. Pasante del proyecto

Grafica 1. Agilidad y Eficacia en la Atención.



Fuente. Pasante del proyecto

El 65% de la comunidad encuestada respondió que la atención que recibe por parte del personal tanto administrativo como médico respecto a la agilidad y eficacia de la atención es excelente, lo anterior debido a la ejecución de diferentes planes estratégicos de calidad y la capacitación del recurso humano que es prácticamente nuevo, sin embargo el 20% aseguro que el personal en general brinda de una manera eficiente y ágil el servicio aunque brindan poca información sobre los servicios de salud requeridos y esto se da más que todo

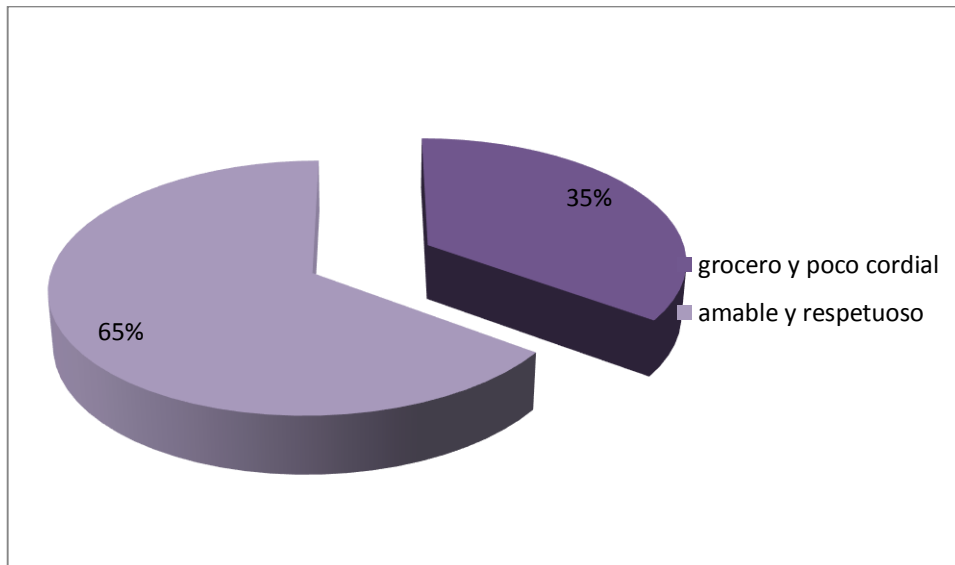
por los residentes. No obstante el 15% de la comunidad afirmo que el servicio que prestan tanto en Urgentología como en consulta externa, incluyendo el personal administrativo es pésimo pues deben esperar largos tiempos para ser atendidos y algunas veces no les dan solución y no les prestan la atención necesaria, incluso algunos insisten en que el servicio de urgencias muchas veces no es prestado o por saturación o por que el personal está durmiendo o porque aunque el usuario necesite urgente el servicio no cumple con los requisitos para ser atendido y que eso no es brindar un servicio de calidad sino más bien atentar contra el derecho a la salud y a la vida.

Tabla 2. Trato a los usuarios.

ITEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GROSERO Y POCO CORDIAL	35	35%
AMABLE Y RESPETUOSO	65	65%
TOTAL	100	100%

Fuente. Pasante del proyecto

Grafica 2. Trato a los usuarios.



Fuente. Pasante del proyecto

La anterior grafica nos muestra que el 65% de la comunidad se muestra satisfecha con el trato brindado por el personal de la E.S.E. hacia ellos cuando prestan los servicios solicitados y manifiestan que esto influye muchos pues si el trato fuera poco cordial ellos evitarían toda costa utilizar los servicios, prefiriendo otros puntos de atención medico como las clínicas. Sin embargo el 35% de la comunidad encuestada se mostró poco conforme y manifestó que en algunas ocasiones el personal médico y administrativo de la E.S.E. se han

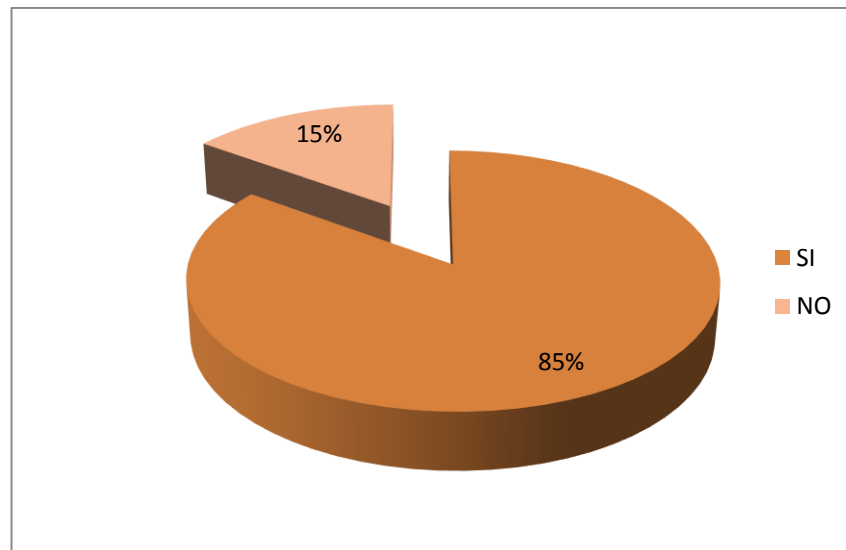
mostrado groseros y con pocas ganas de atenderlos pero que al no tener otra alternativa y dinero para usar los servicios en una empresa privada de salud pues tienen que esperar y aguantarse la grosería del personal.

Tabla 3. Información brindada por la E.S.E. A la comunidad.

ITEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	85	85%
NO	15	15%
TOTAL	100	100%

Fuente. Pasante del proyecto

Grafica 3. Información brindada por la E.S.E. a la comunidad.



Fuente. Pasante del proyecto

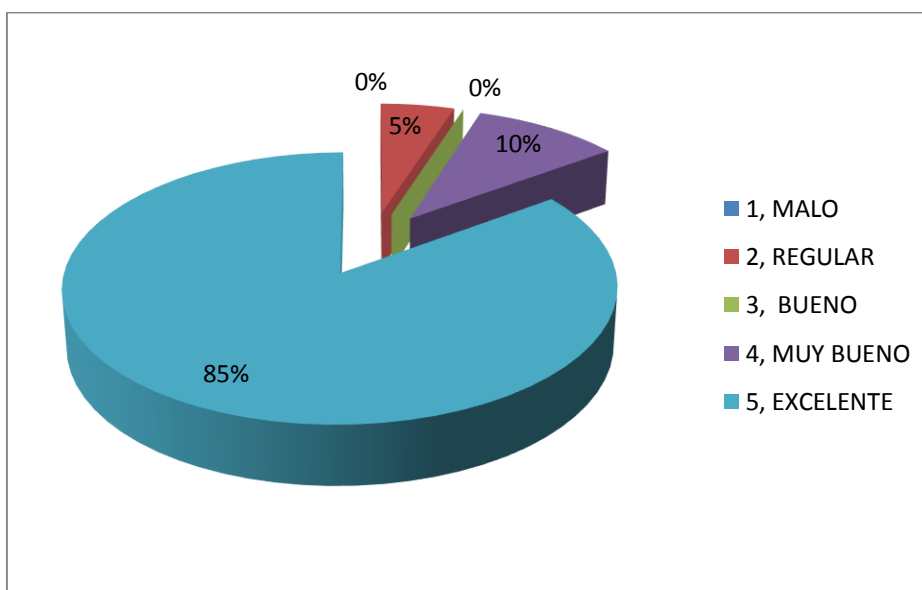
El 15% de la comunidad encuestada manifestó que ellos no conocían los servicios que ofrece la E.S.E. y que el servicio que normalmente utilizan es el de urgencias y algunas veces consulta externa, desconociendo que en la misma se brindan otros servicios como trabajo social, psicología, terapia ocupacional entre otros y mucho menos que todos tienen derecho a utilizarlos si es de necesidad urgente. Por otro lado el 85% de la población manifestó que la E.S.E. los mantiene informados sobre la diversidad de servicios, los trámites, los subsidios y demás planes que se generen momentáneamente.

Tabla 4. Amabilidad del personal.

ITEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 (MALO)	0	0%
2 (REGULAR)	5	5%
3 (BUENO)	0	0%
4 (MUY BUENO)	10	10%
5 (EXCELENTE)	85	85%
TOTAL	100	100%

Fuente. Pasante del proyecto

Grafica 4. Amabilidad del Personal.



Fuente. Pasante del proyecto

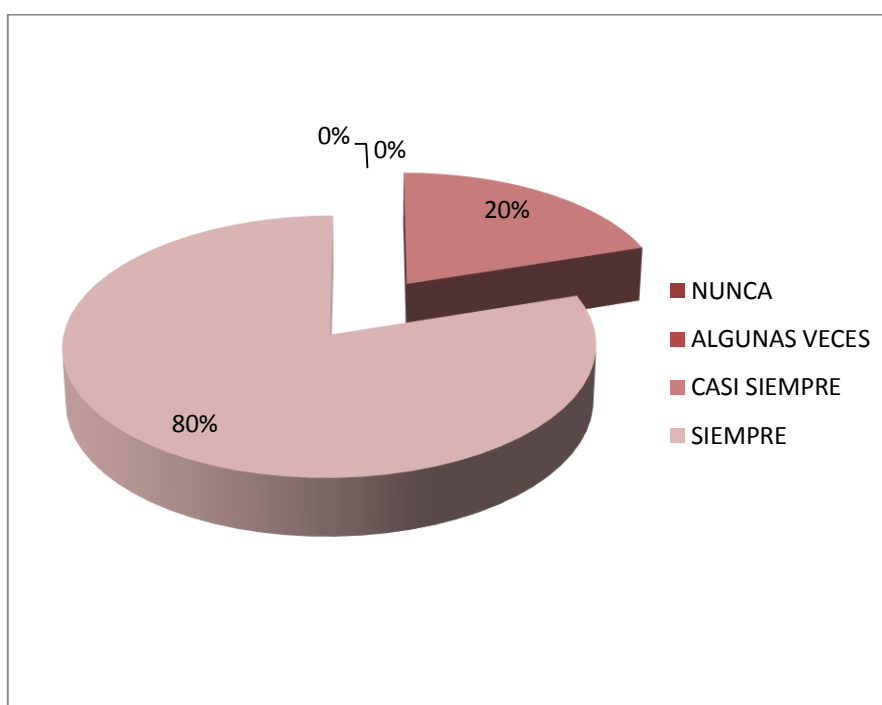
Con respecto a la discriminación o distinción de algunos usuarios por parte del personal de la E.S.E. la comunidad manifestó que el 5% de estos tenían algunos gestos discriminatorios y que debían mejorar esas actitudes pues eso dejaba mucho que decir de la calidad humana del personal y que antes que todo se encontraba la integridad de los pacientes y del servicio que ellos prestaban. Sin embargo un 10% manifestó que la imagen que tenía del personal respecto a gestos discriminatorios era buena que no han notado actitudes agresivas o de rechazo en la realización de su trabajo. Por otro lado el 85% dijo que la perspectiva que tenían sobre el recurso humano era excelente en este sentido, resaltando la humildad y el empeño de algunos empleados sobre todo el de las mujeres quienes siempre mostraban un mayor empeño para que el servicio se prestara con total transparencia y colaborando con el proceso de trámites sin importar que clase de usuario fuese.

Tabla 5. Frecuencia de los servicios de la E.S.E. por parte del usuario.

ITEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NUNCA	0	0%
ALGUNAS VECES	0	0%
CASI SIEMPRE	20	20%
SIEMPRE	80	80%
TOTAL	100	100%

Fuente. Pasante del proyecto

Grafica 5. Frecuencia de los servicios de la E.S.E. por parte del usuario.



Fuente. Pasante del proyecto

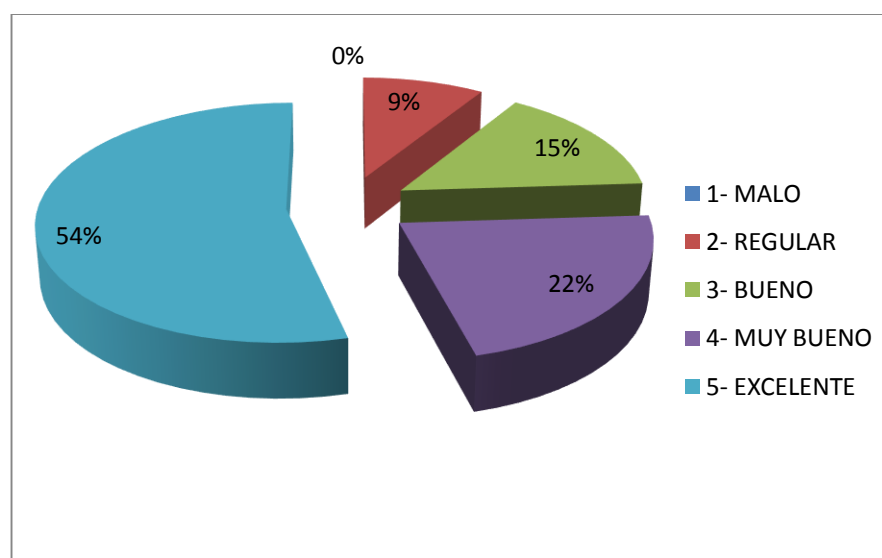
El 80% de los usuarios encuestados al preguntarle si usaban los servicios de la E.S.E. frecuentemente, estos respondieron que siempre asistían a este punto de salud ya que era primero que todo el más grande y se podía usar un servicio más completo que el los otros puntos o puestos de salud y en segundo lugar porque como es el hospital regional es mucho más económico que asistir a otros. Por el contrario un 20% de la comunidad manifestó que algunas veces usaban los servicios de la E.S.E y que esto dependía de la clase de urgencia que se tuviera, porque de ser por dolencias menores preferían asistir a una clínica o a una consulta particular.

Tabla 6. Calificación del servicio en general que ofrece la E.S.E.

ITEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 (MALO)	0	0%
2 (REGULAR)	9	9%
3 (BUENO)	15	15%
4 (MUY BUENO)	22	22%
5 (EXCELENTE)	54	54%
TOTAL	100	100%

Fuente. Pasante del proyecto

Grafica 6. Calificación del servicio en general que ofrece la E.S.E.



Fuente. Pasante del proyecto

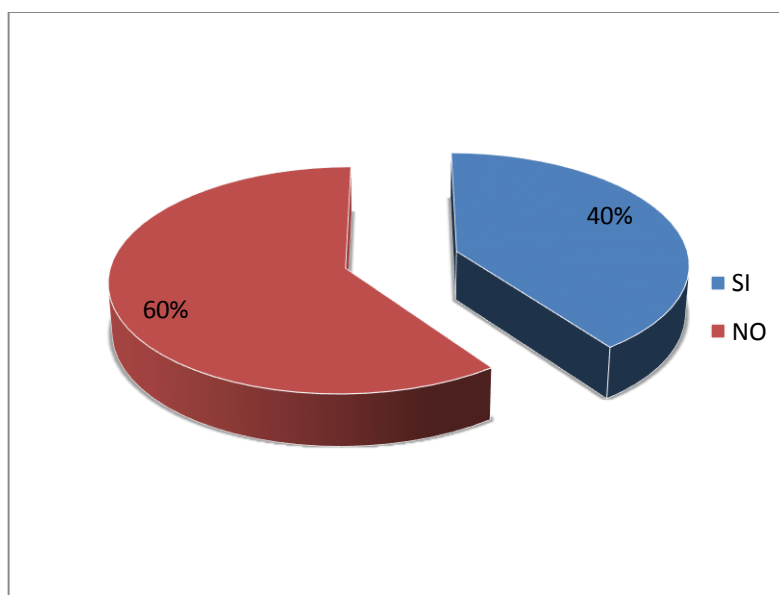
Al preguntarle a la comunidad encuestada que de 1 a 5 calificara el servicio prestado, la mayoría respondió que el servicio es excelente, este porcentaje mayoritario corresponde a un 54% de la población encuestada y es atribuido a la excelencia ya que manifestaron que por ser un hospital de segundo nivel se tenía la posibilidad de adquirir un servicio completo y con personal muy capacitado, pero que habían muchas cosas que mejorar para lograr un servicio de muy alta calidad como son los tiempos de espera y de atención, ya que esta es la principal dificultad que se vive diariamente. El 22% respondió que el servicio aunque no fuera excelente era muy bueno y que había que mejorar tanto en personal como en infraestructura y un 15% afirma que el servicio es bueno y que de no ser atendidos es mejor la espera. Sin embargo un 9% de la comunidad asegura que el servicio era muy regular, lo anterior derivado de las largas filas y las grandes cantidades de tiempo que debían esperar para ser atendidos, eso sin contar con los diferentes estados de ánimo del personal que los atiende.

Tabla 7. Utilizaría nuevamente los servicios de la E.S.E.

ITEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	40	40%
NO	60	60%
TOTAL	100	100%

Fuente. Pasante del proyecto

Grafica 7. Utilizaría nuevamente los servicios de la E.S.E.



Fuente. Pasante del proyecto

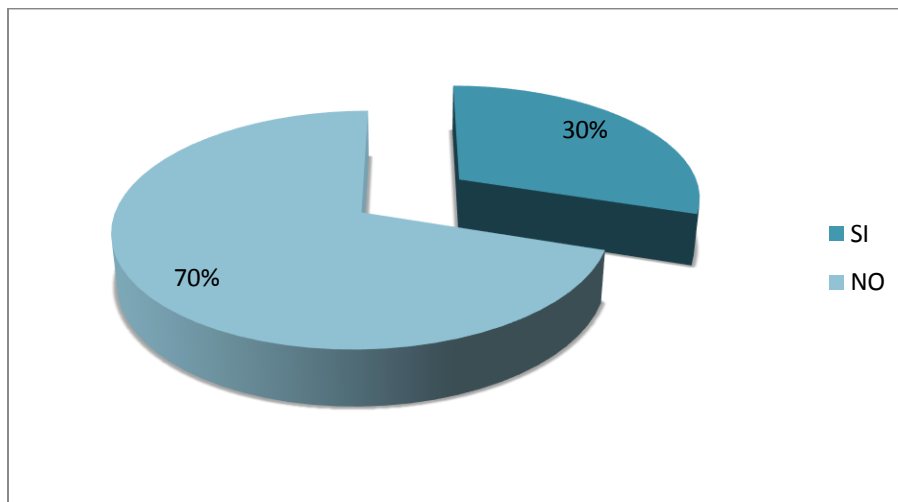
En el caso de que si los usuarios volverían a utilizar los servicios de la E.S.E. el 40% de la población contestó que si ya que no tenían otra opción y les tocaba, mientras el 60% de la comunidad dijo que no que mientras pudieran manejar la situación en otros puntos médicos lo seguirían haciendo.

Tabla 8. Satisfacción del servicio de Urgentología que presta la E.S.E.

ITEM	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	30	30%
NO	70	70%
TOTAL	100	100%

Fuente. Pasante del proyecto

Grafica 8. Satisfacción del servicio de Urgentología que ofrece la E.S.E.



Fuente. Pasante del proyecto

El 30% de las personas encuestadas manifestaron que se encuentran satisfechos con el servicio recibido pero que sin embargo hay que seguir mejorando, mientras un 70% de la comunidad dijo que no se encontraba satisfecho con el servicio recibido, que hay fallas en el sistema de prestación de servicios y que por ellos no volverían a usarlo, que de querer mejorar tendrían que hacer muchos ajustes y educar el personal y a los usuarios, ya que la culpa no solo es de la entidad si no de la cultura que se vive en la ciudad.

Conclusiones de la evaluación realizada. Se conoció la opinión de un gran número de la población Ocañera y en promedio un 100% de la comunidad encuestada conoce la institución de salud pero solo un 50% se siente satisfecho con el servicio que esta ofrece.

Se evidencio y ratifico que la actitud del personal tanto medico como administrativo en general es ágil, eficiente y además no muestran actitudes de discriminación. En los casos de excepción se deberá realizar un seguimiento y llamados de atención para mejorar pues todos los pacientes tienen la misma importancia y valor.

En general los resultados de estudio de mercados fueron satisfactorios ya que se evidencio que la institución es una organización sólida con una gran misión, que a pesar de los aspectos negativos e irregularidades presentadas diariamente tiene un gran recurso humano que fortaleciéndolo junto la misión del plan estratégico de calidad SGIC podría lograr realizar un gran trabajo. En cuanto a los porcentajes de aspectos negativos los encargados del SGIC debe tomar cartas en el asunto y aumentar periódicamente la vigilancia y plantear planes de mejora continua que contribuyan al aumento de la productividad y al crecimiento de los servicios en altos estándares de calidad.

3.2. CONSTRUCCIÓN DE LAS CARACTERIZACIONES DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS.

En este objetivo se llevó a cabo un apoyo al proceso de caracterización del sistema de calidad que se busca sea acreditado, por lo tanto en primer lugar se recibió por parte del grupo auditor de calidad del sistema integrado una capacitación en cuanto a los temas concretos y necesarios para llevar a cabo la caracterización, por otro lado realizar junto al ingeniero del proceso el levantamiento y la identificación de las necesidades, tareas, funciones para realizar dicha caracterización y por último la realización del seguimiento y control a la funcionalidad del objetivo. De esta manera se logra establecer un conducto para la construcción de la caracterización de los procesos asistenciales del sistema integrado de calidad.

3.2.1. Inducción recibida por parte de la Coordinación del Grupo de Auditoria de calidad medica sobre el proceso de caracterización. Durante el proceso de capacitación o inducción sobre el proceso de caracterización dirigida por la Coordinadora Dra. Marcela Álvarez Aldana se logró conocer información pertinente de cómo realizar dicha caracterización y los lineamientos básicos en los que el sistema y la caracterización del sistema deben estar enfocados. Por cuanto se trataron los siguientes temas:

Ejes programáticos del área de auditoria de calidad. Los ejes programáticos del área de auditoria de calidad son seis y son la base para lograr la acreditación del sistema de gestión integrado de calidad y entre los cuales estudiamos los siguientes:

Habilitación. En el desarrollo de este Ítem durante los seis meses anteriores ha mostrado un adelanto significativo al proceso, a pesar del cambio de las normas que ha sido más o menos en un trayecto de un año y lo significativo ha sido que a pesar de los cambios a los que la institución ha estado inmersa ha logrado cumplir a tiempo los requerimientos solicitados por el ente territorial de control y vigilancia. Sin embargo se han tenido algunos inconvenientes como las caracterizaciones de los procesos y eso debido a la falta de apoyo de algunos órganos vinculados a la institución que no han apoyado el proceso y al poco conocimiento que tiene la comunidad sobre el sistema integrado de calidad que se está implementado y que se requiere sea certificado. No obstante a la fecha la institución no tiene ninguna novedad pendiente de realizar dentro del sistema general de registro del ministerio y se han cumplido con todos los servicios ofertados en el portafolio de la sede principal y las 11 UBAS de la E.S.E. y se han realizado 40 autoevaluaciones correspondientes en lo que concierne a la sede principal y se han hecho 69 evaluaciones a las 11 UBAS.

También se realizó una verificación sobre los servicios habilitados en la sede principal identificada como Empresa Social del Estado Hospital Emiro Quintero Cañizares con No. de Identificación 544980054701, lo anterior para tener en cuenta en las evaluaciones y en la actualización de las novedades ya que estas son importantes y de conocimiento en el proceso de caracterización de sistema. (Ver anexos). En total en la última verificación se logró ver que la E.S.E. tiene 68 servicios Habilitados en la sede principal a la fecha y de los

cuales en la actualidad 3 están suspendidos, servicios en los cuales se debe trabajar más para lograr habilitar estos servicios. Se verifico que en la 11 UBAS, ósea en los 11 puestos de salud se tienen habilitados 144 servicios de los cuales ninguno se encuentra suspendido.

Por otro lado también se recibió inducción sobre la norma 2003 donde se estipulan los siguientes estándares para prestar servicios en el área de la salud.

Talento Humano. Se mostraron las evidencias recolectadas para demostrar y que la pasante lograra tener bases sólidas sobre los aspectos que están afectando la prestación de los servicios con la más alta calidad, por cuanto se logró verificar que el talento humano es un factor muy importante ya que se evidencia que algunas hojas de vida en la dependencia de talento humano no cumplen con los debidos soportes para prestar servicios de salud; como son tarjeta profesional, curso RCP, acta de grado, certificado para manejo transfusión sanguínea, entre otros.

Infraestructura. Se evidencia que en cuanto a infraestructura la E.S.E. necesita realizar algunas inversiones ya que en todos los servicios hacen falta lavamanos, jabón especializado con clorexidina, alcohol glicerinado, y toallas de papel, en pediatría se requiere un lavamanos en el área de preparación de medicamentos.

Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos. Se evidencia programa de seguimiento al uso de medicamentos y dispositivos médicos cumpliendo con lo estipulado en la norma. Por lo tanto se evidencio que no se encuentran los kit de profilaxis post exposición para VIH, ITS, y kit para víctimas de violencia sexual. En urgencias y urgencia ginecológicas, exigido por la resolución 459 de 2012, no se evidencia el protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.

Procesos Prioritarios. En la primera revisión de los procesos prioritarios no se encuentra la documentación requerida por norma en los sitios de trabajo, por lo cual se recogen todos los documentos encontrados en las áreas asistenciales y se revisan, actualizan, se construyen y validan según pertinencia. Los documentos evidenciados y evaluados son el manual de bioseguridad con fecha de 2010 y manual de enfermería con fecha también d3e 2010, estos y muchos formatos de diferentes formas fueron los únicos documentos internos visualizados. A partir de ese momento se construyen hasta la fecha 184 documentos entre POES, instructiva, guías y formatos. Se realiza una observación de los documentos creados para conocimiento interno del proceso.

Historia clínica y Registros. Se evidencias a la fecha historias clínicas en físico, cuando al día todo el personal médico debe diligenciar las historias clínicas sistemáticamente, ya que se está trabajando en la parametrización de los requerimientos de las historias clínicas del servicio de urgencias, sala de partos y realizando los empalmes con los laboratorios clínicos y para esto es requerido por los entes de control y vigilancia información digital.

Interdependencia. Se evidencia que se dispone de mediana complejidad y es requerido un apoyo de alta complejidad, ya que se debe cumplir con lo estipulado en la resolución 2003 de 2014 lo cual dictamina que deben ser también de alta complejidad y tener dependencia

para la toma de decisiones los casos de: Hospitalización, cirugía, transporte asistencial, proceso de esterilizaciones, transfusión sanguínea, servicio farmacéutico, fisioterapia o terapia respiratoria, servicio de apoyo hospitalario, Nutrición, de estas según la resolución se deben tener manuales ya que son las actividades principales y se deben actualizar las novedades en la página del ministerio de salud según lo descrito.

En la Resolución también se deja descrito que las novedades tales como: Apertura de servicios, Cierre temporal o definitivo de servicios, Apertura de modalidad, Cierre de modalidad, Cambio de complejidad, Cambio de horario de prestación del servicio, Reactivación de servicio, Cambio del médico especialista en trasplante, Cambio del médico oncólogo en hospitalización, Traslado de servicio.

En dicho caso que no se diligencien las novedades el Parágrafo 1 dice “ El prestador podrá cerrar temporalmente un servicio por un periodo máximo de un año, contado a partir del reporte de la novedad. Si vencido dicho plazo no se ha reactivado el servicio, se desactivará del REPS y para su reactivación o apertura deberá realizar nuevamente la habilitación del servicio y requerirá visita de reactivación por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud si se trata de servicios de alta complejidad, urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial u oncológico⁹.

Los Prestadores de Servicios de Salud que vayan a reportar novedades relacionadas con el cierre de uno o más de los servicios de urgencias, 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, hospitalización obstétrica, hospitalización pediátrica y cuidado intensivo, deberán informar por escrito tal situación a la Entidad Departamental o Distrital de Salud y a las entidades responsables de pago con las cuales tengan contrato, mínimo quince (15) días antes de realizar el registro de la novedad de cierre en el formato de novedades, con el fin de que dichas entidades adopten las medidas necesarias para garantizar la prestación de servicios de salud a los usuarios.

Acreditación. Según la inducción recibida se pueden percibir los siguientes datos en cuanto a la acreditación del proceso de implementación y acreditación del sistema integrado de calidad a la fecha.

Cuadro 4. Estándares de acreditación.

	ESTANDARES	# ST	TOTAL ST GESTIONADOS	2012	2013	2014
Asistencial	1-74	74	16	10	4	2
direccionamiento	75-82	7	0	0	0	0
gerencia	83-102	19	2	0	2	0
	ESTANDARES	#ST	TOTAL ST	2012	2013	2014

⁹ Resolución 2003 de 2014 ministerio de salud, actualización de novedades y habilitación de los servicios.

Cuadro 4. (Continuación)

			GESTIONADOS			
Recurso humano	103-118	15	0	0	0	0
ambiente físico	119-129	10	9	4	5	0
Gerencia de las tecnologías	130-139	9	5	5	0	0
Gerencia de información	140-153	13	2	2	0	0
Plan de mejoramiento	154-158	4	4	0	0	0

Fuente: Coordinación de auditoría de Calidad.

Durante los periodos de 2012 al 2015 se han trabajado en el total de los estándares seleccionados, hay que tener en cuenta que estos no están al 100% y su calificación que es de 1 a 5 no es mayor de 3 o 4 lo que significa que hay que trabajar más para lograr un estándar de calidad más alto en los servicios que presta la E.S.E.

3.2.2. Apoyo al levantamiento de los criterios, procesos y procedimientos necesarios para la identificación de las necesidades, funciones y tareas inmersas en la caracterización de los procesos de calidad integrados. Para darle cumplimiento a este objetivo específico se tendrá en cuenta las etapas del proceso de recolección de información previsto de la siguiente manera:

Primera etapa. Identificación y observación de cada uno de los procesos del hospital Emiro Quintero Cañizares. Para lo cual se tiene en cuenta los pasos que conllevan cada uno de los servicios ofertados.

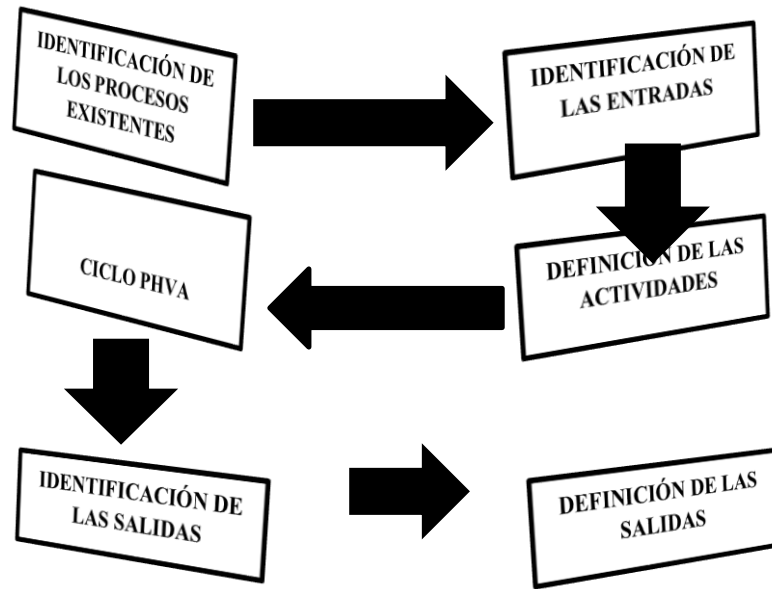
Segunda etapa. Recolección de información por medio de entrevistas con cada uno de los líderes del proceso para la creación o reforma de los documentos existentes. Lo anterior respecto a los manuales, los mapas de proceso, las rutas de caracterización de los procesos y demás.

Tercera etapa. Consiste en el desarrollo de la metodología de caracterización donde toda la información es unificada y organizada de acuerdo a los procesos. Es importante aclarar que la pasante administradora de empresas que actualmente acompaña el proceso llegó en esta etapa aunque por medio de capacitación tiene conocimiento de las demás y es en la caracterización de los procesos donde se juega un papel importante ya que de esta ruta depende la evolución de la acreditación.

Cuarta etapa. Socialización y retroalimentación con cada uno de los líderes de los procesos del H.E.Q.C. para realizar las respectivas correcciones. A esta etapa le llamamos el proceso de seguimiento y control.

Ruta para caracterizar procesos.

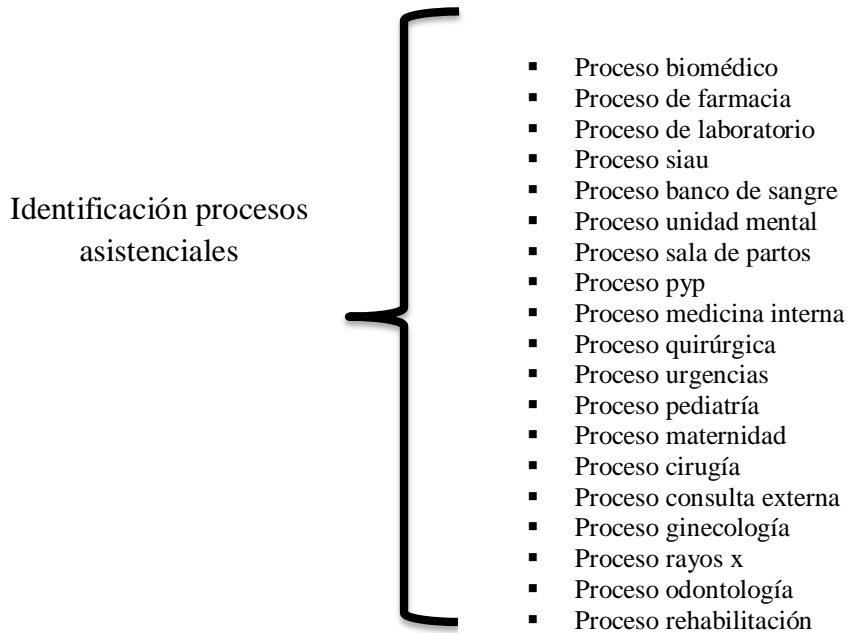
Grafica 9. Ruta de caracterización.



Fuente. Pasante del proyecto

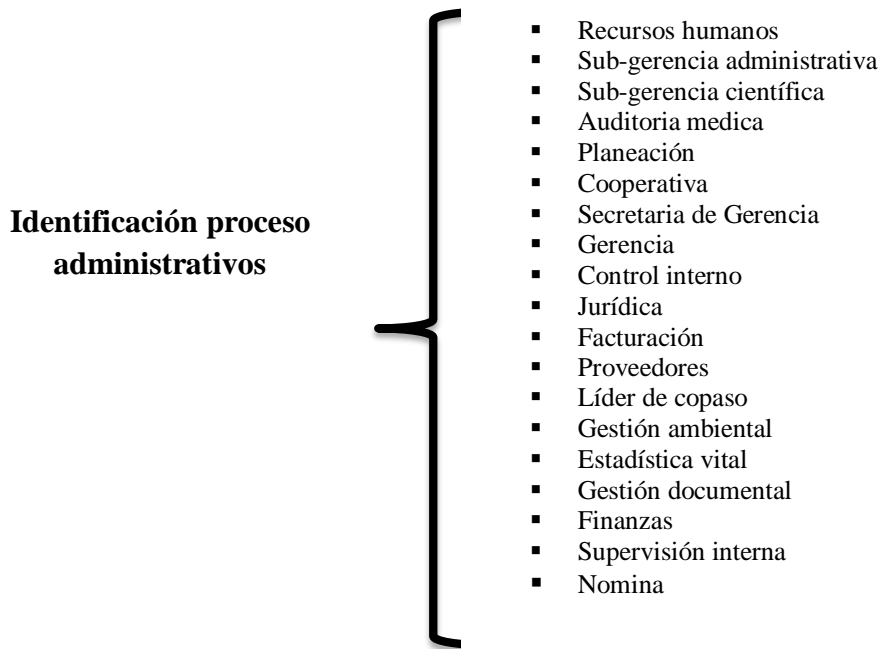
La anterior ruta es para la elaboración e implementación de la caracterización de los procesos de la E.S.E.

Grafica 10. Caracterización de los procesos existentes asistenciales.



Fuente. Pasante del proyecto

Grafica 11. Caracterización procesos existentes administrativos.



Fuente. Pasante del proyecto

Definición de las actividades. Las siguientes actividades definidas serán puestas en marcha en cada uno de los procesos identificados tanto para procesos asistenciales como para procesos administrativos.

Implementar Equipos de Respuesta Rápida. Se fortalecerá la estrategia que en la entrega de Turno de Enfermería y Medica, se deje bien claro y conciso cada uno de los pacientes críticos e inestables que se tengan en cada de los servicios hospitalarios, para tener total conocimiento de las condiciones en que están dichos pacientes y esto complementado con una Estrategia donde se evalúe y den claro aviso del deterioro del Estado de Salud de cada uno de estos pacientes al grupo de enfermería y ellos puedan dar aviso al médico responsable, así mismo la parte administrativa que influye en el proceso debe realizar los procedimientos correspondientes de una forma rápida y eficaz de manera que el paciente no demore más de 10 minutos realizando papeleos que lo pueden desgastar a un más .

Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares. Se desarrollara con la participación activa de los Médicos Cardiólogos adscritos en la ESE HEQC, las estrategias a implementar el Uso indicado de Beta bloqueadores y así poder reflejado dicha medida en la disminución de complicaciones cardiovasculares post-infarto.

Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea. Con la participación activa de la Dra. Celia Alvarado, Directora del Banco de Sangre, iniciar el diagnóstico de cada una de las

Falencias que aún se vienen presentando en el Proceso de Manejo y Acto Transfusional y la corrección de cada una de ellas. Además del desarrollo de las estrategias de seguridad que se fortalecerán en la ESE HEQC para tal fin.

Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico. Se inició con el diseño del Protocolo de Profilaxis de Sangrado de Vías Digestivas altas en pacientes hospitalarios Críticos para evitar las Ulceras por Estrés.

Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas. Se han realizado visitas de inspección al Servicio y tomar cada una de las falencias detectadas por el personal de Radiología sobre en el servicio de urgencias, pero aún no se han diseñado las estrategias de seguridad que exige la norma legal vigente.

Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental. No se iniciado la construcción de las estrategias a implementar, estamos pendiente la entrevista con los Psiquiatras a cargo para tal fin.

Prevención de la malnutrición o desnutrición. Se inició la construcción del Protocolo de Valoración Nutricional de pacientes hospitalarios y ambulatorios, estamos en fase de revisión y aprobación por el personal encargado.

Garantizar la atención segura del binomio madre. Con la participación activa de los Ginecólogos de la ESE HEQC y el Dr. Samuel Bautista, Perinatología, iniciar el diagnóstico de cada una de las Falencias que aún se vienen presentando en el Proceso de Manejo y Abordaje de las Gestante de Alto Riesgo y la corrección de cada una de ellas. Además del desarrollo de las estrategias de seguridad que se fortalecerán en la ESE HEQC en atención primaria en cada una de las UBA para tal fin.

Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los Profesionales. se han iniciado capacitaciones y estudios de tiempo para verificar el mismo en cuanto a procedimientos administrativos tanto por consulta externa como por urgencia, para de esta manera detectar el tiempo que un paciente demora en el proceso administrativo para poder ser atendido.

Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad. se ha comenzado a involucrar parientes acompañantes a los procesos médicos en casos como personas de la tercera edad y niños menores de edad esto debido a que se ha identificado una mejora de la calidad del servicio y una rapidez para la evolución del mismo cuando los familiares de los pacientes acompañan los procesos.

Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud. Se desarrolló el Protocolo de Profilaxis Antibiótica, los formatos de Prevención de las Infecciones asociadas a la atención en Salud, Formatos de prevención y control de la ocurrencia de Infección del tracto urinario, infección del sitio operatorio, Neumonía asociada al ventilador, entre otras.

Ciclo PHVA. Es el cuarto paso para realizar la caracterización de los procesos, en esta etapa se definen la planeación del proceso estratégico, como se va a realizar, como se verificara y como retroalimentarlo para actuar correctivamente.

En la planeación. Se establecieron las metas y los métodos para que los objetivos o la finalidad del sistema integrado de calidad sean alcanzados. La meta principal de este es mejorar ciento por ciento la calidad de los servicios que presta la E.S.E. en su sede principal y en las 11 UBAS donde presta servicios y el método más preciso para controlar y verificar a calidad es la auditoria y el acercamiento con los usuarios, ya que según los resultados de estudios realizados anteriormente para la implementación de este proceso determinaron que la comunidad en general y específicamente los usuarios más allegados a la institución jugarían un papel importante en el mejoramiento pues mediante ellos se podrían corregir todas aquellas dificultades que estuvieran inmersas en el proceso y de otra manera poderle dar una nueva cara a los servicios que presta la E.S.E. por lo tanto se tienen prioridad en la caracterización de dos procesos principales que involucran tanto las actividades administrativas como las actividades médicas que se desarrollan diariamente en la prestación del servicio y que determinan la calidad del mismo, estos son procesos institucionales (administrativos) seguros y procesos asistenciales (médicos) seguros.

Por otro lado también se planearon métodos de control y verificación tanto para la sede principal como para la UBAS determinadas en acciones preventivas, acciones de seguimiento y acciones coyunturales.

En el Hacer. Se establecieron las características del plan de mejoramiento y entrenamiento tanto de los funcionarios de la institución como el de los usuarios, para que ellos al igual que el equipo encargado de la calidad tuvieran conocimiento sobre lo que se quiere alcanzar, también se realizó la creación de los formatos de caracterización de los dos procesos principales. (Proceso asistencial seguro y procesos institucionales).

Además de esto también se realizó la recolección de datos, la aplicación de encuestas a los usuarios sobre el servicio que presta la institución., se realizó el análisis de la documentación, se verifico el archivo histórico y se han ejecutado los datos recolectados para la retroalimentación de la información y eficacia del servicio.

Verificar. Se realizó la verificación de los archivos tanto históricos como activos, las historias clínicas físicas y las historias clínicas digitales. En la verificación se encontró que algunos del personal médico estaban a fecha actual diligenciando historias clínicas manuales el cual no cumple con la reglamentación de digitalización de información que se está implementado y que hace parte del sistema integrado de calidad.

También se evidencio el mal estado de algunos documentos los cuales van hacer reconstruidos y la no existencia de algunos manuales que también van hacer creados. Sin embargo la verificación realizada a las diferentes oficinas que componen la sede principal y las diferentes UBAS fue satisfactoria pues dejo evidenciar algunas dificultades que le

dieron al grupo auditor de calidad encargado de la implementación y a certificación bases sólidas para actuar.

Actuar. Para actuar correctivamente se tuvo en cuenta la información recolectada en la verificación y que dejó plasmado que no todo lo planeado sea cumplido satisfactoriamente, también se tomaron bases en las siguientes acciones de mejoramiento:

Acciones preventivas. Entendidas como el “conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma”.

Acciones de seguimiento, las cuales se refieren al “conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud para garantizar su calidad”.

Acciones coyunturales, definidas como el “conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la organización para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y la prevención de su ocurrencia”.

Seguimiento: comité, Herramienta para hacer seguimiento a los programas de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la atención en salud, son instrumentos establecidos en las organizaciones con el fin de hacer seguimiento a los procesos o temas de importancia, se considera un mecanismo valioso que contribuye al seguimiento y retroalimentación de la calidad generando información para la colocación en marcha de acciones correctivas o preventivas y complementando las otras herramientas metodológicas.

Los comités institucionales se realizan cada dos meses según resolución emanada por la empresa, donde se analizan los indicadores y se identifican las falencias para posteriormente elaborar los planes de mejoramiento que permitirán optimizar los recursos físicos y humanos logrando la calidad total. Los comités que existen en la institución son los siguientes: Comité Técnico Científico, Calidad, Comité de Ética Hospitalaria. Comité de Vigilancia Epidemiológica e Infecciones Intrahospitalarias, Comité de Muerte Materna y Perinatal, Comité de Historias Clínicas, Comité de Mortalidad Institucional, Comité de Farmacia, Comité de Transfusiones Sanguíneas Comité de Administración de Residuos Hospitalarios, Comité de Promoción y Prevención, Comité de Lactancia Materna, Comité Paritario y Salud Ocupacional, Comité de Bienestar Social, Comité de Usuarios, Comité de AIEPI, Comité de Tecno vigilancia, Comité de Seguridad al Paciente.

Cuadro 5. Relación de la calidad esperada frente a la calidad encontrada.

DOMINIO	INDICADORES ATRIBUTOS CALIDAD-URGENCIAS	PROCESOS A MEJORAR	HALLAZGOS ENCONTRADOS	ESTÁNDAR CALIDAD ESPERADA
1. accesibilidad / Oportunidad	Oportunidad en la atención inicial en consulta de Urgencias	Proceso de atención de Consulta de Urgencias	28 MIN	≤15 MIN
	Oportunidad de interconsulta especializada de Medicina Interna y Ginecología.	Proceso de atención de Consulta Externa, Hospitalización y de Urgencias	45 días 14 horas 67 MIN	<u>30 días</u> <u>2 horas</u> <u>Urg.<20 MIN</u>
	Oportunidad en la definición de conducta en observación de urgencias.	Proceso de atención de Observación de Urgencias.	8 HORAS	<u><6 horas</u>
2. seguridad	tasa de reingreso	Consulta y Hospitalización.	0.2%	< 1%
	tasa de eventos adversos	Proceso de atención de Hospitalización	0.15%	< 1%

Fuente. Pasante del proyecto

Cuadro 6. Plan de Mejoramiento.

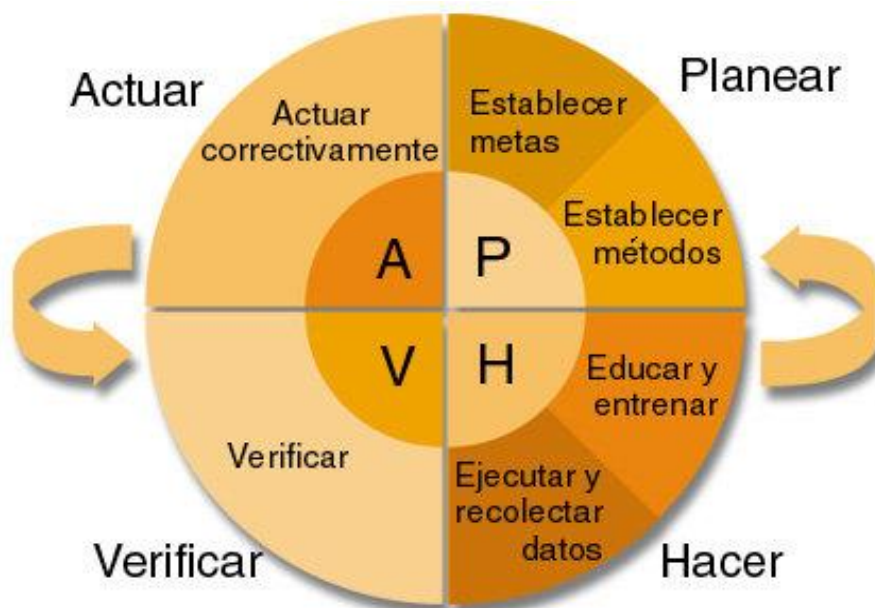
PROCESO A MEJORAR	FORTALEZAS	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	EFFECTOS DE LAS OPORTUNIDADES	LIMITANTES PARA LAS OPORTUNIDADES
Proceso de atención Inicial de consultas en el servicio de Urgencias.	Se tienen establecidas políticas de calidad dirigidas a la oportunidad, accesibilidad de la atención inicial de Urgencias, dando cumplimiento también a la normatividad relacionada con la atención inicial del servicio de Urgencias.	Manual de calidad, indicadores de oportunidad en la atención de urgencias, procesos escritos de consulta del servicio de Urgencias y proceso de clasificación de las mismas.	La oportunidad supera los estándares establecidos por la organización, se han detectado tiempos de hasta de 50 minutos de espera.	Insatisfacción, riesgo de complicación y muerte de pacientes no atendidos oportunamente	Planta física limitada para altos volúmenes de consulta.

Cuadro 6. (Continuación)

Oportunidad de interconsulta especializada de Medicina Interna y Ginecología.	Se cuenta con preespecialidad de las especialidades básicas: Anestesia, Ginecólogo, en Medicina Interna contamos con 2 internistas, urgencias y consulta externa.	Se cuenta con cuadro de turnos que permite verificar la permanencia 24 horas para especialidades anestesia y ginecología, M.I. y C.	Es necesario contar con especialista en Medicina Interna, y Ginecología.	Falta de oportunidad en la atención y riesgo de complicaciones y muerte	Los contratos establecidos no permiten mayor disponibilidad en el área de M.I. y Ginecología.
---	---	---	--	---	---

Fuente. Pasante del proyecto

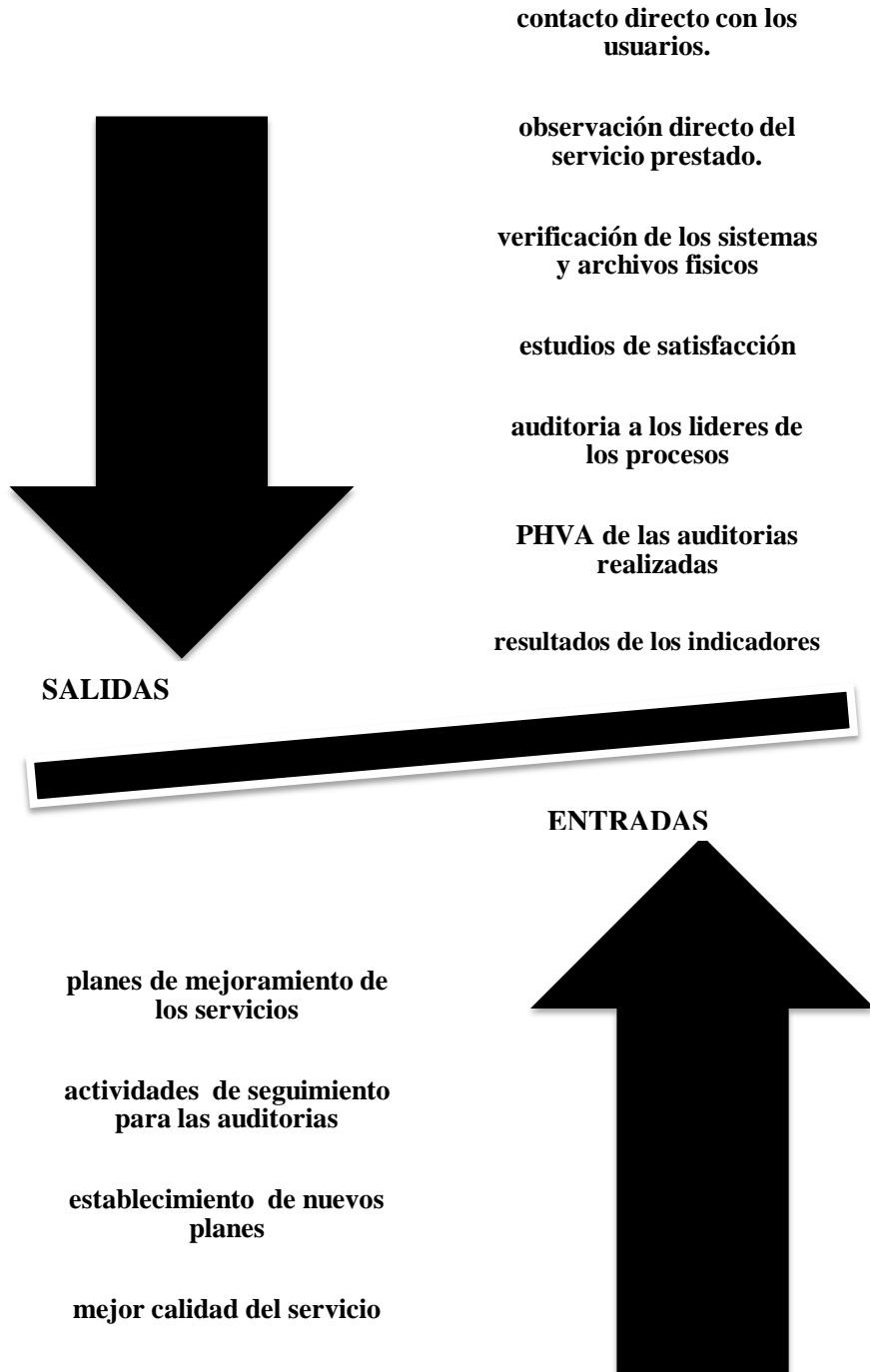
Gráfica 12. Ciclo PHVA realizado.



Fuente. Pasante del proyecto

Identificación de Salidas y Entradas. Para determinar las entradas y las salidas de información se creó un formato de recolección de hallazgos, para después establecer cuáles son las entradas más seguras de recolección de información y las salidas que estas generan. De lo anterior se deduce que las entradas de información más seguras son: contacto directo con los usuarios, observación directa del servicio prestado, verificación de los sistemas y de los archivos tanto físicos como digitales.

Grafica 13. Salidas y entrada



Fuente. Pasante del proyecto

Definición de los indicadores. Los indicadores son una fuente primaria de entrada de información. Por lo tanto es importante tener bien definidos los formatos de indicadores y de evaluación de indicadores.

Cuadro 7. Ficha de indicador 1.

NOMBRE DEL INDICADOR: 1.OPORTUNIDAD EN LA ATENCION INICIAL DE CONSULTA DE URGENCIAS	
RESPONSABLE COORDINADOR DE URGENCIAS	DOMINIO OPORTUNIDAD
NUMERADOR Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de Urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico	DENOMINADOR Total de usuarios atendidos en consulta de urgencias
	CALIDAD ESPERADA ≤15 minutos
JUSTIFICACION La definición oportuna del estado de salud del paciente en el servicio de urgencias minimiza el riesgo de muerte, complicación o secuelas de un evento de atención emergente, así mismo el servicio puede conocer la capacidad de respuesta de acuerdo a la demanda de atención de urgencias.	
UNIDAD DE MEDIDA MINUTOS	origen de la información - registro de admisiones - historia clínica de urgencias
PERIODICIDAD MENSUAL	ajuste por riesgo determinar horas pico por comportamiento de la consulta

Fuente. Pasante del proyecto

Cuadro 8. Ficha de Indicador 2.

NOMBRE DEL INDICADOR: 2. PROPORCION DE VIGILANCIA A EVENTOS ADVERSOS	
RESPONSABLE ENFERMERAS DE DIFERENTES SERVICIOS	DOMINIO GERENCIA DEL RIESGO
NUMERADOR Número total de eventos adversos detectados y gestionados	DENOMINADOR Total de usuarios atendidos en Hospitalización.

Cuadro 8. (Continuación)

JUSTIFICACION Los eventos adversos son resultados clínicos no esperados que producen lesiones o complicaciones involuntarias que son más atribuibles al proceso de atención que pueden llegar a ser prevenibles. Es una obligación de la institución realizar seguimiento a estos eventos y así minimizar los riesgos.	
UNIDAD DE MEDIDA	origen de la información
RELACION PORCENTUAL	formato de reporte de eventos adversos
PERIODICIDAD	ajuste por riesgo
MENSUAL	incluir en la medición hechos conocidos no reportados

Fuente. Pasante del proyecto

Cuadro 9. Ficha de Indicador 3.

NOMBRE DEL INDICADOR: 3. SATISFACCION DEL CLIENTE EXTERNO	
RESPONSABLE	DOMINIO
COORDINADOR DE CALIDAD	Satisfacción
NUMERADOR	DENOMINADOR
Número de clientes externos satisfechos encuestados	Total de clientes externos encuestados
JUSTIFICACION Este indicador permite evaluar la percepción de la calidad desde el punto de vista del cliente externo quien juzga la atención recibida como satisfecha o insatisfecha	
UNIDAD DE MEDIDA	ORIGEN DE LA INFORMACION
RELACION PORCENTUAL	Encuestas de calidad percibida
PERIODICIDAD	AJUSTE POR RIESGO
MENSUAL	No aplica

Fuente. Pasante del proyecto

Caracterización de los procesos. Después de haber cumplido con la ruta de caracterización, haber identificado los procesos, las entradas y salidas, definir las actividades y los indicadores, el cumplimiento de la ruta da lugar a la caracterización de 2 procesos fundamentales el asistencial y el institucional administrativo, estos a su vez serán las caracterizaciones pilotos pues de la aceptación de esta en el proceso de implementación y acreditación dependerá la caracterización de los demás servicios.

Cuadro 10. Caracterización procesos institucionales seguros.

I- PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS						
PROCESO	COMO	TAREA REALIZADA	RESPONSABLE	OBSERVACIONES	FECHA	
Programa de Seguridad del Paciente	<i>1 Política institucional de Seguridad del Paciente</i> Caja de herramientas (POE y Formatos) para la identificación y gestión de eventos adversos.	Se construyó la Política de Seguridad de paciente y fue adoptada al Comité de Seguridad mediante la Resolución Interna No 0089 del 24/02/2015 y se revisó y se ajustaron los documentos, POES y Formatos de Reporte de Eventos Adversos e incidentes.	Marcela Álvarez (CA) Edwin Acuña (LPS)	Se revisaron todos los documentos base existente del Programa y se realizaron los ajustes de conceptos y forma (NF).	15/02/2015	
	Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente.	Se realizaron los ajustes en la Plataforma Estratégica de la ESE HEQC incluyéndolo dentro el Mapa de Procesos, solicitado mediante Oficio AC-023 del 23/02/2015 dando respuesta mediante oficioSP-003 del 09/03/25 Se Revisó y se ajustaron los documentos que hacen parte del POE de Seguridad de Paciente.	Holger Santos Marcela Álvarez Edwin Acuña	Se Revisó y se ajustaron los documentos que hacen parte del POE de Seguridad de Paciente.	27/02/15	
	Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución.	Se Socializo la política por áreas o servicios a través de: Plegables diapositivas Feria de Seguridad "Paciente Seguro" Rondas de Seguridad Hospitalaria	Equipo de Calidad Marcela Álvarez Edwin Acuña	SE PROYECTARON VIDEOS Y EXPERIENCIAS BASADOS EN LAS IPS ACREDITADAS.	Del 17 al 30 Abril de 2015	
	Promover un Entorno No Punitivo.		Se Socializo los Objetivos del programa de Seguridad por áreas o servicios para iniciar un proceso de concientización y cultura de seguridad	Equipo de Calidad Marcela Álvarez Edwin Acuña		Abril 2015
			Se inició una Herramienta pedagógica de EA sin castigo, se reforzó el auto reporte de manera diligente sin ocultamiento	Marcela Álvarez Edwin Acuña		Marzo – Abril 2015
			Dar a conocer los Estímulos del reporte de ES por servicios, después de la socialización de la política.	Recurso humano, Oficina de Jurídica y Control interno con la aprobación de Gerencia		Mayo 2015
	<i>2 Promoción de la cultura de seguridad</i>	Explicar por áreas o servicios a todo el personal las ventajas del auto reporte de incidentes y Eventos Adversos y realizar Análisis del desarrollo del clima organizacional educativo	Equipo de Salud Marcela Álvarez Edwin Acuña Jefes de servicios Equipo de Calidad	Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua	Desde 4 al 30 Mayo del 2015	
<i>2 Promoción de la cultura de</i>	Encuesta de clima de seguridad	Marcela Álvarez Edwin Acuña Recurso	Iniciar el uso de las Encuestas de Seguridad con la participación de la	Mayo del 2015		

Cuadro 10. (Continuación)

	<i>seguridad</i>		humano, jurídica y control interno Jefes de servicio Médicos Internos	Ingeniera Johana para hacerlo participativo con el Programa de Salud Ocupacional.	
		Educación a través de las Rondas de Seguridad hospitalaria por áreas o servicios a todo el personal las ventajas del auto reporte.	Equipo de Calidad Edwin Acuña Marcela Álvarez		Abril 2015
CONTINUACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS					
		Evaluación de la aceptación por parte del personal de la importancia de la prevención de los EA	Edwin Acuña Marcela Álvarez Equipo de Calidad	Aplicar Instrumento del Ministerio Protección Social N°6	Permanentemente a partir de Mayo de 2015
		Se inició el Análisis individual de los EA e incidentes por servicio y período.	Edwin Acuña	Formato estandarizado según instrucción del Programa Seguridad	Permanentemente a partir de Abril 2015
		Plan de capacitación: Se diseñó un cronograma capacitaciones del Programa Paciente Seguro.	Liliana Duran Edwin Acuña Laura Pita Érica Reyes Marcela Álvarez Equipo Calidad	Se dispondrán de 3 meses para lograr el objetivo	Mayo del 2015
	3. Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo:	Se implementaron los Mecanismos necesarios para la gestión de la seguridad del paciente en la institución incluyendo: Tecno vigilancia, Fármaco vigilancia y Reactivo vigilancia	Liliana Duran Laura Pita Érica Reyes Marcela Álvarez Edwin Acuña	Se reforzara con la aplicación de las Rondas de Seguridad.	Marzo y Abril 2015
	Reporte	Se reforzó la información en cada de los servicios hospitalarios acerca: - Proceso para el reporte de EA. - Qué se reporta - A quien se le reporta - Cómo se reporta - A través de qué medios - Cuando se reporta - Como se asegura la confidencialidad del reporte - Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros - El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó - Cómo se estimula el reporte en la institución.	Liliana Duran Edwin Acuña Laura Pita Érica Reyes Marcela Álvarez Se perfecciono el POE De Paciente seguro Incluyo formatos del POE Paciente seguro Se incluyó herramienta pedagógica del EA sin castigo	Se ajustó el POE Paciente seguro según la Resolución 1446/2006	Inmediato para entregar el 25 de Marzo 2015
	Análisis y gestión	Se estableció como proceso de análisis de EA del Protocolo de Londres: Establecer barreras de seguridad Rediseñar procesos inseguros Apoyo institucional a las	Liliana Duran Edwin Acuña Laura Pita Érica Reyes Marcela Álvarez		Abril 2015

Cuadro 10. (Continuación)

		acciones de mejoramiento			
Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo.	Conocer claramente los procesos relevantes por servicio	Se Solicitó el mapa de proceso al jefe de planeación a través del oficio solicitado mediante Oficio AC-023 del 23/02/2015 dando respuesta mediante oficioSP-003 del 09/03/25, Donde se evidencia el ajuste de la Plataforma Estratégica.	Edwin Acuña Marcela Álvarez	Orientado al riesgo que genere para la seguridad del paciente el proceso de atención en salud a cargo del trabajador de la salud.	Marzo del 2.015
	Identificar los riesgos o EA comunes o no que se presentan por servicios hospitalarios	Se les solicitó a los diferentes Jefes de Servicios un listado de las acciones inseguras, Incidentes y Eventos adversos más y menos frecuentes de cada servicio mediante la Circular Única del 24/02/2015 de la Oficina de calidad de la ESE HEQC. Siendo respondido en su momento por el Jefe de Urgencias únicamente y casi un mes después la jefe de Pediatría, Maternidad y Quirúrgica.	Edwin Acuña Marcela Álvarez	Hubo poca participación activa de los jefes de servicio	Febrero , Marzo y Abril del2015
	CONTINUACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS				
	Socializar con cada servicio e integrantes los riesgos de la no neutralización de estos en la generación de Eventos Adversos.	Se realizó una jornada de sensibilización a todos los servicios en el área de enfermería, servicio general y personal administrativo. Hay evidencia con listas de asistencias	Liliana Duran Edwin Acuña Laura Pita Érica Reyes Marcela Álvarez Equipo de Calidad	Se evidencia buena participación del personal a la convocatoria.	Marzo y Abril 2015
Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador	1. Procedimientos de referencia de pacientes.	Se revisó el POE referencias de pacientes y se hicieron los ajustes pertinentes.	Edwin Acuña		
	2.Procedimientos para la autorización de servicios	Se solicitó definir este proceso a través de Contratar Ingeniero Mario Peñaranda mediante oficio AC-030 del 18/03/2015.No ha habido respuesta a pesar de solicitarla. Se envía nuevo oficio AC-066 del 24/04/2015. Se espera respuesta.	Edwin Acuña	Se le solicita mayor participación a Outsourcing de facturación.	Marzo 2015
	3.Análisis y medición de los tiempos de espera relacionados con la seguridad del paciente	Se realizó un análisis de los Indicadores de oportunidad de todos los servicios, en cuanto: Citas consulta externa, especialistas, programación de cirugías de los años 2012-2014	Edwin Acuña		Marzo 2015
	4.Seguridad en la entrega de medicamentos POS y no POS	Se le solicito a la Ingeniera Química Erika Reyes mediante oficio AC-024 del 18/03/2015 la construcción del POE solicitud de medicamentos no POS, política de uso de medicamentos POS y su administración en las diferentes patologías. Enviando respuesta de los procesos y procedimientos ya construidos pero no los procesos solicitados. Se le envía nuevo oficio.	Erika Reyes	No hemos tenido respuesta de esta participación	Marzo 2015
	5.Estrategia de seguridad en los paquetes de servicios	Se le solicitara la Construcción de la política o instructivo de las novedades y las contingencias utilizadas para la continuidad del servicio de las aseguradoras no	Holmes Amaya		Mayo 2015

Cuadro 10. (Continuación)

		contratadas. -Se revisó y se ajustó - Urgencia: La Guía e Instructivo de Triage. - Consulta Externa: Se revisó la Política de asignación de citas para médicos generales y especialistas con el Outsourcing pero no se obtuvieron respuesta favorable que ayudara a mejorar este indicador - Se le solicitara Analizar mensualmente cuales son las aseguradoras que restringen la prestación del servicio cuando un paciente ha sido remitido. - POE referencia y contrareferencia.	Edwin Acuña Mario Peñaranda Oficina de auditoría Coordinador Asistencial Edwin Acuña		Abril 2015
Estandarización de procedimientos de atención	<i>Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia</i>	-Identificar, socializar y evaluar, guías clínicas por servicios. -Incluir guías de procedimientos de enfermería, de instrumentación quirúrgica y de todas las disciplinas por servicios. - Verificar la adherencia del personal a las guías implementadas.	Oficina de Auditoría Médica y Coordinación de Servicios.		Mayo 2015
CONTINUACIÓN DE LA CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS					
	<i>Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares</i>	- Solicitar manual de actividades del personal contratado y manual de funciones para el personal de nómina. -Estándares de cumplimiento de labores.	Recurso humano Oficina de auditoría		Mayo 2015
	<i>Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes.</i>	-Se construyó La Política de Seguridad de Neonatos - Se revisó el POE de solicitud o compras de suministros hospitalarios. -POE e instructivo para inducciones o socializaciones para usuarios.	Edwin Acuña Marcela Álvarez de suministros Compras		Abril 2015
Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.	Estudios de incidencia o de prevalencia de los eventos adversos	-Se iniciara el Entrenamiento a los jefes de servicios, coordinadores de área en la metodología IBEAS para el análisis de EA -Socializar al equipo de salud los formatos de reporte de la institución.	Jefes de servicio Equipo de Calidad Edwin Acuña Marcela Álvarez		Mayo 2015
La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente	Monitorear la política de seguridad del paciente.	- Se Consolido la información de los eventos adversos gestionados hasta Marzo del 2015 mediante el Reporte de eventos adversos - Implementar y medir indicadores que evalúen impacto en: Caídas, neumonías asociadas al ventilador, infecciones nosocomiales, complicaciones quirúrgicas, anestésicas, transfusiones, entre otras. -Detección de riesgos del ambiente físico. -Vigilancia de eventos adversos	Edwin Acuña Equipo de Calidad Marcela Álvarez Edwin Acuña Jefes de servicios Comité de Seguridad. Subgerente administrativo		Permanentemente a partir de Mayo 2015

Cuadro 10. (Continuación)

		-Gestión en educación. -Monitorear que aseguradoras e IPS retroalimenten la información obtenida.			
Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio	Parametrización y utilización del software de H.C digital de la ESE.	Se solicitó al Outsourcing los procesos de -- Construir aplicativos y formatos digitales incluidos en la HC. -Definir planes de contingencia para la reducción de riesgos en el caso de tener HC electrónica y física a la vez. -Construir método de alarmas para datos inadmisibles. -Vigilancia permanente a las alarmas de alergias y demás riesgos de atención en la Historia Clínica.	Cootrasmar CTA a través del Ingeniero Mario Peñaranda	Se envió oficio AC-030 del 18/03/2015 sin obtener respuesta favorable. Se le envía nuevo oficio AC-066 del 24/04/2015 para estimular su participación activa.	Marzo Abril 2015
Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud	Seguimiento, monitoreo y control al Ambiente físico seguro de la ESE.	Se solicitó a través del oficio AC-025 del 18/03/2015 a Laura Pita; AC-053 del 26/03/2015 a Nohelid Chogó y Leonar Gómez, la siguiente información: -Evaluar condiciones de: localización segura vulnerabilidad (estructural y funcional) suministro de agua potable fluido eléctrico, y plan de contingencia establecidas por la Norma. -Evaluar las condiciones ambientales a cada uno de los servicios.	Dr. Nohelid Chogó Ingeniera Laura Pita Ingeniero Leonar Gómez.	No se obtenido ninguna información a la solicitud. Se envía nuevo oficio AC-063 y AC-065 del 24/04/2015	Marzo – Abril 2015
	Seguimiento, monitoreo y control de Equipamiento tecnológico seguro de la ESE.	-Diseñar fichas técnicas y hojas de vida idóneas de todos los equipos de la institución. -Evaluar periódicamente el total del equipamiento institucional e insumos a utilizar en la institución. -Elaborar e implementar un modelo de seguridad del equipamiento. -Evaluar si la tecnología existente satisface la seguridad de los pacientes y es acorde con las necesidades de la institución. -Realizar análisis a partir de los reportes de tecno vigilancia.	Ingeniero Leonar Gómez Ingeniera Laura Pita	Se solicitó a través del oficio; AC-025 del 18/03/2015 a Laura Pita, AC-053 del 26/03/2015 a Nohelid Chogó y Leonar Gómez la siguiente información con sus evidencias. No se obtenido ninguna información a la solicitud. Se envía nuevo oficio AC-063 y AC-065 del 24/04/2015 para incentivar su participación activa en este Programa	Marzo – Abril 2015

Fuente. Pasante, coordinación de auditoría de calidad.

Cuadro 11. Caracterización de los procesos asistenciales.

II. PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS				FECHA
1. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud. - Prevenir ISO	-Desarrollar profilaxis a través del uso de alcohol en la higiene de manos. -Lograr cumplimiento de personal del lavado higiénico de manos. -Estandarizar procesos y verificar mediante lista de	- Desarrollar esta estrategia a través de la socialización con el personal hospitalario durante la Feria de la seguridad del 17-21 de abril del 2015, la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social a	-No se obtuvo respuesta del oficio AC-048 del 26/04/2015 a Olivain Velázquez, oficio AC-049 del 26/04/2015 al Ingeniero Alexander Lázaro y oficio AC-050 del 26/03/2015 al Dr. Andrés Trigos en lo	Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015

Cuadro 11. (Continuación)

<ul style="list-style-type: none"> - Prevenir endometritis - Prevenir neumonías nosocomiales y en especial la asociada a ventilador - Prevenir infecciones transmitidas por transfusión. - Prevenir flebitis - Prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres. - Prevenir infecciones de vías urinarias asociadas al uso de sondas. 	<p>chequeo las medidas para prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, priorizando las de mayor frecuencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Involucrar a los pacientes y sus familias en la prevención de la infección. -Realizar aislamiento de pacientes que lo requieran. -Involucrar a todo el personal de salud en la implementación de medidas pre, intra y postquirúrgicas para la prevención de infección en sitio quirúrgico. -Vacunar personal de salud para los biorriesgos prevenibles de acuerdo al panorama de riesgo biológico. -Gestionar la disposición de desechos hospitalarios -Optimizar el lavado y desinfección de áreas. -Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente. -Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria. -Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos. -Impulsar los 5 momentos de lavado de manos. 	<p>cerca de la Detección y prevención de infecciones asociadas con la atención en salud y luego hacerla extensiva a todos los servicios en la jornada de capacitación a partir de Mayo del 2.015.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se socializo con oficio AC-048 del 26/03/2015 a Olivain Velázquez para que documente lo referente al proceso de optimizar el lavado de manos, el uso de alcohol en la higiene de manos, adherencia del lavado de manos, cumplimiento de Bioseguridad y garantizar los cinco momentos del lavado de manos. - Revisar estadísticas de ocurrencias de infecciones postquirúrgicas infecciones nosocomiales, revisar en protocolos el manejo de las mismas y correlacionar la aparición de las mismas con el especialista tratante, sala de atención, técnica quirúrgica, comorbilidades. - Concientizar la toma de muestra para cultivo para compararla con los resultados obtenidos en el estudio a superficie. - Construir lista de chequeo o formatos de seguimiento a riesgos y análisis de concurrencia. 	<p>referente del uso del ventilador.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Se envía nuevo oficio motivando la participación activa mediante oficio AC-058 del 24/04/2015 a Olivain Velázquez, AC-059 del 24/04/2015 al Ingeniero Lázaro y AC-060 del 24/04/2015 al Dr. Andrés Trigos, para incentivar su participación activa en este Programa 	
<p>2. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participación del Químico en los procesos de dispensación y administración de medicamentos de acuerdo con el grado de complejidad. - Asegurar la dispensación correcta de los medicamentos y los procesos de reempaque y reenvase de los mismos si aplica dentro del sistema distribución de medicamentos en dosis unitaria; realizar controles para el abastecimiento oportuno de los medicamentos y dispositivos médicos; controles en la recepción de la orden médica, y en la elaboración y/o adecuación y ajuste de concentraciones de dosis de medicamentos. -Definir mecanismos para prevenir errores en la administración de los Medicamentos. - Asegurar la calidad del proceso de nutrición parenteral (TPN) incluyendo el uso de guías e instructivos estandarizados y controles microbiológicos. -Identificar y definir los medicamentos con efectos secundarios importantes. -Implementar procesos de vigilancia activa del uso de los 	<p>Se le solicito a la ingeniera Química Erika Reyes mediante oficio AC-024 del 18/03/2015 el acompañamiento y apoyo de esta información, Enviando respuesta de los procesos y procedimientos ya construidos pero no los procesos solicitados Aún está pendiente la construcción de toda la información de este estándar, para ello Se le envía nuevo oficio para estimularla en la participación activa de estos componentes.</p> <p>En cuanto a la alimentación parenteral aún no se ha considerado la introducción de este estándar en los pacientes hospitalizados. Esto necesita una infraestructura especial que la ESE la dispone y la inversión es considerable. Se espera decisión gerencial.</p>		<p>Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015.</p>

Cuadro 11. (Continuación)

	<p>antibióticos y de la información y educación que se realiza al personal sobre el uso adecuado de medicamentos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir procesos para evitar errores asociados al uso de electrolitos como el potasio, el sodio y el calcio. - Implementar procesos para el manejo de medicamentos que son de uso frecuente y que pueden tener efectos secundarios severos. (Ej.: Dipirona y la Vancomicina). -Definir mecanismos para prevenir daño a los pacientes con terapia anticoagulante. -Incluir en la recepción de los medicamentos la verificación de las órdenes de compra. - Asegurar que en el proceso almacenamiento de los medicamentos, se incluya protocolo de gestión del riesgo, respetar la cadena de frío, realizar custodia a los medicamentos de control especial y hacer seguimiento a las farmacias satélites. -Asegurar que el proceso de selección de los proveedores incluya visitas y evaluación periódica; se debe seleccionar solo aquellos que tienen respaldo legal y que realizan un manejo adecuado de sus medicamentos. -Definir mecanismos de compra que eviten adquirir medicamentos que no cuenten con Registro Sanitario Vigente del INVIMA 			Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015
	Conciliación de medicamentos en todas las fases de la atención.			
	Implementación del sistema de distribución de dosis unitaria.	Se encuentra en proyecto la implementación de dicha necesidad.		
	Identificación de alergias en los pacientes.	Se tiene normatizado desde hace dos años un POE de manejo de alergia medicamentosa, pero se reestructurara dichos formatos conforme a las exigencias del programa de seguridad y acorde al paquete de instructivo dado por el Ministerio de Protección Social		
3.- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de Caídas en IPS. - Proceso Identificación Paciente (Condición del paciente, Acompañante permanente, problemas de marcha, paciente con sedación) 	<ul style="list-style-type: none"> -Para desarrollar esta estrategia se socializo con el personal hospitalario durante la Feria de la seguridad realizada del 17 al 21 de Abril del 2.015, la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social a cerca de la Detección y prevención de Caídas en la IPS asociadas con la atención en salud. -Analizar el antecedente de Caídas a través de los reportes de eventos adversos entre el 2.011 al 2.014 la 	<ul style="list-style-type: none"> - Se iniciara una capacitación intensa a partir de la semana del 27/04/2015 al equipo de calidad de la ESE y luego extenderlo a todos los servicios hospitalarios con énfasis en el personal de enfermería (técnico y profesional) durante el mes de mayo del 2015. - Se socializará la Escala de Morse para evaluación de las Caídas Hospitalarias incluyendo los factores de seguridad y evaluación de la participación de la familia en el cuidado de la seguridad del 	Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015

Cuadro 11. (Continuación)

		<p>incidencia de aparición de eventos adversos de este tipo y poder construir el plan de acción y estrategias de uso.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Construir folletos de recomendaciones en los pacientes, familiares y su entorno en el manejo del paciente en el antro hospitalario 	<p>paciente y del entorno del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> -Concientizar e iniciar una cultura al personal de enfermería en fomentar la clasificación del riesgo de seguridad de los paciente y el uso reglamentario de las manillas y en ausencia de ella dejarlo sentado en la historia clínica 	
<p>4.- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos</p>	<p>a.) Asegurar Cirugía Correcta al paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificación de Quirófano con lista de chequeo para Cirugía segura. - Proceso de valoración pre quirúrgico del paciente por enfermería. - Proceso de Consentimiento Informado. - Proceso de participación de la familia del paciente discapacitados o menores de edad. <p>b.) Prevención del fuego en cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisión rutinaria de equipos. - Revisión instalaciones eléctricas <p>Antes y durante la cirugía.</p> <p>c.) Prevención de Quemaduras en Cirugía:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proceso de correcta colocación de placas electroquirúrgica. - Proceso Monitoreo de equipos de generan riesgo de quemaduras durante la cirugía. 	<ul style="list-style-type: none"> -Iniciar el desarrollo esta estrategia mediante la socialización del personal hospitalario durante la Feria de la seguridad realizada del 17 al 21 de Abril del 2.015, la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social a cerca de la Seguridad en los procedimientos quirúrgicos y luego hacerla extensiva a todos los servicios en la jornada de capacitación a partir de Mayo del 2.015. -Fortalecer los Procesos y Procedimientos de Atención Pre quirúrgica, revisando que cada formato y paso en su ruta de atención, esté acorde al instructivo del Ministerio. -Revisar el Proceso de Admisión en sala de cirugía y verificar que se hayan cumplido cada uno de los pasos Pre quirúrgicos. -Cumplir con la lista de chequeo de una Cirugía segura. - Cumplir con las lista de chequeo del acto anestésico. -Formato de seguimiento de riesgo de complicación inmediata postquirúrgica y post-anestésico. -Iniciar el proceso de concientización del correcto y completo uso del consentimiento informado en el acto pre quirúrgico 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesitar la participación muy activa del Jefe de Cirugía, auxiliar de enfermería de consulta ambulatoria de cirugía, anesthesiólogos, instrumentadoras y especialistas quirúrgicos. -Iniciar las capacitaciones en lo referente al instructivo del MPS a todo el personal técnico, administrativo, profesional y especializado de una CIRUGIA SEGURA EN LA ESE HEQC. -Se ha solicitado mediante Oficio AC-053 del 26/03/2015 al Dr. Nohelid Chogó y Leonar y el oficio AC-025 del 18/03/2015 a la Ing. Laura Pita a cerca de la prevención de fuego y quemadura en Sala de cirugía sin obtener respuesta favorable. -Se envía nuevo oficio AC-063 y AC-065 del 24/04/2015 para incentivar su participación activa en este Programa de seguridad. 	<p>Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015</p>
<p>5.- Prevenir úlceras por presión</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de monitoreo de las medidas preventivas anti-escaras. - Proceso de identificación del riesgo de úlceras por presión. - Análisis de la presentación del evento. 	<ul style="list-style-type: none"> -Iniciar el desarrollo de esta estrategia mediante la socialización con el personal hospitalario durante una jornada de capacitación en Mayo del 2.015, la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social a cerca de la Seguridad y prevención de úlceras por presión y escaras -Buscar y analizar el antecedente de reporte de Úlceras por presión y presencia de escara intrahospitalaria a través de los reportes de eventos adversos entre el 2.011 al 2.014 y evidenciar la incidencia de aparición de este evento de este tipo y poder construir el plan de acción y estrategias de uso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar la participación muy activa de los Jefes Hospitalarios, médicos, auxiliar de enfermería y especialistas quirúrgicos. -Concientizar e iniciar una cultura al personal de médico y de enfermería en fomentar la clasificación del riesgo de úlceras por presión y formación de escaras y el uso reglamentario de las manillas y en ausencia de ella dejarlo sentado en la historia clínica. 	<p>Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015.</p>

Cuadro 11. (Continuación)

<p>6.- Prevenir las complicaciones anestésicas</p>	<p>a.) Proceso de prevención complicaciones Prevenibles y no Prevenibles. b.) Lista de chequeo del acto anestésico.</p>	<p>-Iniciar el desarrollo de esta estrategia mediante la socialización con el personal hospitalario durante una jornada de capacitación en Mayo del 2.015, la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social a cerca de la Seguridad de procedimientos quirúrgicos y luego hacerla extensiva a todos los servicios en la jornada de capacitación a partir de Mayo del 2.015. -Buscar y analizar el antecedente de reporte de complicaciones postanestésicos inmediato a través de los reportes de eventos adversos entre el 2.011 al 2.014 y evidenciar la incidencia de aparición de este evento de este tipo y poder construir el plan de acción y estrategias de uso. -Cumplir con la lista de chequeo de una Cirugía segura. -Cumplir con las lista de chequeo del acto anestésico. -Formato de seguimiento de riesgo de complicación inmediata postquirúrgica y post-anestésico.</p>	<p>-Necesitar la participación muy activa de los anestesiólogos, Jefe de Cirugía, auxiliar de enfermería circulantes, instrumentadoras y especialistas quirúrgicos. -Iniciar las capacitaciones en lo referente al instructivo del MPS a todo el personal técnico, administrativo, profesional y especializado de una CIRUGIA SEGURA EN LA ESE HEQC.</p>	<p>Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015</p>
<p>7.- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.</p>	<p>a.) Proceso del correcto identificación del paciente desde su ingreso: - Nombre completo paciente. - Tipo y # de documento de identificación. - Sexo o género - Edad - Fecha de Nacimiento - Lugar de Residencia. b.) Proceso de identificación de pacientes en casos especiales: - Adulto extranjero con documento de identidad (CC-CE-PA-UN). - Adulto sin documento de identidad (ASI) - Recién nacidos y menores de edad sin identificación. - Parto normal o cesárea con un bebe. - Parto normal o cesárea con varios bebes.</p>	<p>Responsabilidad de Cootrasmar CTA a través del Ingeniero Mario Peñaranda</p>	<p>-Se envió oficio AC-030 del 18/03/2015 sin obtener respuesta favorable. -Se le envía nuevo oficio AC-066 del 24/04/2015 para estimular su participación activa en todo este proceso de la ESE HEQC.</p>	<p>Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015</p>
<p>8.-Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el Laboratorio</p>	<p>a.) Procesos pre-analíticos, analíticos y post-analíticos hospitalaria y ambulatoria. b.) Proceso de identificación de paciente y muestra de laboratorio: - Procedimientos de identificación correcta y segura del paciente. - Procedimientos de participación del paciente y familia en la identificación. - Comunicación oportuna y eficaz entre el equipo de salud.</p>	<p>-Desarrollar esta estrategia a través de la socialización con el personal hospitalario durante la Feria de la seguridad del 17-21 de abril del 2015, la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social a cerca de la Detección y prevención de alteración de la identificación en el servicio de laboratorio clico en la atención en salud. - Se socializó con oficio AC-046 del 26/03/2015 a</p>	<p>-Se le envía nuevo oficio AC-064 del 24/04/2015 para estimular su participación activa en todo este proceso de la ESE HEQC.</p>	<p>Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015</p>

Cuadro 11. (Continuación)

	<ul style="list-style-type: none"> - Datos Básicos de identificación paciente (Nombre completo, Numero de identificación, Numero de identificación adicional-consecutivo-, fecha de nacimiento, fotografía, bandas de identificación por colores, entre otras) 	<p>Liliana Duran para que documente lo referente a este proceso o en su defecto construirlos en ausencia de esta información.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisar estadísticas de ocurrencias de eventos adversos en el periodo del 201-2014 para la toma oportuna de planes de mejora 		
9. Implementar equipos de respuesta rápida	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de signos de alarmas tempranas del empeoramiento de la condición clínica del paciente hospitalario. - Implementar mecanismos de respuesta rápida y oportuna al empeorar el paciente (SemafORIZACIÓN de las camas, clasificación del riesgo del paciente, rondas rutinarias de seguridad, entrega correcta de turnos) 	<ul style="list-style-type: none"> -Iniciar el desarrollo de esta estrategia mediante la socialización con el personal hospitalario durante la jornada de capacitación en Mayo del 2.015, la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social a cerca de la implementación de estrategias de respuesta rápida en la atención en salud. -Construir lista de chequeo o formatos de seguimiento a riesgos y análisis de concurrencia de signos de alarmas de la condición clínica de los pacientes. -Realizar rondas de seguridad y vigilancia activa de los pacientes en estado crítico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Necesitar la participación muy activa de los anestesiólogos, Jefe de Cirugía, auxiliar de enfermería y especialistas. -Iniciar las capacitaciones en lo referente al instructivo del MPS a todo el personal técnico, administrativo, profesional y especializado de EQUIPOS DE RESPUESTA RAPIDA SEGURA EN LA ESE HEQC 	Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015
10. Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso del uso profiláctico de B-B de alto riesgo de evento isquémico cardiaco agudo en cirugía electiva. - Proceso de Monitoreo del efecto del B-B durante la cirugía y periodo recuperación. 	Se está perfeccionando la guía con la participación de los Cardiólogos y Médicos Internista adscrito para reajuste luego socializarla en los servicios hospitalarios.		Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015
11. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la conservación de las características físicas y biológicas de las muestras. - Garantizar la aplicación de un sistema de control de calidad. - Desarrollar programas que incluyen identificación, notificación, análisis y acciones correctivas de EA - Establecer procesos que garanticen custodia y confidencialidad de resultados de paciente y donante. - Desarrollar mecanismos para garantizar suficiencia, oportunidad y disponibilidad de sangre y sus componentes. - adelantar acciones dirigidas a reducir los EA e incidentes asociados a transfusión. - Fortalecer el comité transfusional e el control del sistema de seguridad transfusional. 	Desarrollar esta estrategia a través de la socialización con el personal hospitalario durante la Feria de la seguridad del 17-21 Abril del 2015, la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social a cerca de la Detección y prevención de alteración de los componentes sanguíneos y transfusión sanguínea en el Banco de Sangre en la atención en salud y luego hacerla extensiva a todos los servicios en la jornada de capacitación a partir de Mayo del 2.015.	<ul style="list-style-type: none"> Se envió oficio AC-051 del 26/03/2015 a la Dra. Celia Alvarado sin obtener respuesta favorable. -Se le envía nuevo oficio AC-061 del 24/04/2015 para estimular su participación activa en todo este proceso de la ESE HEQC. 	Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015
12. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.	<ul style="list-style-type: none"> - Proceso de prevención de hemorragia digestiva en pacientes críticos. - Proceso de la prevención de la neumonía asociada al ventilador. 	-Iniciar el desarrollo de esta estrategia mediante la socialización con el personal hospitalario durante la jornada de capacitación en Mayo del 2.015, la guía metodológica del Ministerio	-Construir lista de chequeo o formatos de seguimiento a riesgos y análisis de concurrencia de signos de alarmas de la condición clínica de los pacientes.	Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015

Cuadro 11. (Continuación)

		de la Protección Social en la implementación de estrategias de respuesta rápida en pacientes en estado crítico en la atención en salud.		
13. Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.	<p>- Proceso de identificación segura al ingreso del paciente a través de: Nombre Numero identificación o HC Genero Edad o fecha nacimiento. Órgano de estudio</p> <p>-Detección temprana en el servicio de radiología de: Prevención de extravasación. Verificar acceso vascular. Identifica paciente alto riesgo</p> <p>-Proceso de prevención de Fibrosis Sistémica nefrogénica: Identificar pacientes con ERC. Garantizar el procedimiento correcto y el paciente correcto.</p> <p>-Reducción de infecciones en radiología. Adherencias a las normas de bioseguridad e higiene. Reducción de caídas de paciente mediante implementación de medidas tendiente a eliminar el EA</p> <p>-Radio-protección a pacientes: Capacitación y re-inducción a los técnicos en los nuevos equipos. Evitar repetir estudios que ya se habían realizado por sistema de alarmas. Pedir exámenes con demasiada frecuencia. Pedir estudios complementarios que no alteren la salud del paciente. Evitar pedir exámenes inadecuados Cumplir con las normas de radio protección.</p> <p>-Proceso de capacitación al personal médico de los estudios por modalidad, indicaciones, contraindicaciones. Limitaciones y complicaciones de los mismos, uso racional y pertinencia médica.</p> <p>-Protocolo estándar para evitar errores en la lectura e interpretación de las imágenes diagnósticas.</p> <p>-Protocolo de la prevención de daño inducido por medios de contraste que incluya el estado de la función renal, factores de riesgo, edad (>65años), enfermedades</p>	<p>-Iniciar el desarrollo de esta estrategia mediante la socialización con el personal hospitalario durante la jornada de capacitación en Mayo del 2.015, la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social a cerca de la implementación de estrategias de este componente en la atención en salud.</p> <p>Solicitar al Dr. Juan Fernando Agudelo, Medico Radiólogo y Coordinador Área de Radiología de la ESE HEQC, el acompañamiento y apoyo de esta información y requisitos. Aún está pendiente la construcción de toda la información de este estándar, para ello Se le envía oficio para estimularla en la participación activa de estos componentes.</p> <p>Solicitar al Dr. Juan Fernando Agudelo, Medico Radiólogo y Coordinador Área de Radiología de la ESE HEQC, el acompañamiento y apoyo de esta información y requisitos. Aún está pendiente la construcción de toda la información de este estándar, para ello Se le envía oficio para estimularla</p>	<p>Construir lista de chequeo o formatos de seguimiento a riesgos y análisis de concurrencia de signos de alarmas de la condición clínica de los pacientes y complicaciones inherentes..</p>	<p>Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015.</p> <p>Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015</p>

Cuadro 11. (Continuación)

	<p>cardiometabólicas, toma de sustancias nefrotóxicas, tomas de AINES, evitar el uso de medio de contraste yodado antes de las 72 horas.</p> <p>-Prevención de eventos adversos en el área de Tomografía Axial Computarizada: Identificar los elementos ferromagnéticos o dispositivos intrínsecos o extrínsecos al paciente alterar el estudio. Consultar contraindicaciones específicas.</p> <p>-</p>	<p>en la participación activa de estos componentes.</p>		
<p>14 Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.</p>	<p>La institución debe desarrollar procesos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación del riesgo. - Clasificación del riesgo al ingreso y egreso del paciente - Prevenir suicidio - Prevenir agresión física - Prevenir violación - Prevenir consumo de cigarrillo y psicoactivos - Prevenir pérdida de pacientes - Implementar protocolos de internación (sedación, suplencia alimentaria que le puede producir daño, barreras de infraestructura) 	<p>Iniciar el desarrollo de esta estrategia mediante la socialización con el personal hospitalario durante la jornada de capacitación en Mayo del 2.015, la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social a cerca de la implementación de estrategias de este componente en la atención en salud.</p> <p>Solicitar a los Psiquiatras y Psicólogo Clínico la ESE HEQC, el acompañamiento y apoyo de esta información y requisitos.</p> <p>Aún está pendiente la construcción de toda la información de este estándar, para ello Se le envía oficio para estimularla en la participación activa de estos componentes.</p>		<p>Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015</p>
<p>15. Prevención de la malnutrición o desnutrición.</p>		<p>Iniciar el desarrollo de esta estrategia mediante la socialización con el personal hospitalario durante la jornada de capacitación en Mayo del 2.015, la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social a cerca de la implementación de estrategias de este componente en la atención en salud.</p>		<p>Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015</p>
<p>16. Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Atención segura e integral del evento obstétrico -Mejoramiento del Acceso a servicios de salud materno perinatales. -Implementación de la lista de Chequeo para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para equipos médicos y de enfermería. -Medición mensual de la completitud del kit de emergencias obstétricas y de los demás insumos requeridos para la atención de la gestante adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y 	<p>Solicitar al departamento de ginecología y obstetricia de la ESE HEQC, el acompañamiento y apoyo de esta información y requisitos.</p> <p>Aún está pendiente la construcción de toda la información de este estándar, para ello Se le envía oficio para estimularla en la participación activa de estos componentes.</p>		<p>Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015</p>

Cuadro 11. (Continuación)

	<p>documentación de acciones de mejora si aplica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medición semestral de adherencia a las guías clínicas para la atención de las gestantes, durante el periodo prenatal, parto y postparto y documentación de acciones de mejora si aplica. 			
<p>17. Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los Profesionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes -Prevenir el cansancio del personal de salud -Prevenir el cansancio del personal de salud - Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado -Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes. 	<p>Iniciar el desarrollo de esta estrategia mediante la socialización con el personal hospitalario durante la jornada de capacitación en Mayo del 2.015, la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social a cerca de la implementación de estrategias de este componente en la atención en salud.</p> <p>Solicitar a xxxx de la ESE HEQC, el acompañamiento y apoyo de esta información y requisitos.</p> <p>Aún está pendiente la construcción de toda la información de este estándar, para ello Se le envía oficio para estimularla en la participación activa de estos componentes.</p>		<p>Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015</p>
<p>18. Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad. -Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención: 	<p>Iniciar el desarrollo de esta estrategia mediante la socialización con el personal hospitalario durante la jornada de capacitación en Mayo del 2.015, la guía metodológica del Ministerio de la Protección Social a cerca de la implementación de estrategias de este componente en la atención en salud.</p> <p>Solicitar a cada Jefe de Servicios Hospitalarios de la ESE HEQC, el acompañamiento y apoyo de esta información y requisitos.</p> <p>Aún está pendiente la construcción de toda la información de este estándar, para ello Se le envía oficio para estimularla en la participación activa de estos componentes.</p>		<p>Programa de Socialización desde Mayo a Noviembre del 2.015</p>

Fuente. Pasante, coordinación de auditoria de calidad.

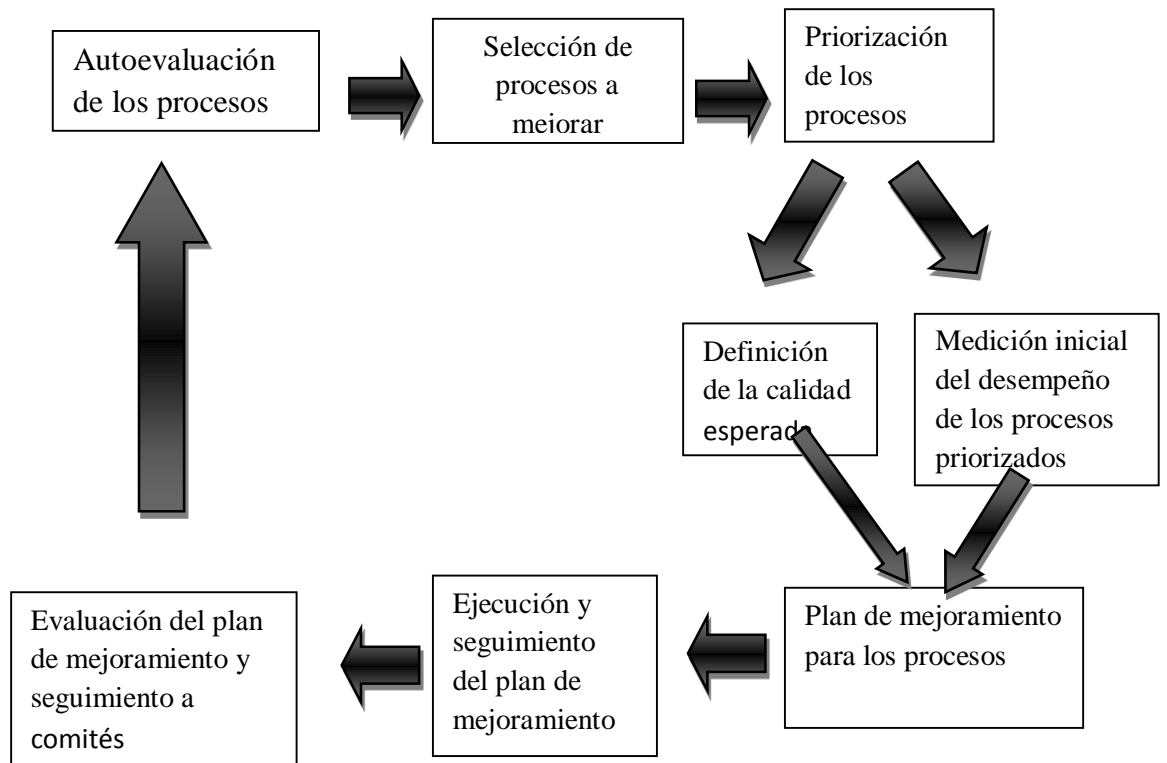
3.2.3. Seguimiento, monitoreo y control a la adherencia y funcionalidad del sistema integrado de calidad. Para realizar el seguimiento, monitoreo y control, de manera que nos dé a conocer como se adherido la actividad plasmada, si se ha logrado que sea funcional con los diferentes procesos de retroalimentación que se han realizado, se diseñaron unas fichas técnicas de evaluación de auditorías con las que se evalúa el trabajo realizado, el

informe mensual de auditoria que se debe enviar mensualmente al comité de evaluación y la evaluación de la prueba piloto que debe ser retroalimentada mensualmente par el informe que se envía a gerencia y al comité evaluador, esta se modificara hasta que se demuestre que es lo suficientemente amplia en la verificación de documentos y emita un resultado 100% positivo para el proceso.

Como apoyo al proceso de seguimiento y control se pone en práctica el proceso de PHVA en las etapas de hacer, verificar y actuar pero más profundamente en la etapas de verificación y actuación ya que en esta última se realiza la retroalimentación y la ejecución del proceso de mejora planeado.

Por otro lado también se pone en práctica la ruta del PAMEC que fue diseñada en esta etapa del proceso y que consiste en autoevaluar los procesos según la calidad del servicio brindado, luego se seleccionan los procesos a mejorar, se realiza una priorización desde los más complejos hasta los más sencillos y que tiene autonomía para manejarse, según los indicadores se verifica y se define la calidad esperada por el proceso ejecutado, se adecua el plan de acción y mejoramiento al proceso priorizado, se ejecuta el plan de mejoramiento y se realiza el seguimiento y la evaluación del proceso de mejoramiento y seguimiento a comités, este último paso sería la retroalimentación final que se le realizaría a cada uno de los procesos priorizados.

Cuadro 12. Ruta PAMEC



Fuente. Pasante del proyecto

Por otro lado para realizar un mejor proceso de seguimiento y control a la adherencia y la funcionalidad del sistema integrado se debe evaluar y verificar el comportamiento del grupo auditor que es el encargado de recolectar la información y de retroalimentarla, ya que dichos funcionarios deben tener una serie de características y cumplir con un manual de protocolos para la ejecución de las diferentes etapas, por lo tanto se crearon los formatos de prueba piloto, evaluación de auditores y demás, lo anterior con la finalidad de lograr un equilibrio de funcionalidad en proyecto que se está ejecutando.

A continuación se mostraran los formatos que fueron creados para la etapa evaluativa del proceso de auditoría y que es realizada por el comité evaluador y por los procesos auditada.

Cuadro 13. Formato de evaluación de auditores internos

EVALUACIÓN AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD												
CICLO DE AUDITORIAS:			FECHA DE INICIO:			FECHA DE FINALIZACIÓN:						
AUDITOR EVALUADO:												
POR FAVOR CALIFIQUE DE 1 A 5 LOS ASPECTOS RELACIONADOS												
	1	NO ACEPTABLE	2	MALO	3	ACEPTABLE	4	BUENO	5	MUY BUENO		
ASPECTO	CALIFICACIÓN AUDITADO				TOTAL	CALIFICACIÓN AUDITOR JEFE / LIDER				TOTAL	PROMEDIO	
	1	2	3	4		1	2	3	4			
CONOCIMIENTO TECNICO												
RELACION CON EL AUDITADO (AMABILIDAD)												
PUNTUALIDAD												
ETICA E IMPARCIALIDAD												
MENTE ABIERTA												
EXPRESIÓN VERBAL												
ADMINISTRACIÓN ADECUADO DEL TIEMPO												
CAPACIDAD DE ESCUCHA												
CAPACIDAD DE PERSEPCION Y OBSERVACIÓN												
SEGURIDAD EN LAS AFIRMACIONES												
PERSISTENTE (ORIENTADO HACIA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS)												
DECIDIDO(ALCANZA CONCLUSIONES OPORTUNAS BASADAS EN EL ANALISIS)												
TRABAJO EN EQUIPO												

Fuente. Comité evaluador de Auditoria, coordinación de auditoria de calidad.

Cuadro 14. Informe de Auditoria.

INFORME DE LA AUDITORIA			
DIA		MES	AÑO
OBJETIVO			
ALCANCE			
EQUIPO AUDITOR			
PROCESO		SUBPROCESO	
DOCUMENTOS EXAMINADOS			
FORTALEZAS			
N°	DESCRIPCIÓN	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
OBSERVACIONES			
EQUIPO AUDITOR:		AUDITOR JEFE/ LIDER:	AUDITADO:

Fuente. Comité evaluador de Auditoria, coordinación de auditoria de calidad.

3.3. PROPONER ACCIONES DE MEJORAMIENTO TENDIENTES A GARANTIZAR LA CALIDAD Y AMPARADAS EN LA NORMA TECNICA GP 1000 E ISO 9001.

Entre las acciones que garantizan una buena calidad y que lo ampara la norma ISO 9001 encargada de controlar y certificar la calidad en las empresas públicas es la del conocimiento de la misma entre todos los órganos visibles y no visible de la organización por lo tanto se ha realizado un proceso de socialización de la norma y del proceso de

implementación y certificación del sistema integrado de calidad que busca esta última en la salud.

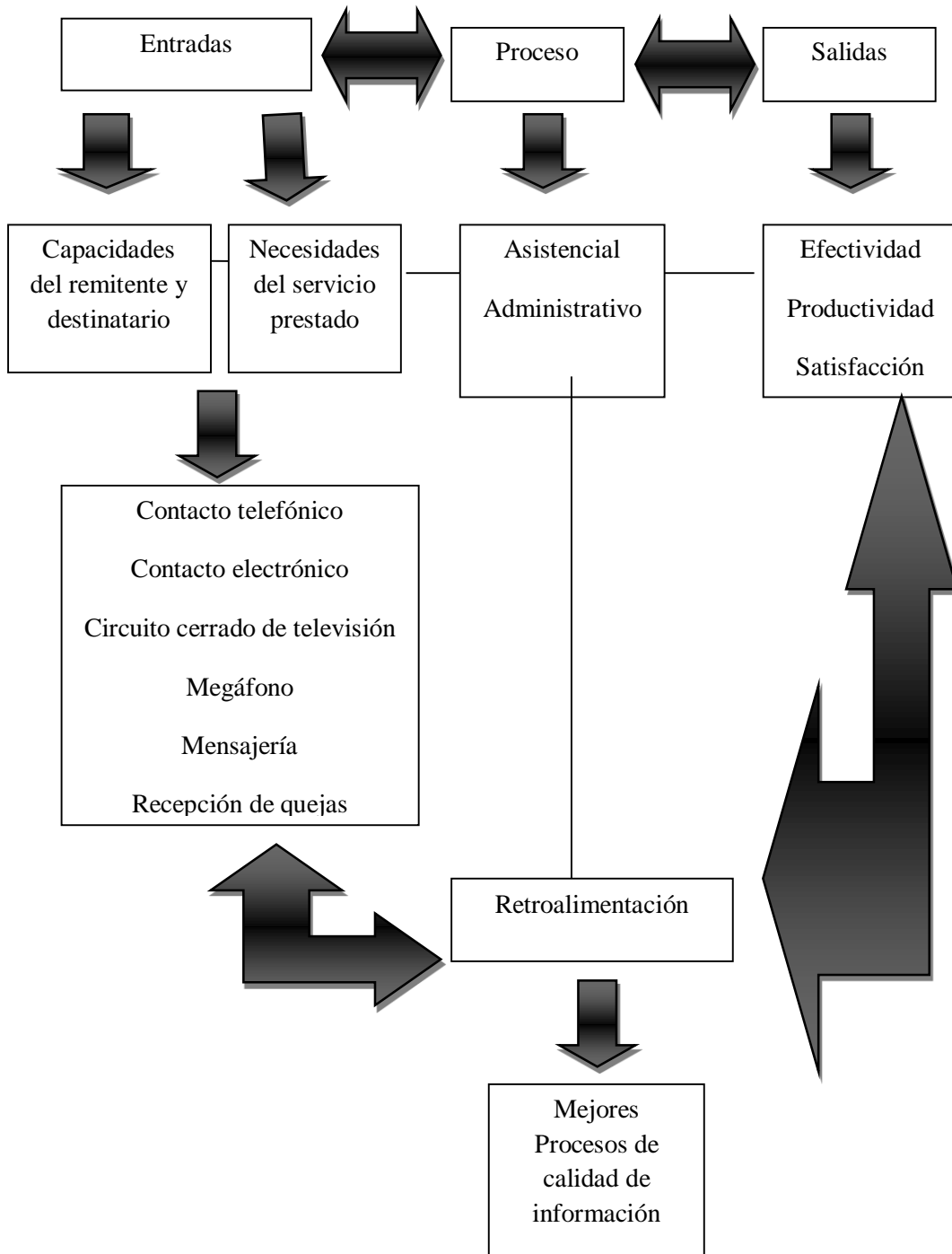
3.3.1. Socializar la GP 1000 y su importancia con la organización. Para las organizaciones estatales en este caso una institución de salud la certificación en calidad es de suma importancia, pues es esta la que le da la importancia y el estatus necesario a los procesos que se manejan a demás determina el grado de seguridad y cumplimiento que se logran con los procesos, los anteriores son factores determinantes en las gestiones económicas o de consecución de recursos para mejorar e implementar nuevos servicios logrando así una satisfacción de necesidades en la comunidad ya que la salud es un derecho fundamental inviolable y de suma necesidad prestarlo con un alto estándar de responsabilidad y calidad, pues de ello depende la vida de los pacientes y el futuro de las personas que prestan sus servicios.

Por lo tanto se determinó entre los diferentes factores influyentes en la norma uno que quizá sea el más importante en una institución para prestar un alto servicio de calidad y sostener las posibilidades de nuevas implementaciones este es sistema de información y comunicación que hace parte del sistema integrado de calidad que se está implementando en la institución y que busca ser acreditado.

La comunicación sin lugar a dudas tanto interna como externamente es un factor complejo de manejar ya que la naturaleza y la esencia de la información precisa depende de muchos factores culturales derivados del comportamiento humano. Hay personas cautelosas, precisas y responsables con la información que transmiten, pero así mismo hay personalidades con un alto nivel de dificultad para recepcionar información y este último puede crear informaciones retrasadas, información de baja calidad no idónea para los procesos que se desarrollan diariamente. Por lo tanto es importante retroalimentar los canales de comunicación y reiterar la importancia de información escrita sea física o magnética, puesta le da al recepcionador de información seguridad para emitirla y bases sólidas para trabajarla.

Por los anteriores y otros factores que el grupo auditor ha observado directamente sean retroalimentados los sistemas de información y para que sea mucho más fácil de comprenderlos sean realizado gráficos de conocimiento general sobre el protocolo para transmitir información tanto interna como externa.

Cuadro 15. Proceso de recolección de información.



Fuente. Pasante del proyecto

El anterior grafico muestra como todas las personas influyentes en los procesos de los servicios prestados y los procesos de mejoramiento pueden recepcionar y compartir

información esto con el fin de que principalmente los empleados tengan conocimiento de cómo hacerlo ya que las funciones de algunas dependencias dependen de otras y se necesita de manera exacta y clara la información para poder actuar. Así mismo la persona que desee compartir alguna información podrá elegir bajo su criterio el más apto para realizar dicho procedimiento.

Para la recepción de información externa, como quejas, requerimientos, reclamos se creó un formato y un buzón de sugerencias en cada uno de los procesos tanto administrativos como asistenciales de la sede principal y de las 11 UBAS donde se prestan servicios.

Cuadro 16. Formato de recolección de quejas

formato de recolección de queja		
Nombre del usuario	fecha:	Cel.
Dirección:	tipo de servicio:	
Nombre del médico o administrativo:		
situación		
<p>En este espacio el usuario diligenciará la queja. Primero que todo llenar los datos de la parte superior donde proporcionará información suya como su nombre, teléfono y dirección de contacto para poder darle respuesta posteriormente a la queja, reclamo o petición que está realizando.</p> <p>En la parte inferior donde encuentra el espacio en blanco el usuario debe de proporcionar el tipo de servicio y el nombre o dependencia donde sucedió el hecho, posteriormente debe realizar un relato de lo sucedido. La persona encargada de la revisión de las quejas y reclamos debe diligenciar la misma requiriendo los descargos correspondientes y dándole solución pronta al usuario si esta es considerada válida en la extensión.</p>		

Fuente. Pasante del proyecto

3.3.2. Capacitación de usuarios con respecto a los servicios que se prestan en la sede principal y la 11 UBAS, además de la socialización del sistema obligatorio de garantía a la calidad. Desacuerdo a la vida actual del mundo empresarial e institucional el termino capacitación y sistemas de información, están cambiando las formas de trabajo de las empresas, los sistemas d información ayudan a acelerar los procesos, por lo tanto las organizaciones que los implementan logran ventajas competitivas al adoptarlos en sus funciones. Las capacitaciones a los usuarios proporcionan descongestión y se usan para proporcionar dentro y fuera de la institución habilidades necesarias que mejoran la calidad de los servicios prestados.

En el caso de la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares la capacidad de información que se brinda a los usuarios puede influir determinadamente en el proceso de calidad que se está enfrentando en este momento ya que generaría un servicio más eficaz al usuario conocer los servicios que se prestan en otros centros médicos adscritos a la E.S.E. y que descongestionaría las diferentes salas de espera. De esta manera ni los usuarios ni los prestadores del servicio se saturarían; ya que los primeros al conocer otros puntos y al saber que se prestan los mismos servicios que en la sede principal se acercarían a su UBA más cercana y los segundo tendrían más tiempo para atender mejor la demanda de los servicio. Por lo tanto se vio la necesidad de socializar con los usuarios en diferentes oportunidades sobre las 11 UBAS que componen la E.S.E. y los servicio que presta, así mismo también se les dio a conocer información sobre el proceso de implementación y acreditación del sistema integrado de calidad y de la importancia que constituye que ellos sean partícipes de la mejora de los servicios.

Los temas principales que se abordaron en los diferentes acercamientos realizados en las salas de espera, en ferias institucionales creadas por la E.S.E. solo para este propósito y en la aplicación de las encuestas fueron:

Sistema obligatorio de la garantía de la calidad. El propósito central del Ministerio de Protección Social mediante la creación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad (SOGC), es “generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”. Para ello las organizaciones deben establecer acciones que de manera continua y sistemática, permitan el cumplimiento y seguimiento de estándares determinados como básicos, alcancen estándares superiores y obtengan un nivel de autocontrol. Para que estas acciones sean posibles se presenta el componente de auditoria, como el encargado de hacer una sinergia de cada uno de los componentes del SOGC cuyo enfoque implica el uso de metodologías que parten de problemas de calidad, interpretando este concepto como la calidad deseada que no se consigue o el resultado no deseado que se presenta en la atención del paciente.

Desde esta óptica la auditoria propiamente dicha parte de la adopción de procesos prioritarios, es decir aquellos problemas de calidad que una vez ordenados según su relevancia e impacto permiten distinguir aquellos que representan mayor riesgo en la prestación de los servicios de salud y sobre los cuales se deben concentrar los esfuerzos que promuevan el incremento de resultados favorables y protejan al paciente del deterioro o la muerte.

Siendo el proceso de atención de los diferentes servicios y de los procesos seleccionados como prioritarios para la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares se hace necesario que en el interior de cada uno de los servicios se diseñe un Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), cuya finalidad sea ofrecer un mecanismo de evaluación y control interno de aquellos problemas de calidad más relevantes y con impacto directo sobre el paciente en el proceso de atención enfocado este desde el punto de vista de ACREDITACION.

Por lo anteriormente expuesto se tomará como base el Anexo Técnico 1 de la Resolución 2003 del 2014, iniciando por una auto-evaluación de la situación actual de la institución frente a este requisito normativo, el resultado de esta evaluación será comparado con la calidad esperada por la institución la cual se encuentra en su manual de calidad y con el cumplimiento estricto de los criterios de evaluación de la normatividad en habilitación.

Prestación de servicios. La ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares también cuenta con una infraestructura que dispone de confortables instalaciones físicas y personal altamente calificado garantizando calidad en el servicio prestado, de esta manera se prestan los siguientes servicios: Sede principal.

Hospitalario. General Adultos, General Pediátrica, Psiquiatría o Unidad de Salud mental, Obstetricia.

Quirúrgicos. Cirugía General, Cirugía Gineco-Obstetricas, Cirugía Ortopédica, Cirugía Otorrinolaringología, Cirugía Oftalmología, Cirugía Urología, Cirugía Maxilofacial, Anestesiología.

Consulta externa. Medicina General, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Pediatría, Ortopedia y/o Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología Dermatología, Psiquiatría, Anestesia, Optometría, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología y /o terapia del lenguaje.

Nutrición y dietética. Odontología general, Psicología, Terapia ocupacional, Terapia respiratoria, Urología, Maxilofacial.

Promoción y prevención. Vacunación, Atención preventiva salud oral, Planificación familiar, Promoción en salud.

Urgencias y otros servicios. Servicios de urgencias, Sala de enfermedades respiratorias agudas (ERA), Sala de reanimación, Sala general de procedimientos menores.

Transporte. Transporte asistencial básico, Transporte asistencial musicalizado.

Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. Laboratorio clínico, Radiología e imágenes diagnósticas, Toma de muestra de laboratorio clínico, Transfusión sanguínea, Servicio farmacéutico, Toma de muestras, citologías servicio-uterinas, Esterilización, Toma e interpretación de radiologías odontológicas, Electro diagnóstico.

Socialización de información sobre la UBAS y sus servicios.

UBA TORCOROMA. Medicina general, Enfermería, Vacunación, Promoción en salud, Odontología, Atención preventiva en salud oral, Toma de muestras en laboratorio, Planificación familiar.

UBA CRISTO REY. Medicina general, Enfermería, Vacunación, Promoción en salud, Odontología, Atención preventiva en salud oral, Planificación familiar.

UBA PROMESA DE DIOS. Medicina general, Enfermería, Vacunación, Promoción en salud, Odontología, Laboratorio clínico, Toma de muestras en laboratorio, Planificación familiar.

UBA BUENAVISTAS – AGUAS CLARAS – PUEBLO NUEVO. Medicina general, Enfermería, Vacunación, Promoción en salud, Odontología, Atención preventiva en salud oral, Toma de muestras en laboratorio, Planificación familiar.

UBA OTARE. Medicina general, Enfermería, Vacunación, Promoción en salud, Odontología, Atención preventiva en salud oral, Toma de muestras en laboratorio, Planificación familiar, Transporte asistencial básico.

UBA SAN CALIXTO – TEORAMA – HACARI. Medicina general, Enfermería, Vacunación, Promoción en salud, Odontología, Atención preventiva en salud oral, Toma de muestras en laboratorio, Planificación familiar, Laboratorio clínico, Toma de muestras en laboratorio, Planificación familiar, Servicio de urgencias, Transporte asistencial básico.

4. DIAGNOSTICO FINAL

Al ingresar al área de auditoria de calidad medica se observó y posteriormente se evidencio que era un área que recién empezaba a realizar un trabajo duro y extenso que a futuro traerá grades satisfacciones a la organización porque está dotado de personal muy capacitado y entregado a lo que hace. No es fácil retroalimentar un proceso que se diseñó hace muchos años y que se ha venido ejecutando por varias décadas de una manera sincrónica. La E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares al igual que las demás instituciones futuristas y publicas que deben cumplir con normatividades vigentes está a la vanguardia del cambio, creando nuevos espacios que permitan mejorar la calidad del servicio que día con día se presta en un entorno tan congestionado e inmerso en el conflicto como es la provincia de Ocaña. A un así la institución logro crear 11 UBAS con la finalidad de descongestionar el servicio en la sede principal pero esto no ha sido posible. Por ende se vio la necesidad de crear nuevos proyectos que mejoraran este servicio, que mantuvieran a la institución más cerca del usuario, de sus necesidades, para poder ejecutar estrategias que las cubran. El área de auditoria de la calidad médica es una estrategia movida por la ilusión de trabajar a un ritmo más acelerado y con un servicio de más alta calidad, pero esto aún no es suficiente pues se creó el plan estratégico de calidad y su implementación y acreditación serian un gran logro para dicha institución que ha trabajado durante muchos años en pro del bienestar y la dignidad humana.

Se logró consolidar el programa de salud ocupacional que ayudo a que los funcionarios se sintieran más agusto con sus funciones a la hora de realizar el trabajo y esto fue un factor que influyó positivamente el proceso de calidad que se está implementando, dado que si los funcionarios se sientes motivados realizaran las funciones con más calidad. La anterior también ayudo a definir mejor las cargas laborales a distribuir mejor el personal a capacitar mejor el personal y lo más importante se logró comprometer al personal con este gran proceso llamo implementación y acreditación del sistema integrado de calidad. La creación de los espacios para socializar los resultados de este proyecto crearon ventajas para el grupo encargado ya que el proceso se dinamizo, se aprovechó y se empezó a fortalecer el trabajo en equipo y se empezó a propiciar un ambiente sano, seguro y agradable de trabajo que finalmente favorece al proceso en curso y sobre todo a los usuarios por que reciben una mejor atención.

Hacer parte de este grupo de trabajo fue satisfactorio por el aprendizaje que se logro fue una aprendizaje integro ya que cada uno de los objetivos planeados no solo conllevaban al conocimiento científico e investigativo si no también moral. El tener contacto con los usuarios y conocer sus opiniones y necesidades le da al grupo auditor de calidad y más a mí como pasante bases sólidas ya que era nueva en este proceso para poder caracterizar bien los procedimientos y lograr realizar un apoyo significativo a la gran estrategia de calidad. El poner en conocimiento de todos los funcionarios y contratistas el proceso que se estaba ejecutando fue de gran ayuda para las visitas que ha realizado el ministerio de salud ya que ha permitido organizar y crear documentos no existentes en el momento, todo con la colaboración de los lideres pues sin ellos sería casi imposible realizar una verificación racional de información. Por otro lado socializar o capacitar a los usuarios sobre los

servicios que presta la E.S.E. en la sede principal y sobre todo el 11 UBAS le ha permitido a la institución tener un desahogo durante los últimos dos meses, ya que muchos usuarios han adoptado por visitar los centros médicos más cercanos, donde se están prestando casi todos los servicios.

5. CONCLUSIONES

Se realizó la evaluación de satisfacción de los usuarios de la E.S.E. con respecto a la calidad del servicio prestado. Así mismo la información recolectada permitió retroalimentar en primer lugar la información que hasta el momento se había obtenido como resultado de las diferentes auditorías y en segundo lugar ajustar los formatos y planes establecidos teniendo en cuenta la opinión de los usuarios quienes son la materia fundamental de la E.S.E.

Se llevó a cabo la construcción de la ruta de caracterización tanto de los procesos asistenciales como administrativos. Así mismo se planeó y se propuso el plan de mejoramiento y el plan de monitoreo y control el cual se está efectuando periódicamente, de manera que se logre verificar la adherencia y funcionalidad de la propuesta en ejecución.

Se realizó la respectiva capacitación a los usuarios día a día por un periodo determinado de 1 mes y se determinó que estas capacitaciones se realizarían 2 veces por semestre ya que la estrategia ha dado frutos con respecto a los conocimientos sobre los servicios ofertados en la sede principal y en los demás puntos, ayudando así a la descongestión de las salas de urgencias y de consulta externa.

6. RECOMENDACIONES

Realizar más estudios que evidencien las necesidades de los usuarios para mejorar constantemente el servicio prestado y los procesos de calidad que se están ejecutando en la institución.

Durante el proceso de caracterización se evidencio que algunas dependencias no cumplen con lo estipulado y si no se realizaba la verificación correspondiente no se podría evidenciar lo sucedido, por ende es recomendable que el grupo auditor tenga más contacto con la documentación de los procesos administrativos y asistenciales, para poder realizar una verificación más profunda.

Crear más espacios de socialización con grupos de trabajo diferentes para seguir reforzando el trabajo en equipo y las intercomunicaciones entre ellos.

REFERENCIAS DOCUMENTALES ELECTRONICAS

ACUERDO DISTRITAL. Características del sistema de Gestión de Calidad. [En línea]. Actualizado en el 2014. [Citado el 20 de abril de 2014]. Disponible en internet en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=11232>

CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD. Sentencia de la Corte. [En línea]. Actualizado en el 2014. [Citado el 20 de Abril de 2015]. Disponible en internet en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/C-826-13.htm>

DECRETO NACIONAL 1410. Ley 872 del 2003. Sistema de Gestión de Calidad. [En línea]. Actualizado en el 2014. [Citado el 20 de abril de 2015]. Disponible en internet en <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=11232>

Importancia del SGS. Colombia ISO 9001. [En línea]. Actualizado en el 2014. [Citado en abril 20 de 2015]. Disponible en internet en: <http://www.sgs.co/es-ES/Health-Safety/Quality-Health-Safety-and-Environment/Quality/Quality-Management-Systems/ISO-9001-Certification-Quality-Management-Systems.aspx>


RESOLUCIÓN 246. Adopción del sistema de Gestión de Calidad. [En línea]. Actualizado en el 2014. [Citado el 20 de abril de 2015]. Disponible en internet en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/C-826-13.htm>

Sistema de Gestión de Calidad. Ucc. [En línea]. Actualizado en el 2013. [Citado en Abril 20 de 2015]. Disponible en internet en: <http://www.ucc.edu.co/sistema-gestion-integral/Paginas/sistema-gestion-calidad.aspx>

CREACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD. Sentencia de la Corte. [En línea]. Actualizado en el 2014. [Citado el 20 de Abril de 2015]. Disponible en internet en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/C-826-13.htm>

ANEXOS

Anexo A. Encuesta dirigida a la comunidad Ocañera

	<p>ENCUESTA DIRIGIDA A LA COMUNIDAD OCAÑERA</p>	
<p>Objetivo. Conocer el nivel de la calidad del servicio prestado por la E.S.E. a la comunidad Ocañera</p> <p>1. Califique si la atención del servicio prestado por la E.S.E. es ágil y eficaz entre los siguientes rangos?</p> <p>Malo _____ Regular _____ Bueno _____ Muy Bueno _____ Excelente _____</p> <p>2. El trato que recibe del personal médico que le presta el servicio es?</p> <p>Grosero y poco cordial _____ Amable y Respetuoso _____</p> <p>3. La E.S.E. le brinda información completa sobre los servicios que prestan y el conducto regular para solicitar los mismos?</p> <p>Sí _____ No _____</p> <p>4. Califique la atención o amabilidad del Personal administrativo que lo asiste en la solicitud del servicio es?</p> <p>Malo _____ Regular _____ Bueno _____ Muy Bueno _____ Excelente _____</p> <p>5. utiliza frecuentemente los servicios de la E.S.E.?</p> <p>Nunca _____ Algunas Veces _____ Casi siempre _____ Siempre _____</p> <p>6. califique entre el siguiente rango la calidad del servicio en general (consulta externa como urgencias y servicio administrativo) que presta la E.S.E.</p> <p>Malo _____ Regular _____ Bueno _____ Muy Bueno _____ Excelente _____</p> <p>7. utilizaría Nuevamente los servicios que presta la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares?</p> <p>Sí _____ No _____</p> <p>8. Se siente satisfecho con el servicio que presta la sala de urgencias de las E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares?</p> <p>Sí _____ No _____</p>		

Anexo B. Evidencias fotográficas





