	UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA			
	Documento	Código	Fecha	Revisión
	FORMATO HOJA DE RESUMEN PARA TRABAJO DE GRADO	F-AC-DBL-007	10-04-2012	A
Dependencia	Aprobado		Pág.	
DIVISIÓN DE BIBLIOTECA	SUBDIRECTOR ACADÉMICO		1(179)	

RESUMEN – TRABAJO DE GRADO

AUTORES	CLAUDIA MERCEDES BENAVIDES CARRASCAL		
FACULTAD	CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS		
PLAN DE ESTUDIOS	ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS		
DIRECTOR	ELIZABETH BENAVIDES CARRASCAL		
TÍTULO DE LA TESIS	ACOMPAÑAMIENTO EN EL AREA DE AUDITORIA Y CALIDAD PARA EL MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS DE ACREDITACION DE LA E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES EN LA CIUDAD DE OCAÑA		
RESUMEN (70 PALABRAS APROXIMADAMENTE)			
<p>EL DECRETO NO. 903 DE 2014 CONTEMPLA EL FIN DE LA MODERNIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE UNO DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD QUE ES EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN, SISTEMA QUE SE REGLAMENTÓ DESDE EL AÑO 2002 CON LA RESOLUCIÓN 1774; SE MODIFICÓ CON LA RESOLUCIÓN 1445 DE 2006 Y 123 DE 2012 Y QUE CON EL DECRETO EN MENCIÓN.</p>			
CARACTERÍSTICAS			
PÁGINAS: 179	PLANOS: 0	ILUSTRACIONES: 5	CD-ROM: 1



ACOMPañAMIENTO EN EL AREA DE AUDITORIA Y CALIDAD PARA EL
MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS DE ACREDITACION DE LA E.S.E. HOSPITAL
EMIRO QUINTERO CAÑIZARES EN LA CIUDAD DE OCAÑA

AUTOR:

CLAUDIA MERCEDES BENAVIDES CARRASCAL

Trabajo de grado bajo la modalidad de pasantías Optar el título de Administrador de Empresas

Directora:

ELIZABETH BENAVIDES CARRASCAL

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER OCAÑA

FACULTAD CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECÓNOMICAS

ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Ocaña, Colombia

Agosto de 2016

Advertencia

La universidad Francisco de paula Santander no es responsable de los conceptos emitidos en este trabajo de grado.

Acuerdo 025 de octubre de 1970, artículo 159

Agradecimiento

La pasante da los agradecimientos a:

A la directora de la pasantía administradora de empresas, especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoría en Servicios de Salud ELIZABETH BENAVIDES CARRASCAL

Por su colaboración en la realización del presente informe.

A todos los docentes que de una u otra forma contribuyeron con el logro del desarrollo de este trabajo.

A la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña.

Índice

	Pág.
Capítulo 1: Acompañamiento en el área de auditoria y calidad para el mejoramiento de los procesos de acreditación de la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares en la ciudad de Ocaña	1
1.1 Descripción de la empresa.	1
1.1.1 Misión.	6
1.1.2 Visión.	6
1.1.3 Objetivos de la Empresa.	7
1.1.4 Descripción de la Estructura Organizacional.	8
1.1.5 Descripción de la dependencia y/o proyecto asignado.	11
1.2 Diagnóstico inicial de la dependencia asignada.	12
1.2.1 Planteamiento del problema.	20
1.3 Objetivos de la pasantía.	21
1.3.1 General.	21
1.3.2 Específicos.	21
1.4 Descripción de las actividades a desarrollar.	22
 Capítulo 2: Enfoque referencial	 24
2.1 Enfoque conceptual.	24
2.2 Enfoque legal.	39
 Capítulo 3: Informe de cumplimiento de trabajo	 48
3.1 Presentación de resultados.	48
3.1.1 Diagnosticar la situación actual en el área de auditoria y calidad en lo referente a los procesos de acreditación y normas fundamentales.	48
3.1.2 Identificar los procesos que requieren de un control y seguimiento permanente para el cumplimiento de los procesos de acreditación de la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares.	70
3.1.3 Apoyar la implementación de barreras de seguridad, necesarias para el programa paciente seguro en la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares.	83
 Capítulo 4: Diagnóstico final	 91
 Capítulo 5: Conclusiones	 93
 Capítulo 6: Recomendaciones	 94
 Referencias	 95
 Apéndices	 98

Lista de tabla

	Pág.
Tabla 1. Matriz DOFA	15
Tabla 2. Actividades	22
Tabla 3. Equipo operativo dependencia auditoria de calidad y líderes implementadores de acreditación	52
Tabla 4. Estándares del proceso de atención al cliente asistencial	53
Tabla 5. Estándares de Acreditación.	57
Tabla 6. Grupo de estándares de apoyo	58
Tabla 7. Estándares SUA implementados en la E.S.E HEQC	75
Tabla 8. Lista de formatos actualizados	79

Lista de figura

	Pág.
Figura 1. Organigrama	10
Figura 2. Total estándares de SUA (Sistema Único de Acreditación)	61
Figura 3. Componentes	72
Figura 4. Identifica el riesgo de tu paciente	89
Figura 5. Salvar vidas está en tus manos	90

Lista de apéndices

	Pág
Apéndice 1. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia.	99
Apéndice 2. Norma fundamental	112
Apéndice 3. Foto socialización.	129
Apéndice 4. Lista de asistencia a la socialización de estrategias	137
Apéndice 5. Normas sobre Auditoria para el mejoramiento de la Calidad.	138
Apéndice 6. Normas sobre el sistema único de acreditación.	145
Apéndice 7. Sistema de Información para la Calidad	146
Apéndice 8. Objetivos del programa de seguridad del paciente	149
Apéndice 9. Política del programa de seguridad del paciente.	150
Apéndice 10. Definiciones del programa de seguridad del paciente.	156
Apéndice 11. Barreras de seguridad que previenen la ocurrencia de eventos adversos.	161
Apéndice 12. Deberes y derechos de los pacientes en la E.S.E HEQC	162
Apéndice 13. Plegables del programa de seguridad del paciente	164

Resumen

El Sistema Único de Acreditación en Salud permite a las entidades e instituciones promotoras y prestadoras del servicio de salud, a las entidades administradoras de riesgos laborales, la implementación voluntaria de los procesos y herramientas, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del estado, la inspección, vigilancia y control de la Supervivencia Nacional en salud.

De acuerdo con el decreto No. 903 de 2014 se tiene como fin la modernización y actualización de uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud que es el Sistema Único de Acreditación, sistema que se reglamentó desde el año 2002 con la Resolución 1774; se modificó con la Resolución 1445 de 2006 y 123 de 2012 y que con el Decreto en Mención se ajusta para fortalecer la implementación de estándares superiores de calidad en la atención en salud.

El programa de seguridad del paciente y la atención segura, muestra los componentes fundamentales de todo programa institucional de seguridad del paciente y las actividades clínicas relacionadas; las cuales implementadas de manera sistémica, rigurosa y constante, deben llevar a la disminución, al mínimo posible de eventos adversos.

Se busca que los profesionales de la salud desarrollen un comportamiento seguro; este se caracteriza por:

Permitir que sea el experto quien haga las cosas

Confiar cada vez menos en la memoria

Gestionar el riesgo de cada actividad

Alertar sin miedo sobre el error

Compartir el aprendizaje

Ante la duda, pedir ayuda - o Adhesión a las guías de práctica clínica

Adhesión a las guías de procedimientos de enfermería

Introducción

La presente pasantía tiene como finalidad permitir a las entidades prestadoras del servicio de salud implementar de forma voluntaria el Sistema Único de Acreditación como estrategia y metodología de mejoramiento continuo de la calidad específica para las instituciones de la salud de larga trayectoria.

En este informe se identifican los usuarios del servicio, las políticas de calidad, los deberes y derechos, se formulan estrategias y herramienta de seguridad necesarias para el programa de paciente seguro, se realizan actividades de motivación para líderes implementadores de tal manera que se integren y se sientan identificados con los objetivos que persigue la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares.

Por ultimo hay que aclarar que con este documento se pretende facilitar a las instituciones del estado la implementación del sistema único de calidad, y el apoyo al programa de seguridad del paciente.

El objetivo de este trabajo es el acompañamiento en el área de auditoria y calidad para el mejoramiento de los procesos de acreditación de la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares en la ciudad de Ocaña, diagnosticar la situación actual en el área de auditoria y calidad en lo referente a los procesos de acreditación y normas fundamentales, al mismo tiempo identificar los procesos que requieren de un control y seguimiento permanente para el cumplimiento de los

procesos de acreditación y apoyar la implementación de barreras de seguridad, necesarias para el programa paciente seguro.

Capítulo 1. Acompañamiento en el área de auditoria y calidad para el mejoramiento de los procesos de acreditación de la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares en la ciudad de Ocaña

1.1 Descripción de la empresa.

Nuevamente al igual que con la fundación de Ocaña, la Ciudad de Pamplona jugó un papel muy importante en materia de salud con la fundación del primer Hospital denominado SAN JUAN DE DIOS, en 1622 en la ciudad de Pamplona, por la comunidad de los hermanos de San Juan de Dios, se hace necesario fundar uno en la Ciudad de Ocaña, es así que desde Pamplona, se trasladan seis (6) religiosos en el año 1645 y fundan un hospital manicomio que además prestaba los servicios en Medicina General, dicho centro hospitalario funcionó poco tiempo en una casa ubicada en el Barrio San Agustín cerca al convento de la capilla de San Sebastián; este Hospital se terminó debido a las guerras de la época y a la expulsión de los religiosos de la Nueva Granada. (Alvarez, 2016)

Luego a Mediados del siglo XVIII, se fundó una clínica que también funcionó en el barrio San Agustín, más concretamente en la casa de los COLOBON, donde funcionaba la panadería la INSUPERABLE, y quién fuera propietario el controvertido presbítero padre BUZETA. (Alvarez, 2016)

En el año 1888 llegó a Ocaña, el pavoroso azote de la FIEBRE AMARILLA, dejando la ciudad reducida a menos de su tercera parte; ante esta epidemia y desolación y ante la ausencia

de una Institución Hospitalaria, mediante Decreto Eclesiástico No, 203 de 1890 emanado de la Diócesis de Santa Marta se autorizaba al Párroco RAFAEL CELEDÓN de la parroquia de Santa Ana de Ocaña, la creación del Hospital de Caridad SANTA ANA DE OCAÑA, con escritura pública No. 445 del 25 de julio de 1890, el cual inició labores el 1° de febrero de 1891 en el sitio denominado "El Llano de Echávez". (Alvarez, 2016)

La Resolución No. 06 del 16 de marzo de 1937 del Consejo Municipal de Ocaña, cambia su nombre por el del Hospital Civil de Ocaña y faculta al Director del mismo. La Resolución Ejecutiva No.90 del 18 de septiembre de 1939, le concede Personería Jurídica.

Desde diciembre de 1955, ofrece sus servicios en el local donde actualmente funciona, adoptando el nombre de HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES, por Resolución No.23 de 1960. El Doctor Emiro Quintero Cañizares, en su condición de Secretario General de Salud hizo posible su construcción y dotación. (Alvarez, 2016)

El Acuerdo del Concejo Municipal No.27 de 1938 establece los estatutos que posteriormente fueron reformados por la Resolución No. 001 de 1960, emanada de la Junta Directiva y que define claramente su finalidad. Su nivel de atención se determinó en 1960, cuando Norte de Santander fue tomado como uno de los Departamentos de prueba en la implantación de la regionalización según el plan Piloto estructurado por Min salud, O.P.S., UNICEF, con el fin de descentralizar la cuatro (4) especialidades básicas: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia. (Alvarez, 2016)

En el año de 1990 se inician los trabajos de remodelación que se terminan a finales de 1995. Se le da vida jurídica 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 Gonzáles del Departamento del Cesar. (Alvarez, 2016)

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. (Alvarez, 2016)

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: (Alvarez, 2016)

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 Gineco-Obstetricia.

Sala de Procedimientos.

Servicio de Rayos X 24 horas.

Servicio de Laboratorio Clínico 24 horas.

Cirugía General, Gineco-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) (Alvarez, 2016)

HOSPITALIZACIÓN

Cinco áreas de atención por especialidades:

Gineco-Obstetricia

Medicina Interna

Pediatría

Cirugía

Psiquiatría

QUIRÓFANOS Y SALAS DE PARTO

Especialidades quirúrgicas:

Cirugía General.

Ortopedia y Traumatología.

Dermatología

Gineco-Obstetricia.

Otorrinolaringología

Oftalmología.

Anestesiología.

Cirugía Ambulatoria. (Alvarez, 2016)

CONSULTA EXTERNA

Medicina General.

Medicina Especializada.

Cirugía General.

Ortopedia y Traumatología.

Gineco-Obstetricia.

Medicina Interna.

Anestesiología.

Dermatología.

Otorrinolaringología.

Psiquiatría.

Odontología.

Promoción y Prevención. (Alvarez, 2016)

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 la salud en la sede principal y redes integradas; basadas en la participación social, y en el desarrollo del talento humano, la relación docencia-servicio e investigación con tecnología apropiada en pro de la sostenibilidad financiera, respetando la dignidad del individuo, con enfoque referencial, enfoque de género, enfoque de derechos logrando satisfacer las necesidades en salud. (Alvarez, 2016)

1.1.2 Visión. Para el año 2023 la ESE Emiro Quintero Cañizares quiere ser reconocida en el Nororiente Colombiano como una institución líder en salud, en la prestación de servicios, modelo de atención, acreditada promoviendo la atención, 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. (Alvarez, 2016)

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.

Prestar servicios de salud que satisfagan de manera óptima las necesidades y expectativas de la población en relación con la promoción, el fomento y la conservación de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Satisfacer las necesidades esenciales y secundarias de salud de la población usuaria a través de acciones gremiales, organizativas, técnico-científicas y técnico-administrativas.

Desarrollar la estructura y capacidad operativa de la Empresa mediante la aplicación de principios y técnicas gerenciales que aseguren su supervivencia, crecimiento, calidad de sus recursos, capacidad de competir en el mercado y rentabilidad social y financiera.

1.1.4 Descripción de la Estructura Organizacional. La empresa E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares dentro de su estructura organizacional está regida por una Junta Directiva es el órgano permanente de gestión y dirección a su cargo tiene las atribuciones de toma de decisiones; que la vez tiene una junta veedora de línea staff, su objetivos específicos es contribuir con el adecuado funcionamiento de la misma; después en la escala es el Gerente de la empresa su cargo es manejo adecuado y organización de la empresa, con apoyo de la los comités de coordinación de Control interno y comisión de personal cuyas funciones son el de Asesorar a la Alta Dirección en el establecimiento, perfeccionamiento y mantenimiento del Sistema de Control Interno y Formular políticas que generen un ambiente adecuado de autocontrol a través de acciones de mejoramiento institucional, que su vez cuenta con líneas de asesoría en la parte jurídica.

Siguiendo con el orden jerárquico en la misma línea funcional también cuenta con un comité de bienestar social cuyas funciones son el mejoramiento continuo de las condiciones de vida y el ambiente laboral de los empleados y hacer seguimiento y evaluación de los mismos. Y el comité de higiene y seguridad industrial que es el encargado regular y periódicamente de las

actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos con una línea asesora en la planeación de los mismos.

Continuando en este orden se encuentra el área de subdirección científica la cual se encarga de la comprensión global de visión de sector salud evaluado a su vez por una línea asesora de autoría medica del cual se derivan los servicios médicos como lo son el Hospitalario, ambulatorio y de apoyo.

Dentro de la misma línea jerárquica encontramos los departamentos de finanzas, personal, servicios generales, de equipos, suministros y mantenimientos de equipos, cuyas funciones son tipo cuántico y técnico operativo.

Organigrama ESE HEQC. Actualmente se cuenta con un organigrama estructurado.

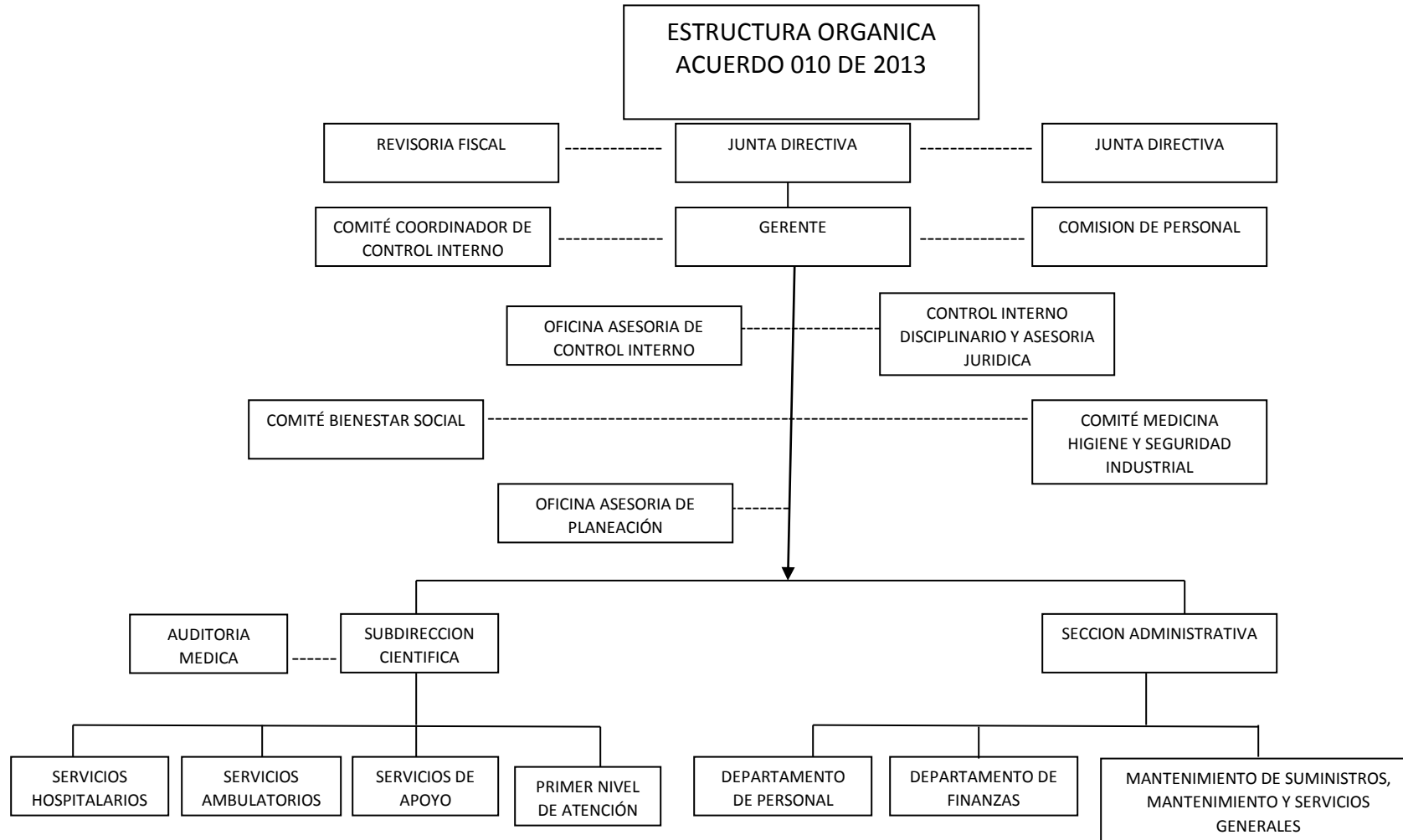


Figura 1. Organigrama

Nota: Fuente: ESE HOSPITAL EMIERO QUINTERO CAÑIZARES.

1.1.5 Descripción de la dependencia y/o proyecto asignado. El esfuerzo de las organizaciones para alcanzar la calidad y productividad llevaron una serie de medidas como la creación de un departamento de auditoria y calidad cuyas funciones se orientaban a inspeccionar, controlar y validar los procesos.

En la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares se cuenta con un departamento de Auditoria y calidad cuyas funciones son el desarrollar, implementar, comunicar y mantener un plan de mejora continúa para unir los sistemas y políticas de calidad de la compañía en armonía con los requerimientos del sistema de gestión de calidad.

Así mismo administrar la documentación asociada a los lineamientos de sistemas de calidad, liderar proyectos para aseguramiento de la eficiencia y eficacia incluyendo la determinación de tiempos, planes y posiciones estratégicas.

Otro factor importante es administrar y mantener los aspectos de calidad del programa de control de diseño incluyendo la elaboración de la documentación de entrada y salida, análisis de riesgos, actividades de verificación y validación y reseñas de diseño formales. También fomentar el liderazgo en el desarrollo y direccionamiento e iniciativas de mejoramiento de calidad para todos los productos, procesos y servicios.

Manejar el entrenamiento de todo el personal de la compañía en los requerimientos, documentación y mantenimiento del sistema de calidad corporativo.

Este departamento es responsable de establecer los criterios necesarios para aprobación de estos procesos, asimismo, la aprobación de los equipos y la calificación del personal como la utilización de métodos y procedimientos específicos. (Cañizares, 2014)

1.2 Diagnóstico inicial de la dependencia asignada.

Los hospitales públicos en Colombia después de la ley 100 del año 1993, se convirtieron en empresas sociales del estado donde se les otorga autonomía administrativa y financiera, auto sostenibilidad y libre competencia en la venta de servicios de salud.

La E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares cuenta con un área de gran importancia dentro del área de auditoría y calidad que es llamado Sistema Único de Acreditación, ya que esta es la encargada del mejoramiento continuo de la calidad específica para las instituciones de la salud de larga trayectoria. En nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, establecido mediante el Decreto 1011 de 2006, la acreditación en salud está planteada como uno de los componentes para obtener el objetivo del mejoramiento continuo de la calidad; consecuentemente, para que una entidad pueda aplicar ante el ente acreditador para optar al otorgamiento del título de “acreditado en salud” debe ser previamente habilitado, verificado su cumplimiento por el ente correspondiente y no estar sujeto a ninguna sanción en el último año como mínimo.

El Sistema Único de Acreditación está completamente articulado con los demás componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de la atención en salud.

En tanto que la habilitación está planteada para proteger al paciente en la prestación del servicio de los cuales los riesgos sean potencialmente inaceptables desde el punto de vista del sistema; la acreditación dirección hacia la excelencia en el desempeño.

En el momento de ingreso para el desarrollo de las pasantías, fue asignada en el departamento de auditoria y calidad donde se realiza toda la normatividad en cuanto al sistema de gestión de la calidad pues se encuentra en proceso de acreditación.

Se encontró que la empresa se encuentra en proceso de acreditación en la gestión de la calidad, lo cual es de vital importancia que se actualice los procesos de acuerdo a lo reglamentado a la norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000:2009 la cual es una norma que dentro de sus generalidades es la eficiencia y eficacia del recurso humano (N°6.2)

Actualmente en el Hospital Emiro Quintero Cañizares, falta la consecución y transcripción de las normas fundamentales para el reglamento de documentos internos, socializaciones en la implementación de los estándares de calidad del 75-158 y capacitaciones en la implementación del programa paciente seguro.

La oficina de auditoria y calidad cuenta con un excelente personal calificado, una excelente oficina, escritorios y sistema de computación, lo cual facilita el trabajo a desarrollar. Todo ello compensa en forma efectiva las labores, mejorando el clima organizacional.

Matriz DOFA. La matriz DOFA, Es un instrumento metodológico que sirve para identificar acciones viables mediante el cruce de variables, en el supuesto de que las acciones estratégicas deben ser ante todo acciones posibles y que la factibilidad se debe encontrar en la realidad misma del sistema. La importancia de la matriz DOFA radica en que nos hace un diagnóstico real de nuestra empresa o negocio, nos dice cómo estamos, cómo vamos, lo que nos brinda el principal elemento requerido para tomar decisiones, que no es otro que la conciencia de la realidad, pues cuando conocemos nuestra realidad, casi siempre sabemos qué hacer.

Los pasos para construir una matriz DOFA son:

Hacer una lista de fortalezas internas claves.

Hacer una lista de debilidades internas decisivas.

Hacer una lista de las oportunidades externas importantes.

Hacer una lista de amenazas externas claves.

Comparar las fortalezas internas con las oportunidades externas y registrar las estrategias.

Cruzar las debilidades internas con las oportunidades externas y registrar las estrategias.

Comparar las fortalezas internas con las amenazas externas y registrar estrategias.

Comparar debilidades internas con las amenazas externas y registrar estrategias.

Tabla 1.*Matriz DOFA*

FACTORES INTERNOS	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>F1 Infraestructura adecuada</p> <p>F2 Disponibilidad de equipos tecnológicos.</p> <p>F3 Compromiso por parte de la alta dirección para el mejoramiento continuo de su sistema de gestión integral.</p> <p>F4 Talento humano calificado y capacitado.</p>	<p>D1 Desactualización de la información de algunos procesos.</p> <p>D2 Incumplimiento de la norma fundamental en algunos documentos.</p> <p>D3. Desconocimiento del programa paciente seguro.</p> <p>D4 poco reconocimiento e implementación de los estándares de calidad del 75-158</p>
FACTORES EXTERNOS	
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>O1 Cumplir con la normatividad exigida por el ministerio de salud.</p> <p>O2 Empresa número uno en el servicio de salud.</p> <p>O3 Adaptación de un sistema de gestión de calidad.</p> <p>O4 Resultados óptimos de auditorías externas para su debida certificación.</p> <p>O5 Ejecución de planes de salud para la comunidad vulnerable.</p>	<p>A1 Poca adaptación al cambio.</p> <p>A2 cambio del recurso humano por parte del nuevo gerente</p> <p>A3 Expiración del tiempo para la aplicación y mejoramiento de los procesos de la E.S.E HEQC.</p> <p>A4 Exceso de rotación de personal, lo que genera poca continuidad en los procesos.</p>

Nota: Fuente: pasante

En el análisis DOFA realizado al área de Auditoría y Calidad de la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares de la ciudad de Ocaña, se evidencian una serie de factores internos y externos; entre estos:

En el análisis interno que se realizó encontramos que se tienen fortalezas en cuanto a una infraestructura adecuada, disponibilidad de equipos tecnológicos, compromiso por parte de la alta dirección para el mejoramiento continuo de su sistema de gestión integral, talento humano calificado y capacitado.

Por otra parte dentro de las debilidades observadas se encuentran desactualización de la información de algunos procesos, falta de transcripción de documentos con norma fundamental, capacitaciones en la implementación del programa paciente seguro, y la socialización en la implementación de los estándares de calidad del 75-158.

Con el análisis externo que se realizó al área de Auditoría y Calidad se pudo observar que tiene oportunidades en cuanto al cumplimiento de la normatividad exigida por el Ministerio de Salud, ser la empresa número uno en el servicio de salud, la adaptación de un sistema de gestión de calidad, resultados óptimos de auditorías externas para su debida certificación, la ejecución de planes de salud para la comunidad vulnerable.

Por otra parte dentro de las amenazas encontradas se pueden apreciar la poca adaptación al cambio, la expiración del tiempo para la aplicación y el mejoramiento de los procesos de la

E.S.E HEQC, el exceso de rotación de personal y el cambio de recurso humano por parte del nuevo gerente, lo que genera poca continuidad en los procesos.

Para lo cual se plantean las siguientes estrategias:

Estrategias FO (Fortalezas – Oportunidades)

Al contar con buenas instalaciones y buenos equipos tecnológicos en el área de Auditoria y Calidad de la E.S.E. HEQC, el personal estará motivado para realizar sus labores y de esta forma llegar a estar dentro de las primeras instituciones prestadoras del servicio de salud. $F_{1,2} + O_2$

Es necesario aprovechar la nueva normatividad exigida por el Ministerio de Salud con el objetivo de obtener un mayor compromiso por parte de la alta dirección y de esta forma alcanzar la calidad en los servicios ofrecidos por la institución. $F_3 + O_1$

Si cuenta con el personal calificado y profesional para realizar sus funciones será más fácil adaptar procesos de calidad para el mejoramiento continuo. $F_4 + O_3$

Personal apto para poder dirigir procesos con iniciativa propia y ser líder de grupos de trabajo para ejecutar planes de salud para la comunidad más vulnerable. $F_4 + O_{3,5}$

Estrategias DO (Debilidades – Oportunidades)

Apoyados en el desarrollo de estándares de calidad, modificar algunos procesos para lograr ser reconocida como la mejor empresa en servicio de salud. $D_1 + O_2$

Basados en los procesos de gestión de la calidad actualizar bases de datos para obtener información real y precisa. $D_1 + O_3$

Realizar actividades capacitaciones talleres para el desarrollo del programa paciente seguro. $D_3 + O_1$

Realizar juntas de socialización con los trabajadores para la implementación de los estándares de calidad. $D_{3,4} + O_1$

Estrategias FA (Fortalezas – Amenazas)

Aprovechar el compromiso que existe por parte de la alta dirección y la gran capacidad del recurso humano para adelantar los procesos que se llevan a cabo dentro de la entidad.

$F_{3,4} + A_4$

Concientizar al recurso humano de la importancia y los beneficios de adaptar procesos de calidad. $F_4 + A_1$

Concientizar al recurso humano de la importancia y los beneficios de adaptar procesos de calidad. $F_4 + A_{1,4}$

Crear programas de cultura organizacional que lleven a trabajo en equipo y que sean flexible a los cambios. $F_4 + A_2$

Establecer control en los tiempos específicos para el cumplimiento de las metas estipuladas en cada proceso. $F_4 + A_3$

Estrategias DA (Debilidades – Amenazas)

Dar a conocer los artículos, numerales y toda la normatividad vigente en materia de calidad que requiera actualizar información para estructurar la documentación y así dar continuidad a los procesos. $D_1 + A_{2,4}$

Realizar controles y seguimiento al personal de la empresa para el cumplimiento de la socialización de los estándares de calidad. $D_4 + A_{1, 2}$

De otra parte esta matriz permite ver las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades que tiene o puede tener la institución en su entorno. Es importante desarrollarla para tener una mejor orientación en el momento de plasmar sus objetivos y planes de acción, para que sean los más cercanos a la realidad de la entidad. Ayuda a determinar qué tan capacitada esta organización para desempeñarse en el medio, esta matriz conduce al desarrollo de cuatro tipos de estrategias FO, DO, FA, DA.

Estrategia FO. Corresponde al uso de fortalezas internas de la empresa con el objeto de aprovechar las oportunidades externas.

Estrategias DO. Mejora las debilidades internas, valiéndose de las oportunidades externas.

Estrategias FA. Utiliza las fortalezas de la empresa para minimizar o evitar el impacto de las amenazas externas.

Estrategias DA. Derrotar debilidades internas y eludir amenazas tomando estrategias defensivas.

1.2.1 Planteamiento del problema. Alcanzar las metas y lograr los objetivos en las empresas son el resultado de una buena administración, tecnología avanzada y capacidad del personal para desarrollar sus funciones y responsabilidades.

En una empresa se manejan tres recursos principales. Los recursos materiales relacionados a infraestructura y productos intangibles son sin duda, los bienes patrimoniales de la empresa.

Los recursos financieros, es decir, lo relacionado al capital permite manejar las inversiones para generar solvencia y expansión en las instituciones.

La ESE Emiro Quintero Cañizares se encuentra en un proceso de reestructuración y acreditación para lograr la certificación de la gestión de calidad y así alcanzar el cumplimiento de sus metas corporativas y estar en altos índices de competitividad nacional a nivel de la salud como lo estipula el gobierno nacional. El Sistema Único de Acreditación está completamente articulado con los demás componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de la atención en salud.

En tanto que la habilitación está planteada para proteger al paciente en la prestación del servicio de los cuales los riesgos sean potencialmente inaceptables desde el punto de vista del sistema; la acreditación dirección hacia la excelencia en el desempeño y la auditoría sirve de elemento de comprobación acerca de la atención observada efectivamente ha alcanzado tales

niveles. El sistema de información articula los diferentes componentes y el mecanismo a través del cual se materializará el incentivo de prestigio.

La E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares fue escogido dentro de las 150 IPS a nivel nacional por el Ministerio de la Protección Social (MPS) para el proyecto de “Preparación de IPS para la Acreditación y adopción del Componente de Auditoría para el mejoramiento de la calidad”

Debido a esta proyección se requiere que se implementen los estándares de calidad desde el (78 al 158), También se ve la necesidad de identificar y evaluar cuáles deben ser los requisitos generales y normas fundamentales en los procesos de acreditación, cuáles deben ser los Procesos de la Dirección eficiente, Procesos de medición, análisis y mejora para la implementación del programa paciente seguro.

1.3 Objetivos de la pasantía.

1.3.1 General. Acompañamiento en el área de auditoria y calidad para el mejoramiento de los procesos de acreditación de la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares en la ciudad de Ocaña.

1.3.2 Específicos. Diagnosticar la situación actual al área auditoria y calidad en lo referente a los procesos de acreditación y normas fundamentales.

Identificar los procesos que requieren de un control y seguimiento permanente para el cumplimiento de los procesos de acreditación de la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares.

Apoyar la implementación de barreras de seguridad necesarias para el programa paciente seguro de la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares.

1.4 Descripción de las actividades a desarrollar.

Tabla 2.

Actividades

Objetivo general	Objetivo específico	Actividades
Acompañar el área de auditoria y calidad en el mejoramiento de los procesos de acreditación de la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares en la ciudad de Ocaña.	Diagnosticar la situación actual en el área de auditoria y calidad en lo referente a los procesos de acreditación y normas fundamentales.	Hacer una revisión documental acerca de los procesos de acreditación y normas fundamentales. Proponer estrategias para que los procesos de acreditación que se llevan a cabo en la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares se realicen de forma más efectiva. Socializar las estrategias creadas a los directivos y encargados del área de auditoria y calidad en lo concerniente a procesos de acreditación.
	Identificar los procesos que requieren de un control y seguimiento permanente para el cumplimiento de los	Establecer los procesos claves de SGC para los procesos de acreditación y normas fundamentales. Apoyo en la verificación del cumplimiento y evaluación del desempeño de los procesos de acreditación y estándares de calidad.

Tabla 2. (Continuación)

procesos de acreditación de la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares.	Apoyo en la actualización de documentos según los estándares de calidad.
Apoyar la implementación de barreras de seguridad, necesarias para el programa paciente seguro en la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares.	<p>Hacer una evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud y seguridad al paciente.</p> <p>Diseñar e implementar barreras de seguridad necesarias para evitar que ocurran eventos adversos.</p> <p>Aplicar talleres para sensibilizar, promover y coordinar acciones para la seguridad del paciente.</p>

Nota: Fuente. Pasante

Capítulo 2. Enfoque referencial

2.1 Enfoque conceptual.

Acreditación. Es un proceso que se realiza de forma voluntaria, requiere de autoevaluaciones internas y externas periódicamente de los procesos y resultados obtenidos. Gracias a la acreditación se mantiene y mejora la calidad prestada al cliente de la institución de salud, para ello se hace uso de unos estándares óptimos y factibles. El proceso de acreditación lo realiza el personal cualificado y es avalado por la organización acreditadora autorizada. (Contreras Garcia, 2016)

Acreditación en salud. Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizados para dicha función. (social, 2012)

Aseguramiento de la calidad. Conjunto de acciones y sistemáticas implantadas dentro del sistema de la calidad, para proporcionar la confianza adecuada de que una entidad cumplirá los requisitos para la calidad. (social, 2012)

Atención segura. Aquella que incorpora la mejor evidencia clínica disponible en el proceso de toma de decisiones, con el propósito de maximizar los resultados y minimizar los riesgos. (social, 2012)

Auditoría. Se trata de un proceso sistemático, independiente y documentado para garantizar que la auditoría se ha realizado, utilizando registros, declaraciones de hecho o cualquier otra información que sea capaz de verificar la auditoría y valorar pertinentemente si se cumplen con los requisitos, políticas o procesos establecidos. (social N. d., 2010)

Barreras administrativas. Enfocados al empleo de mecanismos de verificación y supervisión. Barreras físicas. Herramientas materiales de protección. Barreras humanas. Son mecanismos de protección desarrollados por el individuo con respecto al diseño, seguimiento de planes y protocolos sobre los diferentes procesos y actividades para que se realicen de forma más segura. Barreras naturales. Ofrecen protección ante efectos propios del medio. Barreras de seguridad. Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso. Barreras tecnológicas. Aplicación de herramientas que reducen el error y agilizan los procesos. Bienestar Laboral. Acciones específicas que contribuyan al crecimiento personal y comunitario; aspectos que sin lugar a dudas conducirán al aumento en la eficiencia de las labores emprendidas por cada uno de los integrantes de la Institución. (social N. d., 2010)

Calidad. Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor

que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades. (social M. d., 2012)

Calidad y gestión de la calidad. Para la investigación se entenderá el concepto de calidad, en los términos que lo define la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública (NTCGP: 1000:2009) y la norma internacional ISO 9001:2008, En ambos referentes, se define la calidad como "grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos⁵". Los requisitos de la prestación de un servicio educativo son establecidos por las normas legales, por los usuarios de tales y por la propia entidad que los lleva a cabo. Tales deben ser traducidos en unas características específicas y mensurables del servicio que permitan una evaluación objetiva de la satisfacción de las necesidades de los clientes. (Gavalda, 1994)

Capacidad. Habilidad, recursos, activos y fortalezas de los grupos o las personas para hacer frente a situaciones y satisfacer las necesidades. (Gavalda, 1994)

Certificación. Con este proceso, la institución autorizada realiza una evaluación y admite que el individuo o entidad cumple con los requisitos que están establecidos con anterioridad. (Gavalda, 1994)

Cliente. Para este contexto empleado, el termino cliente se sustituye por paciente. Se trata de cualquier individuo, familia, grupo y/o comunidad, independientemente si es interno o externo a la organización, que recibe unos servicios sanitarios por parte de la institución de salud. (Gavalda, 1994)

Código de Ética. También denominado código de conducta. Es el documento compendia las disposiciones referentes para gestionar la ética en el día a día de la entidad. Está conformada por los principios, valores y directrices que en coherencia con el Código del Buen Gobierno, todo servidor de la entidad debe observar en el ejercicio de sus funciones. (Gavalda, 1994)

Código de Buen Gobierno. También denominado código de gobierno corporativo, se define como el documento que compila los compromisos éticos de la alta Dirección respecto a la gestión, integra, eficiente y transparente en su labor de dirección y/o gobierno, que a manera de disposiciones voluntarias de autorregulación, son promulgadas ante los diversos públicos y grupos de interés, con el fin de generar confianza en los clientes externos como internos. (Gavalda, 1994)

Complicación. Resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del usuario y/o de su enfermedad.

Confidencialidad. Son los límites óptimos en el uso y distribución de la información recogidos de individuos u organizaciones.

Consentimiento. Acuerdo voluntario o aprobación por parte de un cliente.

Cultura de seguridad. (Lineamientos para la Seguridad del Paciente) Es un principio orientador de la Política de Seguridad del Paciente, en el cual el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza

entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente. Ambiente en el que los errores no se personalizan, se facilita el análisis de los procesos, se corrigen las fallas de los sistemas y se construye una organización confiable. Entorno favorable al diálogo abierto con el fin de facilitar prácticas más seguras. (Gavalda, 1994)

Cultura Organizacional. En los sistemas de salud es una mezcla de saberes, conductas, relatos, creencias, suposiciones y modos de expresión que todos los miembros de la organización comparten, por ejemplo: las normas, los valores, las actitudes, los estilos de vida, el lenguaje técnico-científico y la terminología propia de las disciplinas biomédica y sociales. (ICONTEC, 2002)

Datos. Hechos no organizados de los cuales es generada la información.

Directrices. Principios rectores para dirigir la acción.

Educación. La instrucción sistemática y actividades de aprendizaje para desarrollar o producir un cambio en los conocimientos, actitudes, valores y destrezas.

Efectividad. Grado en que los servicios, intervenciones o acciones se prestan de acuerdo con las mejores prácticas actuales a fin de cumplir con las metas y lograr resultados óptimos. Es una dimensión de la calidad. (ICONTEC, 2002)

Eficacia. Grado en que los recursos se unen para lograr los resultados deseados de forma más rentable, con un mínimo de desperdicio, retrabajo y esfuerzo. Es una dimensión de la calidad. (ICONTEC, 2002)

Entidad acreditadora. Es la entidad que ha sido designada por el Ministerio de Salud y Protección Social para realizar el proceso de acreditación de los establecimientos de salud del país por haber demostrado suficiente idoneidad y capacidad para ello. (ICONTEC, 2002)

Enfoque al cliente. Cualquier tipo de organización depende de sus clientes y por tanto la organización deberá comprender las necesidades actuales y futuras de estos y esforzarse en exceder las expectativas. (Gómez Gras, 1997)

Enfoque basado en hechos para la toma de decisión. Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y de toda la información necesaria. (Gómez Gras, 1997)

Enfoque de sistema para la gestión. Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos. (Gómez Gras, 1997)

Enfoque basado en procesos. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso. (Gómez Gras, 1997)

Error o falla. Actividades incorrectas que se generan al no completar una acción como estaba planeada o por el uso del plan equivocado para alcanzar un objetivo. (Gómez Gras, 1997)

Estándar. Conjunto de normas, objetivos y/o parámetros que deben ser cumplidos, se establecen por escrito y definen como debe realizarse un proceso.

Ética. Serie de principios que guían la conducta profesional y moral.

Evaluación del desempeño. Proceso continuo por el cual una organización revisa el progreso del desempeño del funcionario, establecer metas de desempeño y evaluar hacia esos objetivos.

Evaluación Organizacional. Proceso mediante el cual se evalúa el desempeño de una organización con miembros de organizaciones similares. (Gómez Gras, 1997)

Evento adverso. Resultado no deseado en el proceso de atención que produce lesión o daño no intencional causado a un usuario por la intervención asistencial y que no corresponde a la patología de base por la cual solicita un servicio.

Evento serio. Es un tipo de evento adverso en donde está presente una muerte o un daño físico o psicológico serio de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o un cambio permanente de estilo de vida.

Evento adverso prevenible. Eventos que se habrían evitado, mediante el cumplimiento de estándares establecidos de atención. (Gómez Gras, 1997)

Evento adverso no prevenible. Se pueden presentar a pesar de que se cumplan estándares de cuidado asistencial.

Evidencia. Los datos y la información utilizada para la toma de decisiones. La evidencia puede ser derivada de la investigación, el aprendizaje experiencial, datos de los indicadores y las evaluaciones. Las pruebas se utilizan de una manera sistemática para evaluar las opciones y tomar decisiones.

Expectativa. Esperanza o posibilidad de conseguir una cosa.

Falla de acción. Deficiencia no intencionada al realizar una acción prevista programada o que se produce por la utilización de un plan incorrecto, ejecución incorrecta de una actividad.

Falla de omisión. Consiste en la no ejecución de procesos correctos en las fases de planeación y/o ejecución de tareas.

Formación y Capacitación. Este proceso establece los lineamientos que a nivel de capacitación requiere los docentes y funcionarios, en coherencia con las características y necesidades de la Institución. (Gavalda, 1994)

Falla de acción en la planeación de procesos. El proceso de atención contempla actividades que no se deben realizar y que por evidencia generan un riesgo, pero que no han sido protocolizados por la dependencia.

Fallas de acción sobre la ejecución de procesos. Ejecución de acciones incorrectas, que no están previstas en los procesos estandarizados.

Fallas de acción en la planeación por omisión. El proceso de atención no contempla, actividades que se deben realizar.

Falla de acción en la ejecución por omisión. Se omiten acciones que se deben realizar y están previstas en los procesos. (ICONTEC, 2002)

Garantía de la calidad. Ejecución intencional y ordenada de un conjunto de acciones desarrolladas por individuos, organizaciones y sociedad, para obtener, sustentar o mejorar la calidad.

Gerencia. La persona designada por el órgano de gobierno de una organización para actuar en su nombre en la gestión global de la organización.

Gestión de calidad. La gestión de calidad constituye uno de los factores claves para que una organización logre sus objetivos. Según la Norma ISO 9001-2009, la Gestión de Calidad se define como las actividades coordinadas para dirigir y controlar los aspectos relativos a la calidad en una organización.

Gestión del riesgo: Proceso sistemático para identificar, evaluar y tomar medidas para prevenir o gestionar los riesgos clínicos, administrativos de la organización. (ICONTEC, 2002)

Grupo de estándares. (Manual de estándares de Acreditación Ambulatorio y hospitalario) Conjunto de estándares que integran por temas los niveles superiores de calidad. Estos grupos son: - Proceso de Atención Cliente Asistencial - Direccionamiento - Gerencia - Gerencia del Talento Humano - Gerencia del Ambiente físico - Gerencia de la Información - Gestión de la tecnología - Mejoramiento Continuo de la Calidad Grupos de interés. (ICONTEC, 2002)

Humanización del servicio. Es un asunto ético, que tiene que ver con los valores que conducen nuestra conducta en el ámbito de la salud. Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización. (ICONTEC, 2002)

Incidente. Evento relacionado con la atención clínica de un usuario que no genera daño, pero que al ocurrir pueden incorporar fallas en los procesos de atención, pero que particularmente no generan mayores consecuencias. Atención que se aparta de los límites de la práctica segura. (ICONTEC, 2002)

Indicador. Herramienta de medición del desempeño que se utiliza como guía para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de los servicios. Indicadores se refieren a la estructura, el proceso y los resultados y tienen un numerador y el denominador de manera que puedan ser comparados y punto de referencia. (ICONTEC, 2002)

Información. Los datos que se organizan, interpretan y utilizan para toma de decisiones. La información puede ser en forma escrita, audio, video o fotografía formulario. (ICONTEC, 2002)

Liderazgo. Capacidad de para proveer dirección y adaptarse al cambio, implica establecimiento de una visión, el desarrollo de estrategias para la producción de los cambios necesarios para implementar la visión, alineación de personas y motivar e inspirar a la gente a superar los obstáculos. (ICONTEC, 2002)

Mejora continua. La mejora continua del desempeño global de la organización deberá ser un objetivo permanente. (ICONTEC, 2002)

Mejoramiento continuo de la calidad. También lo podemos encontrar por las siglas MCC, se trata de una metodología que involucra en el proceso de mejoramiento continuo de los procesos a todo el personal de la entidad de salud, de este modo se logran óptimos resultados en la atención de los usuarios de la organización. Este planteamiento requiere la introducción de métodos estadísticos e instrumentos gerenciales para reducir el desperdicio, la duplicidad y el trabajo innecesario. (ICONTEC, 2002)

NORMA ISO. Son una serie de normas y lineamientos que definen los requerimientos mínimos, internacionalmente aceptados, para un sistema eficaz de calidad. Estas normas y lineamientos son el resultado del trabajo del Comité Técnico 176 de la Organización Internacional de Estandarización (ISO, por sus siglas en inglés), el objetivo de ISO es promover

el desarrollo de la normalización y la cooperación técnica y económica de los países mediante el intercambio de bienes y servicios, al igual que conocimientos científicos y tecnológicos. (Juran, 2011)

PAMEC. El Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) es la forma a través de la cual la institución prestadora de servicios de salud (IPS) implementa un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad que reciben los usuarios. (Contreras Garcia, 2016)

Participación del personal. El personal, a todos los niveles, es la esencia de toda organización y su total compromiso posibilita que sus competencias sean usadas para el beneficio de la empresa. (Contreras Garcia, 2016)

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. (Contreras Garcia, 2016)

POE. “Standard Operation Procedures” (SOPs), a partir de los cuales se detallan funciones y responsabilidades. Estos son aquellos procedimientos escritos que describen y explican cómo realizar una tarea para lograr un fin específico, de la mejor manera posible. (Contreras Garcia, 2016)

Política. Directriz u orientación por la cual la Alta Dirección define el marco de actuación con el cual se orientará la gestión de servicio, para el cumplimiento de los fines constitucionales y misionales de la Entidad, de manera que se garantice la coherencia entre sus prácticas y propósitos. Política Institucional de seguridad del paciente. (ICONTEC, 2002)

Principios generales de la Gestión de Calidad.

1. Enfoque al cliente: para cualquier organización el cliente es el elemento más importante, ya que sin clientes no hay negocio. Las organizaciones dependen de sus clientes, por lo tanto deben interpretar sus necesidades actuales y futuras, cumplir con estos requisitos esforzarse para superar sus expectativas.
2. Liderazgo: los líderes de la organización establecen la unidad de propósito, la orientación y el ambiente interno requerido para que el personal pueda involucrarse en los logros de los objetivos de la organización.
3. La participación del personal: la gestión de calidad exige la participación activa y total de todos los miembros de la organización esto posibilita que sus conocimientos se traduzcan en beneficios para la organización.
4. El enfoque basado en procesos: para que la organización funcione de manera eficaz, se deben identificar y gestionar los numerosos procesos interrelacionados que la integran.
5. Enfoque de sistema para la gestión: la calidad requiere que se identifique, se comprenda, y se gestione como un sistema integrado. De esta manera la organización genera confianza en su capacidad y en la confiabilidad de sus procesos.
6. La mejora continua: la alta gerencia debe tomar acciones para mejorar las propiedades, características y funciones de los productos e incrementar la eficacia y eficiencia de sus procesos de realización.

7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisión: Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información.

8. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor. (ICONTEC, 2002)

Procedimientos. (Norma ISO 9000:2000) Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso.

Proceso. (NTC 5254 2004) Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Prólogo del grupo de estándares. (Manual de Acreditación Ambulatorio y Hospitalario) Es la explicación de la intencionalidad con la cual ha sido diseñado cada grupo de estándares, con el propósito de orientar a la organización en su autoevaluación y definir de manera explícita el campo de evaluación por parte del evaluador de acreditación durante el ciclo de aplicación para la obtención de la certificación de la Acreditación en Salud.

Relación docencia servicio. Vínculo funcional que se establece entre instituciones educativas y otras organizaciones, con el propósito de formar talento humano en salud o entre instituciones educativas cuando por lo menos una de ellas disponga de escenarios de práctica en salud. Este vínculo se funda en un proceso de planificación académica, administrativa e investigativa de largo plazo, concertado entre las partes de la relación docencia – servicio. (ICONTEC, 2002)

Responsabilidad Social. La obligación de dirigir las actividades educativas, investigadoras y de servicio a atender las necesidades prioritarias de la comunidad, región y/o nación.

Respuesta. Las características de respeto a las personas, la orientación al cliente, la participación y la aceptación del cliente alentador cliente. Una dimensión de la calidad.

Resultados. Las consecuencias de un servicio o intervención.

Riesgo. Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra. (ICONTEC, 2002)

Satisfacción del cliente. Es la percepción que tiene el cliente según el grado en el que se han saciado sus exigencias.

Sistema. Un sistema es un conjunto de "elementos" relacionados entre sí, de forma tal que un cambio en un elemento afecta al conjunto de todos ellos. (Contreras Garcia, 2016)

Sistema de calidad. Es un instrumento de gestión que integra procesos, define responsabilidades, procedimientos y los recursos necesarios que deben ser desplegados de forma coherente y coordinada en la organización de una empresa. El Sistema de Calidad se debe establecer, documentar e implantar de forma efectiva.

Sistemas de Información. Sistemas para la planificación, organización, análisis y control de datos e información, incluyendo tanto los sistemas basados en computadoras y manual.

Seguimiento. Procesos y las acciones tomadas después de que un servicio haya sido completado. (Contreras Garcia, 2016)

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

Usuario. Persona que recibe el servicio prestado por la organización. (ICONTEC, 2002)

2.2 Enfoque legal.

Las bases legales que sustentan este trabajo de grado son las siguientes.

Constitución política de Colombia de 1991. Artículo 25. El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas. (República, 1991)

Código sustantivo del trabajo. Adoptado por el Decreto Ley 2663 del 5 de agosto de 1950 "Sobre Código Sustantivo del Trabajo", publicado en el Diario Oficial No 27.407 del 9 de septiembre de 1950, en virtud del Estado de Sitio promulgado por el Decreto Extraordinario No 3518 de 1949. Principios Generales. ARTÍCULO 1. OBJETO. La finalidad primordial de este Código es la de lograr la justicia en las relaciones que surgen entre empleadores y trabajadores, dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

ARTÍCULO 2. APLICACIÓN TERRITORIAL. El presente Código rige en todo el territorio de la República para todos sus habitantes, sin consideración a su nacionalidad.

ARTÍCULO 3. RELACIONES QUE REGULA. El presente Código regula las relaciones de derecho individual del Trabajo de carácter particular, y las de derecho colectivo del Trabajo, oficiales y particulares.

ARTÍCULO 5. DEFINICIÓN DE TRABAJO. El trabajo que regula este Código es toda actividad humana libre, ya sea material o intelectual, permanente o transitoria, que una persona natural ejecuta conscientemente al servicio de otra, y cualquiera que sea su finalidad, siempre que se efectúe en ejecución de un contrato de trabajo.

ARTÍCULO 6. TRABAJO OCASIONAL. Trabajo ocasional, accidental o transitorio, es el de corta duración y no mayor de un mes, que se refiere a labores distintas de las actividades normales del empleador.

ARTÍCULO 8. LIBERTAD DE TRABAJO. Nadie puede impedir el trabajo a los demás, ni que se dediquen a la profesión, industria o comercio que les plazca, siendo lícito su ejercicio, sino mediante resolución de autoridad competente encaminada a tutelar los derechos de los trabajadores o de la sociedad, en los casos que se prevean en la ley.

ARTÍCULO 9. PROTECCIÓN AL TRABAJO. El trabajo goza de la protección del Estado, en la forma prevista en la Constitución Nacional y las leyes. Los funcionarios públicos están obligados a prestar a los trabajadores una debida y oportuna protección para la garantía y eficacia de sus derechos, de acuerdo con sus atribuciones.

ARTÍCULO 10. IGUALDAD DE LOS TRABAJADORES. Todos los trabajadores son iguales ante la ley, tienen la misma protección y garantías, y, en consecuencia, queda abolida toda distinción jurídica entre los trabajadores por razón del carácter intelectual o material de la labor, su forma o retribución, salvo las excepciones establecidas por la Ley.

ARTÍCULO 11. DERECHO AL TRABAJO. Toda persona tiene derecho al trabajo y goza de libertad para escoger profesión u oficio, dentro de las normas prescritas por la Constitución y la Ley. (Congreso, 1950)

Código de Comercio. En el Decreto 410 de 1971. Por el cual se expide el Código de Comercio, el Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades extraordinarias que le confiere el numeral 15 del artículo 20 de la Ley 16 de 1968 y cumplido el requisito allí establecido.

Artículo 10. Son comerciantes las personas que profesionalmente se ocupan en alguna de las actividades que la ley considera mercantiles.

La calidad de comerciante se adquiere aunque la actividad mercantil se ejerza por medio de apoderado, intermediario o interpuesta persona.

ARTICULO 11. Las personas que ejecuten ocasionalmente operaciones mercantiles no se considerarán comerciantes, pero estarán sujetas a las normas comerciales en cuanto a dichas operaciones.

ARTICULO 12. Toda persona que según las leyes comunes tenga capacidad para contratar y obligarse, es hábil para ejercer el comercio; las que con arreglo a esas mismas leyes sean incapaces, son inhábiles para ejecutar actos comerciales.

ARTICULO 13. Para todos los efectos legales se presume que una persona ejerce el comercio en los siguientes casos:

- 1) Cuando se halle inscrita en el registro mercantil;
- 2) Cuando tenga establecimiento de comercio abierto, y
- 3) Cuando se anuncie al público como comerciante por cualquier medio.

ARTICULO 14. Son inhábiles para ejercer el comercio, directamente o por interpuesta persona:

- 1) Los comerciantes declarados en quiebra, mientras no obtengan su rehabilitación;
- 2) Los funcionarios de entidades oficiales y semioficiales respecto de actividades mercantiles que tengan relación con sus funciones, y
- 3) Las demás personas a quienes por ley o sentencia judicial se prohíba el ejercicio de actividades mercantiles.

Si el comercio o determinada actividad mercantil se ejerciere por persona inhábil, ésta será sancionada con multas sucesivas hasta de cincuenta mil pesos que impondrá el juez civil del circuito del domicilio del infractor, de oficio o a solicitud de cualquiera persona, sin perjuicio de las penas establecidas por normas especiales.

ARTÍCULO 17. Se perderá la calidad de comerciante por la incapacidad o inhabilidad sobrevinientes para el ejercicio del comercio. (República, Decreto 410 de 1971, 2012)

Ley 100 de 1993. En sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud. (República, Ley 100 de 1993, 2000)

Ley 872 del 30 de diciembre del 2003. Creó el sistema de gestión de la calidad (SGC), en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios de carácter público. (Congreso, Ley 872 del 30 de diciembre del 2003, 2010)

Ley 1122 de 2007. Están constituidas por un conjunto de políticas y estrategias que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población enfocada tanto de manera individual como colectiva. Sus resultados se constituyen en indicadores de calidad de vida, bienestar y desarrollo. Las acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad. Ley 1122 de 2007: Tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. (República, Ley 1122 de 2007, 2010)

Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las

funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. (Congreso, Ley 1164 de 2007, 2010)

Ley 1635. Por medio de la cual se establece la licencia por luto para los servidores públicos11/06/2013El Congreso de la Republica de Colombia Se establece la licencia por luto para los servidores públicos

Decreto 785 de 2005. Por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación y de funciones y requisitos generales de los empleos de las entidades territoriales que se regulan por las disposiciones de la Ley 909 de 2004. (República, Decreto 785 de 2005, 2012)

Decreto No. 903 de 2014. Tiene como fin la modernización y actualización de uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud que es el Sistema Único de Acreditación, sistema que se reglamentó desde el año 2002 con la Resolución 1774; se modificó con la Resolución 1445 de 2006 y 123 de 2012 y que con el Decreto en Mención se ajusta para fortalecer la implementación de estándares superiores de calidad en la atención en salud. (Congreso, Decreto No. 903 de 2014, 2011)

Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 1. Campo de aplicación. Las disposiciones del presente decreto se aplicaran a los prestadores de Servicio de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Artículo 4. Componentes del SOGCS. Tendrá como como componentes los siguientes:

1. sistema único de habilitación
2. la auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad. (Congreso, Decreto 1011 de 2006, 2012)

Decreto 1567 de 1998. Reglamentado por el Decreto Nacional 1572 de 1998
Reglamentado parcialmente por el Decreto Nacional 1227 de 2005 por el cual se crean (sic) el sistema nacional de capacitación y el sistema de estímulos para los empleados del Estado.
(República, Decreto 1567 de 1998, 2012)

Decreto 785 de 2005. Reglamentado por el Decreto Nacional 2484 de 2014 por el cual se establece el sistema de nomenclatura y clasificación y de funciones y requisitos generales de los empleos de las entidades territoriales que se regulan por las disposiciones de la Ley 909 de 2004.
(República, Decreto 785 de 2005, 2010)

Decreto 2376 de 2010. Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud.

Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Este Plan será de obligatorio cumplimiento, en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud. Tiene como alcance “Promover las condiciones y Estilos de vida saludable y proteger y superar los riesgos para la salud de la población como un derecho esencial y colectivo, especialmente de las poblaciones más vulnerables. Establecen prioridades en Salud Pública:

La salud infantil.

La salud sexual y reproductiva.

La salud oral.

La salud mental y las lesiones violentas evitables.

Las enfermedades transmisibles y las zoonosis.

Las enfermedades crónicas no transmisibles.

La nutrición.

La seguridad sanitaria y del ambiente.

La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral.

La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.
(República, Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública,
2010)

NTC GP 1000:2009. Sistema de gestión de la calidad para la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios. Basado en ISO 9001:2009. En cumplimiento de lo establecido en el artículo 6° de la Ley 872 de 2003, esta norma especifica los requisitos para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios.

Esta norma está dirigida a todas las entidades, y se ha elaborado con el propósito de que éstas puedan mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes. (Colombiana, 2009)

Capítulo 3. Informe de cumplimiento de trabajo

3.1 Presentación de resultados.

3.1.1 Diagnosticar la situación actual en el área de auditoria y calidad en lo referente a los procesos de acreditación y normas fundamentales.

Actividad 1. Hacer una revisión documental acerca de los procesos de acreditación y normas fundamentales.

Acreditación en Salud es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la Calidad de la Atención del Cliente en una organización de salud, a través de una serie de Estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin, y su resultado es avalado por la entidad de acreditación autorizada para dicha función.

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de Noviembre de 2003, adjudicó el concurso de Méritos MPS-03-2003 a través del cual se designa a ICONTEC como entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (S U A) y se le asigna una concesión por cinco años al Instituto para desarrollar, implantar, dirigir, orientar actualizar y mejorar dicho Sistema.

El Sistema Único de Acreditación es una estrategia y una metodología de mejoramiento continuo de la calidad específica para las instituciones de la salud de larga trayectoria. En nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, establecido mediante el Decreto 1011 de 2006, la acreditación en salud está planteada como uno de los componentes para obtener el objetivo del mejoramiento continuo de la calidad; consecuentemente, para que una entidad pueda aplicar ante el ente acreditador para optar al otorgamiento del título de “acreditado en salud” debe ser previamente habilitado, verificado su cumplimiento por el ente correspondiente y no estar sujeto a ninguna sanción en el último año como mínimo.

El Sistema Único de Acreditación está completamente articulado con los demás componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de la atención en salud. La acreditación dirección hacia la excelencia en el desempeño y la auditoría sirve de elemento de comprobación acerca de la atención observada efectivamente, ha alcanzado tales niveles. El sistema de información articula los diferentes componentes y el mecanismo a través del cual se materializará el incentivo de prestigio.

El objetivo del Sistema Único de Acreditación, además de incentivar el manejo de las buenas prácticas, es afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios, de manera que puedan tomar decisiones basadas en los resultados de la Acreditación y decidir libremente si deben permanecer o trasladarse a otras entidades del sistema que también estén acreditadas.

Por lo tanto podemos concluir diciendo que la Acreditación
Es un sistema específico para evaluar la calidad de la atención en salud
Es uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad y se basa en exigencias
superiores de calidad en comparación con la habilitación
Incorpora la experiencia internacional en el tema
Se basa en principios de confidencialidad, gradualidad y eficiencia.

El diagnóstico tiene como finalidad proporcionar conocimiento de la realidad de la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares, con el objeto de buscar las causas y los efectos de los problemas y plantear estrategias de mejoramiento en busca de la acreditación en salud y mejoramiento de la calidad.

Dentro del diagnóstico realizado se encontró que la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares fue escogido dentro de las 150 IPS a nivel nacional por el Ministerio de la Protección Social (MPS) para el proyecto de “Preparación de IPS para la Acreditación y adopción del Componente de Auditoría para el mejoramiento de la calidad”; en el cual se ha recibido asesoría por parte del Ministerio de la Protección Social (MPS) en los siguientes parámetros:

Autoevaluación de la Institución donde se tienen en cuenta los estándares de apoyo y asistenciales (12)

Priorización.

Planes de mejoramiento.

De igual manera el Ministerio de la Protección Social (MPS) contrató un grupo de consultoría el cual realizara actividades de acompañamiento y seguimiento a los planes de mejoramiento priorizados. Con esto se pretende alcanzar la excelencia en los años venideros.

Se encontró que la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares para acreditarse en salud, debe cumplir con el desarrollo del manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario; ya que ha sido actualizado para responder a las nuevas exigencias de los estándares internacionales y a la necesidad de impulsar las instituciones hacia nuevos progresos en los procesos de calidad que enfatizan en el enfoque dirigido a la obtención de resultados centrados en el paciente.

En este proceso se integran los requisitos de calidad superior en un continuo de atención al usuario y su familia, para que se expresen en la percepción del paciente de que efectivamente está siendo atendido con calidad y seguridad.

El diagnóstico es el primer compromiso que el equipo de líderes implementadores asume, teniendo presente los años en los que se ha trabajado Acreditación. En este informe nos centraremos en el estándar de apoyo y algunos datos relevantes del total del propósito. Los resultados encontrados fueron los siguientes:

Tabla 3.

Equipo operativo dependencia auditoria de calidad y líderes implementadores de acreditación.

**EQUIPO OPERATIVO DEPENDENCIA AUDITORIA DE CALIDAD Y
LÍDERES IMPLEMENTADORES DE ACREDITACIÓN**

Función operativa	Nombre
Coordinadora área de Auditoria y Calidad	Dra. Marcela Álvarez Aldana
Auditora interna PAMEC	Dra. Diana Rivera
Auditora interna PAMEC	Dra. Tatiana Angarita
Auditora interna PAMEC	Jefe Soraya Castillo
Auditor interno PAMEC e implementador	Dr. Edwin Acuña
Seguridad de Paciente	
Secretario	Leonardo Fabio Zarate
Implementador Acreditación estándar de Apoyo y	Ingeniero Diego Reales
Auditor interno de Procesos	
Estudiante de práctica de la UFPSO	Oscar Leonardo Claro Álvarez Claudia Mercedes Benavidez

Nota: Fuente. Pasante

Tabla 4.*Estándares del proceso de atención al cliente asistencial*

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	
CARGO/ ACTIVIDAD	NOMBRE Y APELLIDO
1. Gerente	Dr. Elmer Tamayo Jaime
2. Secretaria Gerencia	Yarly Navarro
2. Sub Gerencia Científica	Dra. Claudia Figueroa
3. Coordinador primer nivel	Jefe José Manuel Galeano
4. Coordinador Asistencial	Jefe Samira Angarita
5. Líder implementación Grupo estándares Asistenciales	Gigliola Moranti
6. Auditor implementador estándar Asistencial	Yesica Murillo Acosta
7. Coordinador de Promoción y Prevención	Jefe. Sandra Jiménez
8. Coordinador de Intervenciones Colectivas	Dr. Holger Santos
9. Coordinadora de Laboratorio Clínico	Dra. Liliana Duran Q
10. Coordinador servicio de imágenes Diagnosticas	Dr. Juan Fernando Agudelo / Camila
11. Coordinadora de Atención al usuario.	Dra. Claudia Belén Castro
12. Coordinador de Urgencias	Jefe Numael Ortiz
13. Líder Contratación	Dr. Holmes Amaya
14. Auditor de Calidad	Dra. Edwin Acuña
15. Coordinador dependencia Auditoria de Calidad	Dra. Marcela Álvarez Aldana

Tabla 4. (Continuación)

16. Enfermera Consulta Externa	Jefe. Astrid Vergel
17. Enfermera de Urgencias G-O	Jefe Ingrith Claro
18. Enfermera de UBA Promesa de Dios	Jefe María Johana
19. Enfermera de UBA Cristo Rey	Jefe Sandra Figueroa
20. Enfermera de UBA Torcoroma	Jefe Martha Moncada
21. Enfermera de UBA Norte	Jefe Sonia Castellanos
ESTANDAR DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA	
1. Gerente	Dr. Elmer Tamayo Jaime
2. Sub Gerencia Científica	Dra. Claudia Figueroa
3. Sub Gerencia Administrativa	Dr. Nohelid Chogó
4. Sub Gerencia Financiera	Dr. Álvaro Amaya
5. Jefe de Planeación, Secretario	Dr. Holger santos
6. Jefe de Calidad Líder	Dra. Marcela Álvarez Aldana
7. Coordinadora de Sistema de Información y Atención al usuario.	Dra. Claudia Belén Castro
8. Integrante de la junta Directiva	Jefe Numael Ortiz
9. Líder Contratación	Dr. Holmes Amaya
10. Jefe Control Interno	Dr. Humberto Duran
11. Jefe de Talento Humano	Ing. Noma Gallardo
ESTANDAR DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	
1. Sub Gerencia Administrativa y/o Financiera. (Líder)	Dr. Nohelid Chogo y Dr. Álvaro Amaya.
2. Jefe de Recursos Humanos.	Dra. Norma Gallardo

Tabla 4. (Continuación)

3. Jefe de Salud Ocupacional	Dr. José Manuel Galeano / Ing. Ingrid Picón.
4. Representante del comité de Infecciones.	Dra. Marcela Álvarez Aldana
5. Ingeniero Biomédico o quien haga sus veces, secretario.	Ing. Nilson Espinosa
6. Jefe de Gestión Ambiental.	Ingeniero Alexander Lázaro
7. Jefe de Ingeniería y Mantenimiento.	Ingeniera Laura Pitta
8. Profesional Misional.	Dr. Carlos Santana
9. Profesional del equipo líder de Acreditación.	Marcela Álvarez Aldana
10. Coordinador de Salud Ocupacional	Ingeniera Ingrid Picón
ESTANDAR DE GERENCIA DEL RECURSO HUMANO	
1. Sub Gerencia Administrativa.	Dr. Nohelid Chogo
2. Jefe de Recursos Humanos.(Líder)	Ing. Norma Gallardo
3. Sub Gerencia Científica	Dra. Claudia Figueroa
4. Profesional Coordinador de Intervenciones colectivas.	Dr. Holger Santos
5. Coordinadora de Salud Ocupacional.	Ing. Ingrid Picón.
6. Coordinadora Asistencial	Jefe Samira Angarita
7. Ingeniera Ambiental	Ing. Alexander Lázaro
8. Coordinadora de Atención al usuario.	Dra. Claudia Belén Castro
10. Coordinador de Calidad	Dra. Marcela Álvarez Aldana
ESTANDAR DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	
1. Coordinador de Estadísticas Vitales (Líder)	Ingeniera Karen Sánchez

Tabla 4. (Continuación)

2. Coordinadora de Cootrasmar	Administradora Lina Sánchez
3. Ingeniero de Sistemas de Cootrasmar	Ingeniero Mario Peñaranda
4. Director de la unidad de Infraestructura técnica y de sistemas	Ingeniero Yolimer Arévalo
5. Coordinadora de Archivo de Historias Clínicas.	Sra. Marina Rangel
6. Coordinadora Atención al usuario.	Dra. Claudia Belén Castro
7. Líder de Contratación	Dr. Holmes Amaya
8. Coordinador de Calidad	Dra. Marcela Álvarez Aldana
ESTANDARES DE TECNOLOGÍA	
1. Jefe de Sistemas.	Ing. Yolimer Arévalo
2. Ingeniero Biomédico, secretario.	Ing. Nilson Espinosa
3. Jefe de Salas de Cirugía.	Jefe Carol Herrera – Lizet Roper
4. Líder del Área de Mantenimiento,	Ing. Laura Pita
5. Coordinador de Estadísticas Vitales	Ing. Karen Sánchez
6. Coordinadora de Sistema de Información y Atención al usuario.	Dra. Claudia Belén Castro
7. Coordinadora de Calidad	Dra. Marcela Álvarez Aldana
8. Coordinadora de Farmacia	Ing. Érica Reyes
9. Gerente	Dr. Elmer Tamayo
10. Representante Cootrasmar	Ing. Mario Peñaranda
11. Auditor Interno Procesos	Ing. Diego Reales

Nota: Fuente. Pasante

Tabla 5.*Estándares de Acreditación.*

Tipo de estándar	Referencia	N° Total	estándares Trabajados	estándares pendientes
Estándar Asistencial (ejecutado equipo asistencial)	1 al 74	74	16	58
Estándar Direccionamiento	75 al 82	8	0*	8
Estándar Gerencia	83 al 102	20	2	18
Estándar Gerencia Talento Humano	103 al 118	16	0	16
Estándar Ambiente Físico	119 al 129	11	9	2
Estándar Gerencia de la Tecnología	130 al 139	10	5	5
Estándar Gerencia de la Información	140 al 153	14	2	12
Estándar Plan de Mejoramiento	154 al 158	5	0	5
TOTAL		158	34	66

Nota: Fuente. Pasante

En la actualidad estos estándares tienen un alto porcentaje (%) de criterios implementados heterogéneamente.

Observamos que tenemos un total de 158 estándares que propone el manual de Acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia, de los cuales del 1 al 74 son estándares asistenciales, en 16 de estos estándares se ha trabajado, quedarían pendientes de implementar y socializar 58 estándares para el presente año.

El total de estándares de Apoyo es 84, cuatro (4) de estos son de mejoramiento continuo y serian compartidos para los grupos de estándares asistenciales y de apoyo. El grupo de estándares de apoyo se conforma de la siguiente manera:

Tabla 6.

Grupo de estándares de apoyo

TIPO DE ESTANDAR	REFERENCIA	N° DE ESTANDAR
Estándar Direccionamiento	75 al 82	8 estándares
Estándar Gerencia	83 al 102	20 estándares
Estándar Gerencia del Talento Humano	103 al 118	16 estándares
Estándar Ambiente Físico	119 al 129	11 estándares
Estándar Gerencia de la Tecnología	130 al 139	10 estándares
Estándar Gerencia de la Información	140 al 153	14 estándares

Nota: Fuente. Pasante

Se puede concluir entonces que a la fecha han sido implementados 34 estándares entre el grupo de estándares asistenciales y de apoyo, de los cuales el 21,5 % (18 estándares) para los estándares de apoyo.

En total son 62 estándares pendientes por implementar del Grupo de estándares de Apoyo; cabe precisar que no se incluyen los 4 estándares del mejoramiento continuo, pues estos se realizan al final de la implementación junto a los estándares asistenciales, el porcentaje de los estándares pendientes de apoyo es de 77,5 %. La proporción de estándares que se deben

implementar en un lapso de 10 a 12 meses, para el estándar de apoyo, sería de 6 estándares mensuales.

En el diagnóstico realizado se pudo observar que existen una serie de necesidades dentro de la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares, entre estas se encuentran:

Software de SIAU (sistema interno de atención al usuario)

Software de Sistemas de Información

Software actualizado (Farmacia)

Software gestión documental y / sistema de documentación controlado para acceder a todos los documentos institucionales, según pertinencia.

El programa de Historia Clínica digital, totalmente parametrizado.

Objetos contractuales ajustados para todo el personal (Obligatoriedad en la asistencia de las capacitaciones guías, procesos y procedimientos)

Otro frente a enfatizar es el Plan de Comunicaciones del proyecto de acreditación en el 2016 de la ESE HEQC, pues esta debe tener un plan de comunicación en marcha.

Es crítico para el éxito de una evaluación centrada en el cliente, que todos los involucrados e interesados en el proceso estén informados. El plan de comunicación debe generar una estrategia para la comunicación entre tres equipos principales y la organización en su conjunto:

Personal y médicos, tanto aquellos que están participando directamente en la evaluación como los que se encuentren indirectamente involucrados.

Pacientes y familia.

La entidad de acreditación y los evaluadores.

El plan de comunicación debe utilizar herramientas actualmente disponibles para comunicarse con el personal, como carteleras internas, publicaciones, correos electrónicos, y así mismo debe permitir la creación de nuevas herramientas.

Para lograr el cumplimiento de los 62 estándares se construirán durante los próximos meses videos y puestas en común donde una parte del personal pueda discutir estrategias de funcionamiento de grupo y de autoevaluación. Se estará haciendo un conteo regresivo de la fecha de evaluación de los estándares que faltan por implementar.

Se publicara la información disponible en varios medios, y los equipos que hayan terminado su autoevaluación pueden indicarlo en la cartelera; esto impulsara a los demás equipos a hacer lo mismo.

(Ver apéndice 1). Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia.

TOTAL ESTANDARES DE SUA

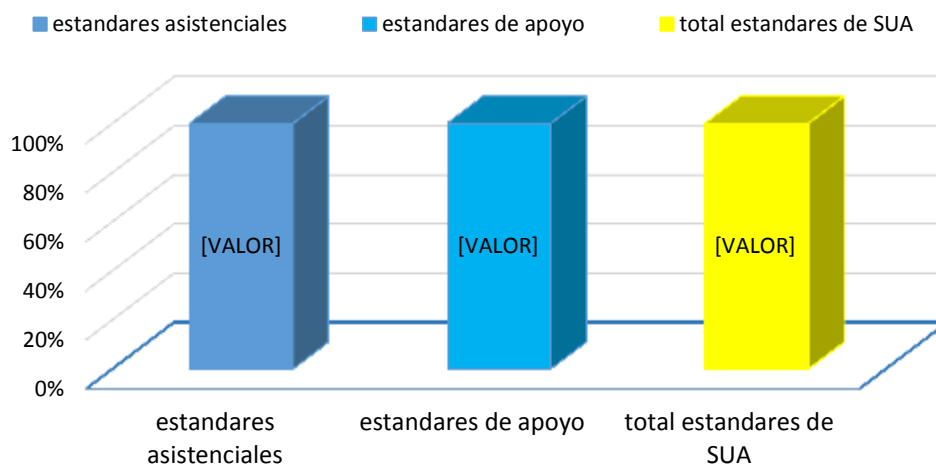


Figura 2. Total estándares de SUA (Sistema Único de Acreditación)

Norma fundamental. Es la que establece los lineamientos para el desarrollo, aprobación, emisión y control de la documentación, que se utilizan en la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares, generada por el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

Este procedimiento aplica a todos los documentos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad y va desde la estructura del documento hasta su presentación.

Con el diagnóstico que se realizó se pudo observar que la coordinadora de auditoría y calidad del departamento de auditoría, es responsable de velar por el cumplimiento de este procedimiento por parte del personal que labora en esta área.

Es responsable del seguimiento, desarrollo, aprobación y cumplimiento de los documentos institucionales.

Es responsable de la emisión, distribución y control de los documentos y de todos los documentos controlados.

El personal que labora en la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares, es responsable de seguir los lineamientos establecidos en este procedimiento.

También se pudo percibir que los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad del departamento de auditoria deben cumplir con lo establecido en el procedimiento, Norma Fundamental POE-HEQC-DC-001.

Los documentos impresos se firman sobre el campo de elaboró, revisó y aprobó, determinando claramente la fecha y, los documentos en medio magnético llevan solo el cargo.

Del mismo modo se estableció una estructura documental, con el fin de preservar el conocimiento de la institución, estandarizar operaciones en las diferentes áreas, facilitar la prestación de los servicios y la administración de los recursos, disponer de adecuados mecanismos de control y de dotar a los servidores de la actividades del departamento de calidad, de instrumentos que faciliten su gestión y el cumplimiento de las responsabilidades a cargo;

Entre estos:

Manual de calidad

Procesos

Procedimientos

Planes

Instructivos

Formatos.

(Ver apéndice 2). Norma fundamental

Se puede observar que por medio de la Norma Fundamental se hace más fácil el trabajo para quienes elaboran documentos dentro de la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares, ya que esta indica los lineamientos a seguir para dar un orden y llevar una secuencia en los diferentes tipos de documentos.

Esta norma nos muestra o nos enseña el tipo de letra y tamaño, el diseño de la página, y los márgenes que se debe seguir, los espacios entre los diferentes renglones del contenido; asimismo señala que parte del contenido debe ir en negrilla, mayúscula sostenida o mayúscula inicial, de igual forma la numeración el tipo de viñetas que corresponde a dicho documento.

Del mismo modo indica que el cuerpo del documento sigue el encabezado, y al mismo tiempo se hace una descripción breve para explicar detalladamente el propósito o logro que se debe tener el escrito, esta norma sirve para explicar el ámbito de aplicabilidad del contenido teniendo en cuenta su delimitación con una actividad inicial y una final, además el campo de aplicación y a quien va dirigido.

Por otra parte especifica notas aclaratorias u observaciones al procedimiento una lista numerada o un diagrama de flujo que explica detalladamente cómo realizar las tareas de forma que permitan el control del proceso y la capacitación del personal que debe realizarlas.

Actividad 2. Proponer estrategias para que los procesos de acreditación que se llevan a cabo en la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares se realicen de forma más efectiva.

Al conocer la situación actual del área de auditoría y calidad en lo referente a los procesos de acreditación se puede analizar que la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares, necesita mejorar algunos elementos claves para el logro de sus metas institucionales, fortalecimiento y conocimiento de los temas relacionados con los procesos de acreditación para esto se diseñaron una serie de estrategia las cual puede contener elementos relacionados con los aspectos que se mencionan a continuación; sin embargo todo depende de los recursos (humanos, presupuestales y tecnológicos) con los que cuente la Entidad:

Motivar a los líderes implementadores de los grupos de los diferentes estándares para que se fortalezcan los procesos de acreditación en salud.

Disponer espacios donde se traten temas de interés relacionados con los procesos de acreditación en salud para que el personal pueda discutir y opinar sobre lo expuesto; y de esta forma obtener un mejoramiento continuo.

Capacitar al personal de la E.S.E en concientización sobre acreditación y buenas prácticas clínicas en salud, ya estos son quienes construyen un buen clima laboral dentro del Hospital Emiro Quintero Cañizares.

Comprometer a todo el equipo que labora en la E.S.E para que se edifique una entidad más humana brindando un mejor trato a los usuarios.

Impulsar a los grupos implementadores a informar si los estándares aplican o no, para así tener conocimiento de cómo va el proceso de acreditación en la E.S.E.

Programar y realizar una actividad que permita el conocimiento de los elementos básicos de los procesos de Acreditación así mismo, el conocimiento de los procedimientos y formatos que cada uno debe de aplicar “visitar cada dependencia”, realizar capacitaciones, entre otros.

Realizar actividades para la preparación de los auditores, como simulacros de auditoría y análisis de situaciones que se pueden llegar a presentar.

Concientizar al personal médico en lo relacionado con la atención al paciente y su familia sin tener en cuenta las características socioculturales.

Diseñar y elaborar medios impresos como: cartilla, afiches, pendones, carteleras, volantes, plegables, calendarios, entre otros. Para que el personal este actualizado de los procesos de Acreditación que se llevan a cabo en la E.S.E

Diseñar un pendón con las políticas, los objetivos de calidad, mapa de procesos, responsabilidades, entre otros para darlos a conocer al personal que labora en la E.S.E

Diseñar un programa donde se pueda transmitir información relacionada con los procesos de acreditación, a los diferentes equipos de cómputo de la E.S.E HEQC

Construir videos y puestas en común donde una parte considerable del personal pueda discutir estrategias de funcionamiento de grupo y de autoevaluación.

Cuando haya información disponible por parte de los evaluadores, también se va a publicar en varios medios. Los equipos que hayan terminado su autoevaluación pueden ser invitados a indicarlo en la cartelera. Esto motivará e impulsará a los demás equipos a hacer lo mismo.

Para mantener a los miembros de la junta directiva al tanto de la evaluación, pueden programarse en sus agendas reuniones de actualización del proceso de preparación para la evaluación, y para el resto de la ciudad de Ocaña y la estaremos permanentemente comunicando a la comunidad una sección acerca de la evaluación y su importancia en la calidad de servicio que se brinda.

Es importante destacar que durante el desarrollo de Las estrategias propuestas se debe preparar continuamente a todo el personal en sensibilización sobre Acreditación y buenas prácticas en salud, pues finalmente son quienes potencian y edifican un ambiente de trabajo

propositivo y receptivo para la construcción de cultura organizacional, que no es más que la traducción de los objetivos de la alta gerencia y de la intención de Acreditarnos.

Antes bien se deben comprometer a brindar un trato humanizado y prioritario al usuario (a), su familia y la comunidad en lo referente a la prestación de los servicios de salud, apoyando las diferentes formas de participación social, promoviendo el desarrollo de las capacidades y habilidades de todos los trabajadores en beneficio de un mejoramiento continuo con base en los parámetros éticos y de calidad que los identificaran como un equipo de trabajo y que en el desarrollo de procesos articulados garantice una atención humanizada.

Finalmente se puede decir que el equipo de directivos y líderes implementadores, están firmemente comprometidos en la construcción de una entidad humanamente responsable y en pro de una cultura ética y organizacional acorde a la Acreditación en Salud de la E.S.E y sus políticas organizacionales.

Actividad 3. Socializar las estrategias creadas a los directivos y encargados del área de auditoría y calidad en lo concerniente a procesos de acreditación.

Se realizó la socialización de las estrategias creadas a los integrantes del área de auditoría y calidad de la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares, donde los asistentes estuvieron de acuerdo con las estrategias propuestas ya que gran parte de estas sirven para construir personas más motivadas en su trabajo, más consientes en los temas relacionados con la acreditación en salud y buenas prácticas clínicas ya que estos son quienes proporcionan un mejor clima laboral

dentro de la institución. De esta forma se socializaron las estrategias para su aprobación y puesta en marcha.

La siguiente formula determinan el porcentaje de integrantes del área de auditora y calidad asistentes:

$$\frac{\# \text{ DE INTEGRANTES ASISTENTES}}{\# \text{ DE INTEGRANTES TOTALES DEL AREA DE AUDITORIA Y CALIDAD}} \times 100$$

$$\frac{11 \text{ Integrantes asistentes}}{11 \text{ Integrantes totales del área de auditoria y calidad}} \times 100 = 100\%$$

La anterior formula nos indica que la asistencia abarcó un 100 % de los integrantes del área de auditoria y calidad de la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares para la socialización de las estrategias, mostrando el desarrollo de la actividad de forma satisfactoria.

De lo anterior se muestran evidencias en el (Apéndice 3). Fotos socialización de estrategias. (Ver apéndice 4). Lista de asistencia a la socialización de estrategias.

Lista de integrantes del área de auditoria y calidad de la E.S.E Hospital Emiro

Quintero Cañizares.

NOMBRES APELLIDOS	CARGO	FIRMA
MARCELA ÁLVAREZ	Coordinadora Auditoria y Calidad	
EDWIN ACUÑA	Auditor Médico	
GIGLIOLA MORANTI	Auditora Medica	
TATIANA ANGARITA	Auditora Interna	
DIANA RIVERO	Auditora Interna	
JESSICA MURILLO	Auditora Interna	
DIEGO REALES	Ing. Industrial	
SORAYA CASTILLO	Coordinadora Comité IAMI	
LEONARDO ZARATE	Secretario Auditoria y Calidad	
CLAUDIA BENAVIDEZ	Estudiantes UFPSO	
OSCAR CLARO	Estudiantes UFPSO	

Nota: Fuente. Pasante

3.1.2 Identificar los procesos que requieren de un control y seguimiento permanente para el cumplimiento de los procesos de acreditación de la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares.

Actividad 1. Establecer los procesos claves de SGC para los procesos de acreditación.

Los procesos claves del SGC están dirigidos al personal que labora en el sector salud, que tienen como finalidad asegurar a los pacientes y usuarios la prestación del servicio de salud con los máximos estándares de calidad. Dentro de los procesos del SGC están muy relacionados el sistema único de habilitación de servicios de salud ya que por medio de este se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas y, de esta forma llegar la Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad para avanzar en los estándares básicos para el logro de estándares superiores como el S.U.A Sistema Único de Acreditación y comprobar el cumplimiento de los niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Sistema único de habilitación de servicios de salud. Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Sistema único de Acreditación en Salud. El sistema único de habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la

prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud.

El mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. (Art. 2 Decreto 1011 de 2006). Lleva implícito la intencionalidad de avanzar de estándares básicos de habilitación, hacia el logro de estándares superiores, concretados en el Sistema Único de Acreditación. (Ver apéndice 5). Normas sobre Auditoria para el mejoramiento de la Calidad.

El sistema único de acreditación es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. (Art. 41 Decreto 1011 de 2006). (Ver apéndice 6). Normas sobre el sistema único de acreditación.

Después de haber realizado el diagnóstico para analizar la situación real y veraz de los procesos para el desarrollo de acreditación se procede a identificar las oportunidades de mejoras para realizar la respectiva actualización y creación de los documentos que se requieren elaborar. Es importante dar un enfoque sistémico al control de documentos. Por tal razón, no se definen los períodos de tiempos para la revisión bajo el concepto de frecuencia. Se debe más bien, hacer cada vez que se toma una acción correctiva, preventiva o de mejora y se ha evaluado su eficacia previamente.

Se empieza con la actualización de la norma fundamental que acapara, regula y controla los documentos que se manejan en la E.S.E para llevar a cabo los procesos de acreditación relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad y a la obligatoriedad de ser implementado así como el manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario Colombia, para obtener el título de acreditado. La evaluación del cumplimiento debe ser el primer esquema de seguimiento y medición cubierto por el Sistema de Gestión, donde se verifique el estado de los requisitos legales, la condición del producto o servicio, así como el análisis del presupuesto y la percepción del cliente, como parte de los resultados organizacionales.

Es por esto que se evalúa la eficacia para ser identificada por el proceso de auditoría donde se cuenta con información de entrada para la evaluación de las interacciones, del cumplimiento y del desempeño. De esta forma se genera un resultado que es la entrada para una buena y adecuada revisión gerencial, razón por la cual se debe efectuar una auditoría cuando ya está bien implementado el esquema de cumplimiento y desempeño. (Ver apéndice 7). Sistema de información para la calidad

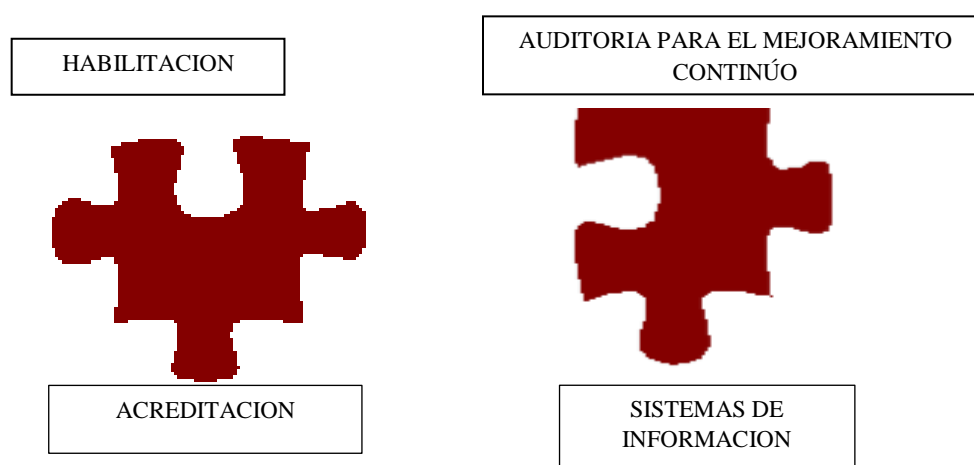


Figura 3. Componentes

Actividad 2. Apoyo en la verificación del cumplimiento y evaluación del desempeño de los procesos de acreditación y estándares de calidad.

Para el cumplimiento de esta actividad se elaboró una auditoria PAMEC con una lista de chequeo que contiene los criterios de cada tipo de estándar de calidad de los procesos de acreditación, para conocer que parte de los criterios de cada estándar del manual de calidad de salud ambulatorio y hospitalario se han trabajado dentro de la E.S.E HEQC; por parte de cada líder implementador.

Esta auditoria se hizo con el objeto de verificar y evaluar el cumplimiento de cada criterio; pero se pudo observar que cierta parte de los líderes han trabajado muy poco en la implementación de dichos criterios para la acreditación en salud del Hospital Emiro Quintero Cañizares.

Para el logro de la auditoria se visitó cada uno de los lideres dentro de la E.S.E en compañía del ingeniero Diego Reales quien hace parte del equipo de auditoria y calidad, de esta forma se fue obteniendo la información necesaria para conocer el estado actual de los estándares de calidad. Con la información obtenida se elaboró la siguiente tabla donde se muestran los criterios trabajados.

Con la investigación que hizo se obtuvo información que es de vital importancia para el trabajo de acreditación.

Se programó una reunión de acreditación con todos los líderes de los procesos y con el equipo de trabajo de auditoría y calidad; con el fin de conocer que piensan cada uno de estos con respecto al tema de acreditación en salud de la E.S.E HEQC.

Donde cada líder expuso los estándares que manejan e implementan, se aclararon las dudas que se presentaban al momento de implementar un criterio, algunos de estos manifestaron el desacuerdo en algunos puntos,

En conclusión cada líder se comprometió a trabajar un poco más sobre cada tipo de estándar, reunirse cada semana para socializar lo que han trabajado y de esta forma hacer una retroalimentación para obtener una mejora continua.

Tabla 7.*Estándares SUA implementados en la E.S.E HEQC*

TIPO DE ESTÁNDAR	REFERENCIA	Nº TOTAL	ST TRABAJADOS	ESTANDAR	LÍDER DEL PROCESO	DEPENDENCIA
ST Direccionamiento	75-82	8	4	75,78,79,82	Jefe José Manuel Galeano. Jefe Samira Angarita. Dr. Nihelid Chogo	Calidad, planeación, SIAU, junta directiva, líder de contratación.
ST Gerencia	83-102	20	4	90,91,96,101	Jefe José Manuel Galeano. Jefe Samira Angarita. Dr. Nihelid Chogo	Calidad, planeación, SIAU, junta directiva, líder de contratación.
ST Talento Humano	103-118	16	6	103,104,105,106,107,108	Ing. Norma Gallardo. Ciro Sánchez. Olivain Velásquez.	Talento humano, Asohospital, servicios y distribuciones J.V, subgerencia administrativa y científica, planeación, SIAU, seguridad y salud en el trabajo, auditoria y calidad.
ST Ambiente Físico	119-129	11	10	109,120,121,122,123,124,125,126,127,128	Dr. Nihelid Chogo Álvaro Amaya.	Seguridad y salud en el trabajo, comité de infecciones, mantenimiento, gestión ambiental, auditor de habilitación.
ST Gerencia de Tecnología	130-139	10	6	131,132,133,134,135,138	Ing. Laura Pita. Ing. Yolimer Arévalo	Gerente, farmacia, auditoria de calidad.
ST Gerencia de Información	140-153	14	4	145,149,150,152	Ing. Karen Sánchez Ing. Mario Peñaranda Ing. Yolimer Arévalo	Coordinador de facturación, gestión documental, SIAU, líder de contratación, archivo historias clínicas
Plan de Mejoramiento	154-158	5	0	0	Auditoria de calidad	Auditoria de calidad
TOTAL		84	50			

Nota: Fuente pasante

Actividad 3. Apoyo en la actualización de documentos según los estándares de calidad de la norma fundamental.

Se inició con el proceso de ajuste, mejora y actualización normativa en pro del perfeccionamiento al interior de la entidad de acuerdo con los lineamientos estratégicos de la Gerencia, con el único fin de garantizar que la Norma Fundamental, sea el instrumento que contenga las pautas para el desarrollo, aprobación, emisión, y control de la documentación que son aplicables al área de auditoría y calidad de la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares. Donde se pudo determinar que por medio de esta área en coordinación de la doctora Marcela Álvarez y los demás integrantes del equipo de auditores, se verifica si los documentos cumplen con todos los requisitos que exige la norma para así ser aprobados o rechazados.

En esta actividad se lleva a cabo el proceso de recolección de información de las diferentes dependencias para ser validadas por el centro documental del área de calidad.

En primer lugar se recibió, una capacitación en cuanto a los temas de Norma Fundamental, por parte del ingeniero Diego Reales; se creó una base de datos conformada por POES, Instructivos, Listados y Guías; de las diferentes áreas o dependencias como: Farmacia, Gineco, Guías de Medicina General, Guías Rápidas, Equipos Laboratorio, Mantenimiento, Medicina Interna, Odontología, Pediatría, Laboratorio, medicina general, nutrición, psicología, salud mental, hospitalización general, Protocolos Generales, P y P Quirúrgica, Rayos X, Régimen Contributivo, Urgencia, entre otros.

Los cuales se revisaron uno a uno para verificar dicha documentación y comprobar que cumplan con los requisitos necesarios para ser aprobados; ya que la actualización de la documentación es una consecuencia de la eficacia de la acción. Luego de aprobada la documentación esta se da a conocer a las diversas dependencias y a su vez garantizar su disponibilidad para consulta a los integrantes de los procesos en la medida en que vaya siendo aprobada.

Durante el desarrollo de esta actividad se logró evidenciar que el área de documentación de calidad no cuenta con una persona fija encargada de recolectar la información de las respectivas dependencias de la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares, debido a esta falencia se evidencio una gran acumulación de documentos, ya que se encuentran al alrededor de 6.000 escritos que no han sido revisados, validados y aprobados lo que ha generado documentos incompletos.

Por tal razón se creó una base de datos a la que se le llama control maestro de documentos. Se empezó a recolectar y actualizar la información para luego anexarla a la base de datos y así agilizar la revisión, aprobación y validación de los documentos por parte de los integrantes del área de auditoria y calidad.

De esta forma los documentos validados son puestos a disposición de los jefes encargados de cada área o dependencia para su respectivo uso.

Por otra parte se percibió que los encargados de elaborar los documentos ya sean (Guías, POES, Instructivos, Formatos entre otros), no conocen en totalidad la Norma Fundamental, por lo que se encuentran múltiples errores en la redacción de los documentos; entre estas fallas se identifican que los documentos no tienen su respectivo margen y tipo de letra como lo indica la norma fundamental, los objetivos no están acordes con el alcance, en algunos no aparece el glosario, anexos y bibliografía, por tal razón muchos de los documentos son rechazados por parte del área documental de auditoría y calidad.

También se observó que entre las dependencias que tienen desconocimiento de la Norma Fundamental se encuentran, Banco de Sangre, Mantenimiento, Odontología, Pediatría, Laboratorio, Quirúrgica, Rayos X, Urgencia, entre otras, ya que en estas dependencias se cometieron múltiples errores en cuanto a los márgenes, puntuación, tamaño de la letra, encabezados, y fallas en la redacción del contenido como tal.

A consecuencia de esta situación presentada se llevaron a cabo capacitaciones de Norma Fundamental con los respectivos jefes de cada área para que ellos conozcan los lineamientos a seguir que exige la norma para la creación y corrección de los diferentes tipos de documentos que se requieren en la E.S.E HEQC. Todo esto de acuerdo a los parámetros de la Norma Fundamental.

Tabla 8.*Lista de formatos actualizados*

NÚMERO DE FORMATO	NOMBRE DEL FORMATO
FSIGC-02	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE ÁREAS DE BANCO DE SANGRE
FSIGC-04	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE SOLUCION SALINA COMERCIAL 0.9%
FSIGC-05	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE INMUNOHEMATOLOGIA- TECNICA EN GEL.
FSIGC-06	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE SELECCIÓN DE DONANTES
FSIGC-07	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE OBTENCIÓN DE SANGRE Y TIPIFICACIÓN
FSIGC-08	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE FRACCIONAMIENTO
FSIGC-09	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE TAMIZAJE
FSIGC-10	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE ETIQUETADO Y ALMACENAMIENTO
FSIGC-11	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE DISTRIBUCIÓN
FSIGC-12	FORMATO DE PLAN DE AUDITORIA
FSIGC-13	FORMATO DE INFORME DE AUDITORIA
FSIGC-14	FORMATO DE LISTA DE CHEQUEO PERSONAL AUXILIAR BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN
FSIGC-16	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE LA BALANZA MANUAL DE OBTENCIÓN DE SANGRE
FSIGC-17	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE LA BALANZA
FSIGC-18	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE CENTRÍFUGAS, MICROCENTRIFUGAS Y SERÓFUGAS
FSIGC-19	FORMATO DE CALIBRACIÓN DE REACCIONES SEROLOGICAS EN SALINA
FSIGC-20	FORMATO DE CALIBRACIÓN DE REACCIONES SEROLOGICAS EN POTENCIADOR
FSIGC-21	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE REFRIGERADORES Y CONGELADORES
FSIGC-22	FORMATO CONTROL DE CALIDAD BLOQUE SECO
FSIGC-23	FORMATO CONTROL DE CALIDAD DEL SELLADOR DEL TUBO PILOTO
Tabla 8. (Continuación)	DE CALIDAD DE PIPETAS AUTOMATICAS
FSIGC-25	FORMATO CONTROL DE CALIDAD DEL AGITADOR DE PLAQUETAS

FSIGC-26	FORMATO PRUEBA DE POTENCIA DE ANTISUEROS
FSIGC-27	FORMATO PRUEBA DE AVIDÉZ DE ANTISUEROS
FSIGC-28	FORMATO PREPARACIÓN HIPOCLORITO DE SODIO
FSIGC-29	FORMATO PREPARACIÓN DE JABÓN LIQUIDO PARA LAVADO DE MATERIAL
FSIGC-30	FORMATO DE CONTROL DE LIMPIEZA DE MUEBLES MESONES, EQUIPOS MATERIAL
FSIGC-31	FORMATO DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS LIQUIDOS
FSIGC-32	FORMATO DE CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME
FSIGC-33	FORMATO DE REPORTE DE QUEJAS
FSIGC-34	FORMATO: MONITOREO DE TRANSFUSIONES Y NOTIFICACIÓN DE REACCIONES TRANSFUSIONALES
FSIGC-35	FORMATO DE INSPECCIÓN DE UNIDADES DESPACHADAS PARA TRANSFUSIÓN
FSIGC-36	FORMATO DE SOLICITUD DE ELABORACIÓN O CAMBIO EN DOCUMENTOS
FSIGC-37	FORMATO DE REVISIÓN-APROBACIÓN-SOCIALIZACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTOS
FSIGC-38	FORMATO CONTROL DE CALIDAD DEL MICROSCOPIO
FSIGC-39	FORMATO DE VERIFICACIÓN DIARIA DEL KOLTRAK
FSIGC- 40	FORMATO DE ALMACENAMIENTO DE DATOS Y PROGRAMACIÓN DEL KOLTRAK
FSIGC-41	FORMATO CONTROL DE CALIDAD BALANZA DIGITAL OBTENCION DE SANGRE
FSIGC-42	FORMATO DE EVALUACIÓN, INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO PERSONAL NUEVO PROCESO: PROMOCIÓN Y SELECCIÓN DE DONANTES
FSIGC-43	FORMATO DE EVALUACIÓN, INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO PERSONAL NUEVO PROCESO: OBTENCIÓN DE SANGRE Y TIPIFICACIÓN
FSIGC-44	FORMATO DE EVALUACIÓN, INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO PERSONAL NUEVO PROCESO: FRACCIONAMIENTO
FSIGC-45	FORMATO DE EVALUACIÓN, INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO PERSONAL NUEVO PROCESO: TAMIZAJE
FSIGC-46	FORMATO DE EVALUACIÓN, INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO PERSONAL NUEVO PROCESO: ETIQUETADO Y ALMACENAMIENTO
FSIGC- 47	FORMATO DE EVALUACIÓN, INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO
Tabla 8. (Continuación)	NUEVO PROCESO: DISTRIBUCION
FSIGC-48	FORMATO DE EVALUACIÓN, INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO

	PERSONAL NUEVO PROCESO: GARANTIA Y CONTROL DE CALIDAD
FSIGC-50	FORMATO CONTROL DE ENTREGA DE BOLSAS TRANSFUNDIDAS
FSIGC-51	FORMATO CONTROL DE RECEPCIÓN DE INSUMO, MATERIALES
FSIGC-54	FORMATO DE ELIMINACIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS
FSIGC-55	FORMATO DE CONTROL DE ESTADO Y DISTRIBUCIÓN DE DOCUMENTACIÓN - FORMATOS : FM
FSIGC-56	FORMATO DE CONTROL DE ESTADO Y DISTRIBUCION DE DOCUMENTACIÓN REGISTRO: FSIGC
FSIGC-57	FORMATO DE ANÁLISIS DE INDICADORES
FSIGC-58	FORMATO DE CALIBRACION DE MICROCENTRIFUGAS.
FSIGC-59	FORMATO DE RESULTADOS DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO INMUNOHEMATOLOGIA Y SEROLOGIA
FSIGC-60	FORMATO DE REGISTRO DE CONTROL DE CALIDAD SEPARADOR DE PLASMA.
FSIGC-61	FORMATO CONTROL DE CALIDAD DE LAMPARA.
FSIGC-62	FORMATO DE MANTENIMIENTO DIARIO DEL BEST 2000
FSIGC-64	FORMATO VERIFICACION DIARIA DEL KOLTRAK
FSIGC-65	FORMATO CONTROL DE ESTADO Y DISTRIBUCION DE DOCUMENTACION – FORMATOS : FM -FSIGC
FSIGC-66	FORMATO DE REGISTRO DE CONTROL DE CALIDAD DE LECTINA A ₁
FSIGC-68	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE COLORACION DE GOTA GRUESA
FSIGC-69	FORMULARIO DE ACCIONES DE MEJORAMIENTO
FSIGC-70	FORMATO DE ACCIONES CORRECTIVAS / PREVENTIVAS
FSIGC-71	FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE REACTIVOS PARA MARCADORES INFECCIOSOS
FSIGC-72	FORMATO DE VERIFICACION DE UNIDADES ENVIADAS A OTRAS INSTITUCIONES
FSIGC-77	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DESCONGELADOR DE PLASMA
FSIGC-78	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE DIASPECT
FSIGC-79	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE EQUIPO DE FRACCIONAMIENTO
FSIGC-80	FORMATO DE EVALUACIÓN, INDUCCIÓN Y ENTRENAMIENTO PERSONAL AUXILIAR NUEVO
FSIGC-81	FORMATO DE CONTROL INSUMOS BOTIQUÍN
Tabla 8. (Continuación)	BOTOMÍA
FSIGC-82	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DONANTES DE SANGRE

FSIGC-83	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DONANTES DE SANGRE EN JORNADAS EXTRAMURALES
FSIGC-84	FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD DE LA CENTRIFUGA REFRIGERADA
FSIGC-85	BITACORA CONTROL DE CALIDAD INTERNO INFECCIOSAS
FSIGC-86	FORMATO DE TRAZABILIDAD
FSIGC-87	FORMATO REENTRENAMIENTO DE PERSONAL
FSIGC- 88	FORMATO CONTROL FECHA EXPIRACIÓN INSUMOS BANCO DE SANGRE-SERVICIO DE TRANSFUSIÓN
FSIGC-89	FORMATO ADQUISICIÓN EQUIPOS
FSIGC-90	FORMATO VIGILANCIA ALERTAS DISPOSITIVOS MÉDICOS Y REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO IN VITRO
FSIGC-91	FORMATO ADQUISICIÓN REACTIVOS
FSIGC-92	FORMATO REPORTE STOCK MINIMO REACTIVO/REPORTE DE REACTIVO PRÓXIMO A CADUCAR Y/O CADUCADO
FSIGC-93	FORMATO TRAZABILIDAD INFECCIOSAS
FSIGC-94	FORMATO VERIFICACIÓN HISTORIAL COMPONENTES UNIDADES REACTIVAS EN PRUEBAS DE TAMIZAJE
FSIGC-95	FORMATO CONTROL SALIDA A JORNADAS EXTRAMURALES
FSIGC-96	FORMATO DE CONTROL DE ASISTENCIA A ACTIVIDADES DE ENTRENAMIENTO DE PERSONAL BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN
FSIGC-97	FORMATO LISTA DE CHEQUEO PROCESO DE INMUNOHEMATOLOGÍA
FSIGC-98	FORMATO CONTROL DE CALIDAD DEL PANEL DE IDENTIFICACIÓN DE ANTICUERPOS
FSIGC-99	FORMATO CONTROL DE INSUMOS ÁREAS BANCO DE SANGRE Y SERVICIO DE TRANSFUSIÓN

Nota: Fuente. Pasante

3.1.3 Apoyar la implementación de barreras de seguridad, necesarias para el programa paciente seguro en la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares.

Actividad 1. Hacer una evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud y seguridad al paciente.

Colombia impulsa una política de seguridad del paciente, liderada por el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecta la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente. La medicina colombiana ha alcanzado niveles importantes de desarrollo, obteniendo amplio reconocimiento por parte de nuestros ciudadanos e incluso a nivel internacional; prueba de ello son los niveles alcanzados en los programas de trasplante de órganos y tejidos, en manejo del paciente neonatal en programas de madre canguro o en los temas relacionados con la investigación científica, entre muchos otros.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple, poco efectivo y relativamente seguro a ser complejo, efectivo y potencialmente peligroso, si no existen los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas. Sucede entonces, que en una atención en salud sencilla, pueden concurrir múltiples y variados procesos. Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás.

En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en particular, sino más bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente y generando, en ocasiones, los llamados eventos adversos.

Para que un sistema de Atención en Salud sea seguro es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también, pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias. (Ver apéndice 8). Objetivos del programa de seguridad del paciente. (Ver apéndice 9). Política de seguridad del paciente. (Ver apéndice 10). Definiciones del programa de seguridad del paciente.

Actividad 2. Diseñar e implementar barreras de seguridad necesarias para evitar que ocurran eventos adversos.

Podemos decir que existen gran cantidad de barreras de seguridad necesarias para evitar la ocurrencia de eventos adversos dentro de la E.S.E HEQC y evitar que algún usuario o alguna persona que labora dentro de la entidad se perjudiquen.

Se pueden diseñar una serie de barreras de seguridad necesarias para evitar la ocurrencia de eventos adversos, entre estos se pueden mencionar:

- Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud.
- Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos.
- Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas.
- Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.
- Prevenir úlceras por presión.
- Prevenir las complicaciones anestésicas.
- Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.
- Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio.
- Implementar equipos de respuesta rápida.
- Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.
- Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea.
- Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico.
- Mejorar la seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas.
- Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental.
- Prevenir de malnutrición a la desnutrición.
- Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales. (Ver apéndice 11). Barreras de seguridad que previenen la ocurrencia de eventos adversos.

Actividad 3. Aplicar talleres para sensibilizar, promover y coordinar acciones para la seguridad del paciente.

La Seguridad del Paciente es una prioridad en nuestro modelo de atención, la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares, dentro de sus políticas institucionales, propende por el bienestar de nuestros usuarios y su familia, brindándoles una atención integral, ante los riesgos físicos, emocionales y económicos, aumentando los niveles de confianza y credibilidad. Nuestro modelo de prestación de servicio se construye a partir de una alianza estratégica entre usuarios, sus familias, la comunidad y el equipo humano de la E.S.E para la identificación y control de riesgos que reduzca la ocurrencia de incidentes y eventos adversos. Para lograr este propósito se implementan Procesos Institucionales y Asistenciales Seguros, creando una cultura de seguridad en nuestra Institución y evaluando permanentemente estos procesos, para luego tomar medidas preventivas y/o correctivas necesarias para minimizar la ocurrencia de acciones inseguras.

En el desarrollo de esta actividad se desea que los usuarios y sus familias conozcan e identifiquen las estrategias de prácticas seguras, dándoles a conocer las manillas que se utilizan en la E.S.E según el riesgo que presenta cada usuario, las personas que laboran dentro de la institución, los medicamentos del tratamiento del usuario, que participe adecuadamente de su cuidado, que hagan conocer los medicamentos que toman en casa, que comuniquen las dudas que tengan acerca de la prestación del servicio ya que en muchas ocasiones los usuarios y sus familias son ajenos a los servicios de salud que se prestan en el HEQC.

Se realizó una campaña educativa a los usuarios y sus familias que reciben atención en la E.S.E HEQC dándoles a conocer que cada usuario hospitalizado o dentro del servicio de urgencias debe llevar su rotulo de tipo de riesgo, si lo tiene. se debe solicitar otra manilla, en caso de pérdida o daño y que es de vital importancia que el equipo de salud verifique permanentemente el uso de esta manilla.

Todo personal que labore dentro de la institución debe tener carnet de presentación, si alguien lo atiende sin escarapela solicíteselo, Si nota personas no identificadas pida ayuda, y una forma más fácil de identificar al personal es por su uniforme y logo institucional.

Como usuario debe participar adecuadamente de su cuidado. Mantenerse informado de quien está a cargo de su asistencia, participe en la toma de decisiones acerca de su salud, Aprenda sobre su enfermedad y como cuidarse y pregunte por los medicamentos que se le suministren.

Conozca los medicamentos de su tratamiento, pregunte cuales son y por cuanto tiempo debe tomarlos, que efectos y reacciones pueden producirle, en caso que perciba que le suministran un medicamento diferente, pregunte. No debe hacerlo si no está seguro.

Informe al personal a cargo en caso de sentirse extraño luego de administrarle un medicamento.

Haga conocer los medicamentos que toma en casa para que los médico que lo atenderán sepan que medicamentos suministrarle facilite una lista de los medicamentos que toma en casa, incluya

en el informe si es alérgico a algún medicamento; y antes de salir del hospital solicite al médico que tenga en cuenta los nuevos medicamentos y los que toma en casa ya que es importante para su salud.

Comunique cualquier inquietud o duda, haga preguntas al médico y al personal que lo atiende. Solicite respuestas en términos que usted entienda, si algo no le queda claro pregunte nuevamente, pida a un familiar o amigo que lo acompañe mientras le estén dando instrucciones de su permanencia o cuidados posteriores.

Como usuario de la E.S.E debe conocer el sistema de llamado, controles de la cama y equipo médico para su cuidado, además para salir del servicio, solicite permiso y el documento de salida a la enfermera y pregunte por instrucciones o información que no comprenda; Si le preocupa algún asunto de sus seguridad hágalo saber al personal de salud que labora dentro de la entidad prestadora de salud.

Dentro de la campaña que se realizó para los usuarios y su familia, se hizo entrega de plegables del programa de paciente seguro para que tengan más información acerca de las estrategias de buenas prácticas seguras que se llevan a cabo en el hospital y que en cierta forma la comunidad que recibe los servicios no las conocen. (Ver apéndice 12). Deberes y derechos de los pacientes. (Ver apéndice 13). Plegables del programa de seguridad del paciente.

"UN MUNDO DE COLORES"

IDENTIFICA EL RIESGO DE **TU** PACIENTE

PACIENTE HOSPITALIZADO
NIÑA HOSPITALIZADA
NIÑO HOSPITALIZADO
PACIENTE CON RIESGO DE CAIDA
PACIENTE CON RIESGO DE FUGA
PACIENTE ALERGICO Y/O ANTICOAGULADO
PACIENTE EN AISLAMIENTO
PACIENTE CON RIESGO DE ULCERA POR PRESION
PACIENTE DE CIRUGIA





SERVICIO DE SALUD HABILITADO

HABILITACIÓN EN LA SALUD



ACREDITACIÓN EN SALUD



Paciente SEGURO



E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CANIZARES

ACREDITACIÓN

Figura 4. Identifica el riesgo de tu paciente



Figura 5. Salvar vidas está en tus manos

Capítulo 4. Diagnóstico final

En el desarrollo de la pasantía realizada en la dependencia administrativa de la Empresa Social del Estado Hospital Emiro Quintero Cañizares, se generaron diversos procesos de conocimiento que contribuyeron en gran manera en la materialización de lo aprendido en el periodo académico recorrido, otorgando oportunidades constantes para exhibir la formación profesional integral recibida en la Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña, mediante aportes significativos en la misión de acompañamiento para el mejoramiento de los procesos de acreditación.

Al momento de ingresar a la oficina se evidencia un interés por lograr la acreditación en los procesos de la entidad, existiendo una hoja de ruta compuesta por las fases de diagnóstico y diseño, a esperar de iniciar la implementación, contando con un equipo comprometido y dispuesto a alcanzar dicho cometido.

De tal manera se logra una articulación interdisciplinaria mediante el establecimiento de un sistema de procedimientos claro y eficaz, reuniendo los actores principales de las distintas dependencias de la ESE, formulando las políticas y determinando las actividades a desarrollar para llevar a feliz término el objetivo propuesto.

Es importante destacar que durante el desarrollo de las diferentes actividades, se debe preparar continuamente a todo el personal en sensibilizarlos sobre acreditación y buenas prácticas en salud, pues finalmente son quienes potencian y edifican un ambiente de trabajo

propositivo y receptivo para la construcción de la cultura organizacional, que nos es más que la traducción de los objetivos de la alta gerencia y de la intención de acreditación. Entonces este estricto programa de adecuación académico, logístico y estratégico se realiza para el logro de los objetivos trazados, este debe ser continuo y primordial, como si fuere la prestación de una atención a un usuario y que este se traduce en un servicio facturado y genera una rentabilidad económica y a la vez social.

Capítulo 5. Conclusiones

Se realizó un diagnóstico de la situación actual al área auditoria y calidad en lo referente a los procesos de acreditación y normas fundamentales, identificando los procesos que requieren de un control y seguimiento permanente para el cumplimiento de los procesos de acreditación de la E.S.E H hospital Emiro Quintero Cañizares y se apoyó en la implementación de barreras de seguridad necesarias para el programa paciente seguro de la E.S.E Hospital Emiro Quintero Cañizares.

Para lo cual fue necesario una adecuada organización de los procesos documentales con base en los requerimientos de la entidad, se evidencia la implementación de los procedimientos, los cuales están como la interrelación para la información y atención de quejas o reclamos de los pacientes con el proceso de mejora continua y el procedimiento de la medición y control.

A través del mejoramiento continuo se logra ser más productivos y competitivos en el mercado al cual pertenece la organización, por otra parte las organizaciones deben analizar los procesos utilizados, de manera tal que si existe algún inconveniente pueda mejorarse o corregirse; como resultado de la aplicación de esta técnica puede ser que las organizaciones crezcan dentro del mercado y hasta llegar a ser líderes.

Capítulo 6. Recomendaciones

Para lograr la confiabilidad, eficacia y eficiencia, es necesario implementar y tener en cuenta los procedimientos realizados, que garantizan la adecuada distribución de los productos y servicio en la entidad prestadora de salud.

Se recomienda tener en cuenta los documentos necesarios y exigidos por la norma para cumplir con los requisitos de la Norma y así lograr la certificación y acreditación. De igual forma es conveniente continuar dando a conocer los procesos a los empleados de la empresa.

Es necesario formular e implementar estrategias para el mejoramiento en el proceso de direccionamiento con el objetivo de optimizar los procesos en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares.

Referencias

- Alvarez, M. (2 de Febrero de 2016). <http://www.hospitaleqc.gov.co/historico/plataforma-estrategica/resena-historica.html>. Obtenido de Historia del Hospital Emiro Quintero Cañizares: <http://www.hospitaleqc.gov.co/historico/plataforma-estrategica/resena-historica.html>
- Cañizares, E. H. (13 de Junio de 2014). <http://www.hospitaleqc.gov.co/organigrama.html>. Obtenido de Plataforma estratégica. Información general: <http://www.hospitaleqc.gov.co/organigrama.html>
- Colombiana, N. T. (14 de Noviembre de 2009). http://manipulaciondealimentos.files.wordpress.com/2010/11/ntc-iso_1000-2009.pdf. Obtenido de NTC GP 1000. Sistema gestión de calidad: http://manipulaciondealimentos.files.wordpress.com/2010/11/ntc-iso_1000-2009.pdf
- Congreso, C. (1950). Código sustantivo del trabajo. Adoptado por el Decreto Ley 2663 del 5 de agosto de 1950 "Sobre Código Sustantivo del Trabajo". Bogotá: Diario Oficial No 27.407.
- Congreso, C. (2010). Ley 1164 de 2007. Bogotá.
- Congreso, C. (2010). Ley 872 del 30 de diciembre del 2003. Bogotá.
- Congreso, C. (2011). Decreto No. 903 de 2014. Bogotá.
- Congreso, C. (2012). Decreto 1011 de 2006. Bogotá.
- Contreras Garcia, L. D. (2016). Apoyo en el área de auditoria y calidad en el diseño de un plan estrategico para el mejoramiento de los procesos de acreditacion en el talento humano en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares en la ciudad de Ocaña. Ocaña: Universidad Francisco de Paula Santander Ocaña.

Gavalda, J. (1994). Colectividad: la mejora simultánea de la calidad y la productividad. Barcelona.

Gómez Gras, J. M. (1997). Estrategias para la competitividad de las pymes. España: Editorial Mc. Graw Hill.

ICONTEC. (2002). Acreditación. Bogotá.

Juran, J. M. (2011). y el Liderazgo para la Calidad, Manual para Ejecutivos. España: E. Díaz de Santos S.A.

República, C. (1991). Constitución Política de Colombia. Bogotá: Edición cupido.

República, C. (2000). Ley 100 de 1993. Bogotá.

República, C. (2010). Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá.

República, C. (2010). Decreto 785 de 2005. Bogotá.

República, C. (2010). Ley 1122 de 2007. Bogotá.

República, C. (2012). Decreto 1567 de 1998. Bogotá.

República, C. (2012). Decreto 410 de 1971. Bogotá.

República, C. (2012). Decreto 785 de 2005. Bogotá.

social, M. d. (2012). Acreditación en salud. Bogotá.

social, N. d. (2010). Acreditación. Ocaña: Ediciones Ltda.

www.hospitaleqc.gov.co. (s.f.). <http://www.hospitaleqc.gov.co/historico/plataforma-estrategica/resena-historica.html>.

Apéndices

Apéndice 1. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia

Versión 003

Descriptor

Acreditación - Accreditation

Dirección General de Calidad de Servicios

Unidad Sectorial de Normalización en Salud

Contenido

Prólogo	9
Presentación	11
Metodología para la elaboración	13
1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN	15
2. REQUISITOS DE PUERTA DE ENTRADA	16
3. GLOSARIO	17
4. EXPLICACIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL MANUAL Y EL ORDEN DE LOS ESTÁNDARES	18
4.1 Grupos de estándares	18
4.2 Prólogos	19
4.3 Criterios y estándares	19
4.4 Estándar de mejoramiento del grupo de estándares	20
5. MODELO EVALUATIVO	21
5.1 El modelo	21
6. PERIODO DE TRANSICIÓN	22
7. ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN	25
7.1 Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial	27
7.2 Grupo de estándares de direccionamiento	51
7.3. Grupo de estándares de gerencia	57
7.4 Grupo de estándares de gerencia del talento humano	63
7.5 Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico	71
7.6 Grupo de estándares de gestión de tecnología	77
7.7 Grupo de estándares de gerencia de la información	81

Proceso de consenso

Desde 2008 se activó el Comité de Estándares de Acreditación, el cual realizó siete reuniones, con la participación de 240 personas representantes de instituciones prestadoras de servicios de salud, aseguradoras, de la academia, sociedades científicas y profesionales independientes, de los sectores público y privado.

Las instituciones de las cuales provinieron las y los profesionales participantes en el proceso de consenso realizado en el Comité de Estándares de Acreditación de la Unidad Sectorial de Normalización en Salud son las siguientes:

- | | |
|--|---|
| 1. AGS COLOMBIA | 32.HOSPITAL MOSQUERA |
| 2. ALTA CONSEJERÍA PARA LA REINTEGRACIÓN | 33.HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA |
| 3. AMBUQ EPSS | 34.HOSPITAL SANTA CLARA |
| 4. ASCOFAME | 35.HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA |
| 5. ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS - ACHC | 36.HUMANA VIVIR EPS |
| 6. CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA - CGH | 37.ICONTEC |
| 7. CENTRO MÉDICO IMBANACO | 38.IDIME S.A. |
| 8. CENTRO POLICLÍNICO DEL OLAYA | 39.INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL FRANKLIN DELA-NO ROOSEVELT |
| 9. CLÍNICA COLSANITAS | 40.MÉDICOS ASOCIADOS |
| 10.CLÍNICA DE MARLY | 41.RTS LTDA. |
| 11.CLÍNICA FUNDADORES | 42.SANITAS EPS |
| 12.CLÍNICA JUAN N. CORPAS | 43.SCARE |
| 13.CLÍNICA SAN FERNANDO | 44.SECRETARÍA DE SALUD DEL CESAR |
| 14.CLÍNICA SAN RAFAEL | 45.SECRETARÍA DE SALUD DE CUNDINAMARCA |
| 15.CLÍNICA SHAIQ | 46.SECRETARÍA DE SALUD DEL META |
| 16.CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA | 47.SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ |
| 17.CLÍNICA UNIVERSITARIA TELETÓN | 48.UNIVERSIDAD CES |
| 18.CORPORACIÓN IPS CORV. COODONTOLOGOS | 49.UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA |
| 19.ESE CENTRO DERMATOLÓGICO FEDERICO LLERAS | 50.UNIVERSIDAD DE CARTAGENA |
| 20.FAMISANAR EPS | 51.UNIVERSIDAD DE LA SABANA |
| 21.FDF CONSULTING | 52.UNIVERSIDAD DE SANTANDER UDES BUCARAMANGA |
| 22.FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA COLOMBIANA | 53.UNIVERSIDAD DEL BOSQUE |
| 23.FUNDACIÓN SANTAFÉ DE BOGOTÁ | 54.UNIVERSIDAD DEL VALLE |
| 24.FUNDACIÓN VALLE DE LILI | 55.UNIVERSIDAD EAN |
| 25.FUNDONAL | 56.UNIVERSIDAD JAVERIANA DE CALI |
| 26.HEGI SERVIDA | 57.UNIVERSIDAD LIBRE DE PEREIRA |
| 27.HOSPITAL DE SAN JOSÉ | 58.UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA |
| 28.HOSPITAL FONTIBÓN | 59.UNIVERSIDAD SAN BUENAVENTURA DE CARTAGENA |
| 29.HOSPITAL GRANJA I | 60.UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS DE BOGOTÁ |
| 30.HOSPITAL GRANJA LÉRIDA TOLIMA | 61.UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS DE TUNJA |
| 31.HOSPITAL KENNEDY | 62.UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA DE NEIVA |

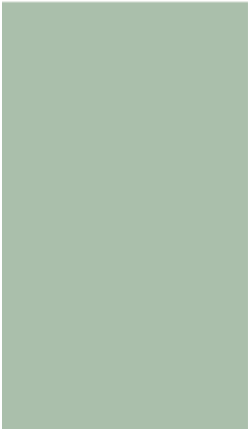


1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

Este manual aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o ambos. Están excluidas las instituciones que ofrecen servicios de habilitación y rehabilitación, a las cuales se les aplicará el manual específico para este tipo de instituciones.

Igualmente, en el caso de los laboratorios clínicos y las instituciones que ofrecen servicios de imagenología exclusivamente, se les aplicará el manual específico para esta clase de entidades.

Frente a cada estándar, se encuentra una columna en la cual la institución debe precisar durante su autoevaluación si el estándar le aplica o no. Esta decisión debe ser concertada previamente a la evaluación con el ente acreditador, durante el momento de aplicación, para la obtención de la certificación de acreditación.



5. MODELO EVALUATIVO

5.1 EL MODELO

Los estándares de este manual han sido diseñados para que puedan ser evaluados por medio de un proceso con las siguientes características:

- a. *Evaluación orientada a resultados centrados en el paciente/cliente:* evidencia la medida en que la institución los obtiene a través de su desempeño, centrándose en los procesos o estructuras con alta correlación con el resultado.
- b. *Evidencia del comportamiento de elementos medibles:* la metodología de evaluación tiene el propósito de buscar y calificar el cumplimiento de los estándares, mediante la evidencia del comportamiento de elementos medibles.
- c. *El evaluador se debe concentrar en el “qué”, dejando el “cómo” a las instituciones:* la metodología evalúa en las instituciones la manera como han implementado sus procesos para el cumplimiento de los estándares, respetando su autonomía para elegir la manera más adecuada según sus condiciones específicas.
- d. *Seguimiento a pacientes trazadores:* el método principal para la búsqueda de la evidencia es la metodología basada en el seguimiento a pacientes trazadores, a través de la cual se evalúa el ciclo de atención de un usuario en los servicios de salud y el desempeño organizacional, que debe ocupar la mayor parte del tiempo de evaluación o autoevaluación. En el tiempo restante, se pueden continuar empleando las técnicas de verificación actuales: reunión con los equipos, revisión de la documentación, recorrido por las instalaciones y entrevista con usuarios y colaboradores.

6. PERIODO DE TRANSICIÓN

El periodo de transición reconoce que el tiempo promedio de preparación de una institución para la acreditación en Colombia es de alrededor de tres años. Por lo cual se ha definido que la institución que esté en proceso de acreditación no pierda lo ya adelantado, sino que por el contrario tenga un tiempo prudencial para aplicar a la acreditación sin perder los esfuerzos desarrollados, ni generar cambios bruscos en su proceso. Simultáneamente se permitirá a las instituciones que lo deseen, avanzar de manera inmediata hacia los niveles mayores de exigencia que representa el presente manual.

Las reglas del periodo de transición son:

- a. Las instituciones en proceso de preparación para la acreditación que han realizado procesos de autoevaluación con los manuales anexos de la Resolución 1445 de 2006 tendrán un plazo de 18 meses contados a partir de la expedición de la resolución que adopte el manual único, para presentarse al proceso de evaluación externo ante el ente acreditador.
Durante este periodo de transición las instituciones podrán presentarse con el manual establecido en la Resolución 1445 de 2006 o con el nuevo manual.
- b. De obtener la acreditación, el ciclo completo (otorgamiento y dos seguimientos) se realizará conforme a los manuales de la Resolución 1445 de 2006, y la institución podrá solicitar de manera voluntaria la evaluación de otorgamiento inicial con este manual.
- c. Las entidades que al momento de expedición de la resolución que adopte el nuevo manual, se encuentren acreditadas, podrán solicitar que sus

7. ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

Contenidos de los estándares de acreditación

- Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial
- Grupo de estándares de direccionamiento
- Grupo de estándares de gerencia
- Grupo de estándares de gerencia del talento humano
- Grupo de estándares de gerencia del ambiente físico
- Grupo de estándares de gestión de tecnología
- Grupo de estándares de gerencia de la información
- Grupo de estándares de mejoramiento de la calidad



7.1 GRUPO DE ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL

Estándares 1 a 74

- Derechos de los pacientes
- Seguridad del paciente
- Acceso
- Registro e ingreso
- Evaluación de necesidades al ingreso
- Planeación de la atención
- Ejecución del tratamiento
- Evaluación de la atención
- Salida y seguimiento
- Referencia y contrarreferencia
- Sedes integradas en red

7.2 GRUPO DE ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO

Estándares 75 a 87

INTENCIONALIDAD DEL GRUPO DE ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO (DIR)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

- Que la organización esté alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad. Para el efecto, la organización cuenta con procesos para:
 - La lectura del entorno.
 - La formulación y revisión periódica del direccionamiento estratégico.
 - La construcción de un plan de direccionamiento estratégico.
 - La comunicación, difusión y orientación del personal.
 - La sustentación de la gestión del personal ante la junta.
 - El seguimiento y evaluación del direccionamiento estratégico y del plan estratégico.
 - La evaluación integral de la gestión en salud.

Esto incluye:

- El énfasis en los siguientes ejes: gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo, la seguridad del paciente, la humanización de la atención, la gestión de la tecnología, el enfoque de riesgos orientados a la transformación cultural de largo plazo y la responsabilidad social.

7.3 GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA

Estándares del 88 al 102

INTENCIONALIDAD DEL GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA (GER)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

- Que los procesos organizacionales lleven a la operación los lineamientos estratégicos orientados hacia el logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad. Para tal efecto, la organización cuenta con procesos de:
 - Identificación de los clientes internos y externos de los procesos y de sus necesidades.
 - Definición y monitorización de metas y objetivos por unidad funcional, alineados con las metas y los objetivos institucionales.
 - Identificación y cumplimiento de los requisitos de entrada al proceso de acreditación.
 - Asignación de recursos físicos, financieros y de talento humano para las labores de mejoramiento.
 - La protección de los recursos.
 - Si la organización delega servicios, procesos para definir, acordar y monitorizar criterios de alineación entre el servicio delegado, los lineamientos y las políticas institucionales y los estándares de acreditación que apliquen, así como el mejoramiento de los servicios delegados.

7.4 GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO

Estándares del 103 al 118

INTENCIONALIDAD DEL GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO (TH)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

- Que el talento humano mejore sus competencias y desempeño en relación con las metas y los objetivos institucionales, particularmente en la atención de usuarios. Para ello, la organización cuenta con procesos de:
 - Identificación y respuesta efectivas a las necesidades del talento humano.
 - Planeación del talento humano institucional.
 - Desarrollo de estrategias para promover la seguridad del paciente, la humanización de la atención y el enfoque de riesgo.
 - Educación continuada.
 - Evaluación competencias y desempeño.
 - Mejoramiento de la salud ocupacional y seguridad industrial.
 - Evaluación sistemática de la satisfacción del cliente interno.
 - Desarrollo de la transformación cultural.

7.5. GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

Estándares del 119 al 129

INTENCIONALIDAD DEL GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO (GAF)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

- Que los procesos institucionales, y en particular los de atención del paciente, cuenten con los recursos físicos, tecnológicos y de infraestructura y con las características técnicas que respondan a las necesidades. En especial que las condiciones del ambiente físico garanticen la protección en un ambiente humanizado a los usuarios y los colaboradores. Para ello, la organización cuenta con procesos de:
 - Gestión de insumos y suministros.
 - Gestión de la infraestructura física.
 - Gestión ambiental.
 - Plan de emergencias y desastres internos y externos.
 - Seguridad industrial y salud ocupacional.

Esto incluye el manejo seguro del ambiente físico, con enfoque de riesgo, consistente con el direccionamiento estratégico, y la promoción de una cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico.

7.8 GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Estándares del 154 al 158

INTENCIONALIDAD DEL GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (MCC)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de este grupo de estándares es:

- Que la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos.
- Que el proceso de calidad de la institución integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización para que los procesos de calidad que se desarrollen sean efectivos y eficientes.
- Que los procesos de calidad estén íntimamente integrados en los procesos organizacionales y que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización.
- Que los procesos de mejora de la calidad sean sostenibles en el tiempo.
- Que los procesos de mejora de la calidad general produzcan aprendizaje que sea útil tanto para la organización como para el sistema en general.

Apéndice 2. Norma fundamental

	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02
		Página: 1 de 17

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para el Desarrollo, aprobación, emisión y control de la documentación, que se utilizan en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, generada por el Sistema de Gestión de la Calidad.

1.1 ALCANCE

Este procedimiento aplica a todos los documentos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad de la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares y va desde la estructura del documento hasta su presentación.

2. RESPONSABILIDAD

- > La coordinación de Auditoría de Calidad del departamento de auditoría, es responsable de velar el cumplimiento de este procedimiento por parte del personal que labora en esta área.
- > La coordinación de Auditoría de Calidad del departamento de auditoría, es responsable del seguimiento, desarrollo, aprobación y cumplimiento de los documentos institucionales.
- > La coordinación de Auditoría de Calidades responsable de la emisión, distribución y control de los documentos y de todos los documentos controlados.
- > El personal que labora en la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, es responsable de seguir los lineamientos establecidos en este procedimiento.

3. MATERIALES, EQUIPO Y REQUERIMIENTOS DE DOCUMENTACIÓN

- > Archivadores para documentos controlados
- > Sello "Documento Controlado"
- > Tinta negra indeleble
- > Sello "Documento No controlado"
- > Tinta roja indeleble
- > Sello fechador
- > Fotocopiadora
- > Control de registros de los documentos y documentos controlados.
- > Escritorios
- > Equipos de computo
- > Impresora

	E.S.E HOSPITAL MIRO QUINTERO CANIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02
		Página: 2 de 17

4. PROCEDIMIENTO

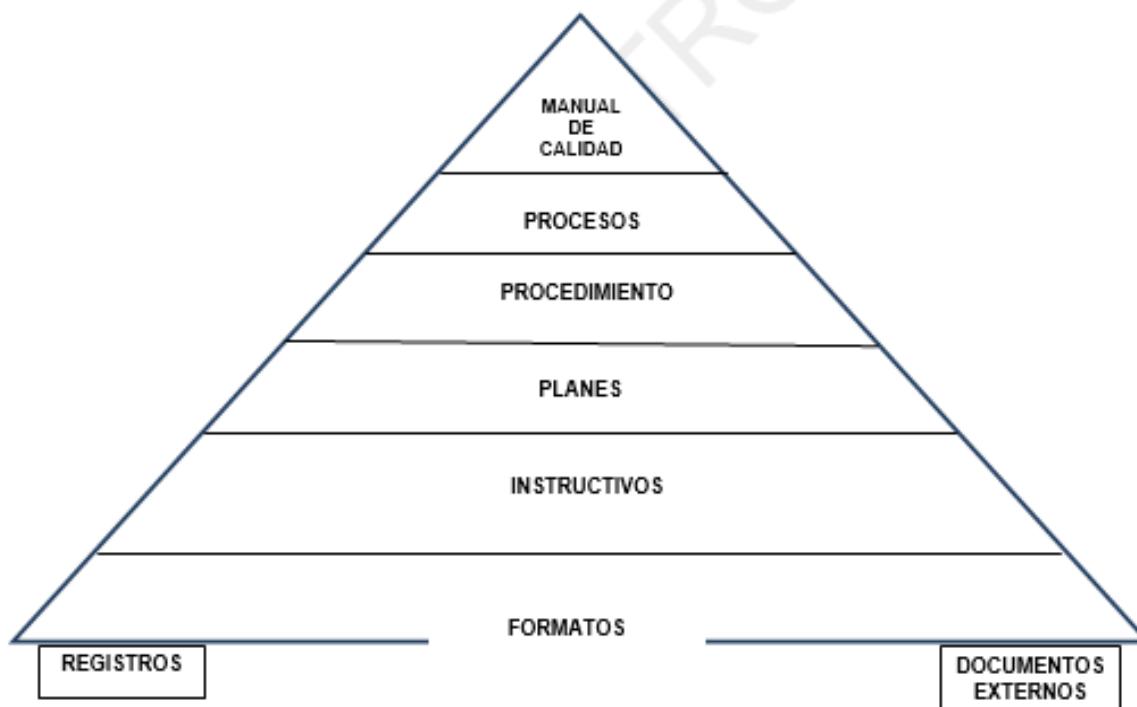
4.1 GENERALIDADES

Los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad del departamento de auditoría deben cumplir con lo establecido en el procedimiento, Norma Fundamental POE- HEQC-DC-001.

Los documentos impresos se firman sobre el campo de elaboro, reviso y aprobó, determinando claramente la fecha. Los documentos en medio magnético, llevan solo el cargo.

4.1.1 Estructura Documental

Con el fin de preservar el conocimiento de la institución, estandarizar operaciones en las diferentes áreas, facilitar la prestación de los servicios y la administración de los recursos, disponer de adecuados mecanismos de control y de dotar a los servidores de las actividades del departamento de calidad, de instrumentos que faciliten su gestión y el cumplimiento de las responsabilidades a cargo, se establece la siguiente estructura documental:



	E.S.E HOSPITAL MIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02
		Página: 3 de 17

4.2 ENCABEZADO

Los procedimientos, instructivos, planes de calidad y manuales del Sistema de Gestión de la Calidad, tienen un encabezado en cada página, con la siguiente presentación:

- > El encabezado incluye la información básica del Documento.
- > Nombre de la ESE HEQC (Empresa Social del Estado Hospital Emiro Quintero Cañizares), va escrito con mayúscula fija y con negrilla, en letra tahoma 10.
- > Logo o Escudo del HEQC al lado izquierdo.
- > Nombre del documento (se localiza en la parte intermedia del encabezado), va escrito con mayúscula fija y con negrilla, en letra tahoma 9.
- > En el extremo inferior derecho se divide en tres ítems así:
 - **Código:** indica el número único de identificación del documento. Consiste en una serie alfa numérica compuesta por iniciales designando institución y área funcional, sin negrilla en letra tahoma 9.

Obedece a la siguiente estructura general: W-XXXX-YY-ZZ, donde:

W: Es el prefijo que identifica el tipo de documento. (M: manual; I: Instructivos, P: Procedimiento)

- : Es un guion de separación.

XXXX: son las iniciales del Hospital.

YY: Identifica el servicio o área al que pertenece el documento.

ZZ: consecutivo interno establecida para los documentos.

- **Versión:** el número de veces que se ha actualizado el documento, sin negrilla en letra tahoma 9.

- **Página:** indica el número total de páginas del documento, sin negrilla en letra tahoma 9.

4.2.1 Abreviaturas. Las siguientes abreviaturas se utilizan para designar algunas de las áreas Funcionales. En el Código del Documento se incluyen las siglas de las áreas responsables de su cumplimiento:

> Indicando lugar del documento:

- **AC:** Auditoría de calidad.
- **AM:** Auditoría médica.

> Tipo de Proceso, si es:

- **PE:** Proceso Estratégico
- **PM:** Proceso Misional
- **PA:** Proceso de Apoyo

Estos a su vez están divididos en subprocesos según plataforma estratégica de la ESE HEQC.

- > La coordinación de Auditoría de Calidad, asigna el número del documento; el código que alguna vez ha sido aprobado no puede volver a ser asignado nunca más.
- > **Página:** Se indica el número correspondiente en cada página del documento como parte de la información del encabezado con el formato "Página X de Y" para asegurar la integridad del documento todo el tiempo.
- > La coordinación de Auditoría de Calidad o designado establecen la fecha efectiva (fecha en que aparece aprobado el documento), luego de que hayan sido aprobados los documentos se firman los mismos.
- > El funcionario designado pone el sello con la fecha de vigencia en el documento original.

	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02 Página: 4 de 17

4.3 CUERPO DEL DOCUMENTO PARA CONSTRUIR UN DOCUMENTO

4.3.1 Contenido del Manual de calidad

El cuerpo del Documento sigue al encabezado y está compuesto por siete secciones diferentes.

- Sección 1. **OBJETIVO**. Una descripción breve para explicar y detallar el propósito o logro que se debe tener con el manual.
- Sección 1.1 **ALCANCE**. Expresa el ámbito o aplicabilidad del manual, teniendo en cuenta su delimitación con una actividad inicial y una final, además del campo de aplicación y a quién se dirige; personas, procesos, organizaciones y sistemas.
- Sección 1.2 **EXCLUSIONES**. Se establecen aquellos numerales, aspectos generales o específicos de la norma NTC ISO 9001:2000, que son aplicables al sistema de gestión de la calidad del departamento de calidad.
- Sección 2. **RESPONSABILIDADES**. Una descripción breve de las responsabilidades generales y específicas de los funcionarios en el cumplimiento del documento.
- Sección 3. **PROCEDIMIENTO**. Consiste en un texto seccionado, encabezada por ítem que contenga las generalidades del manual, en este campo se especifican notas aclaratorias u observaciones al procedimiento una lista numerada o un diagrama de flujo que explica detalladamente cómo realizar las tareas de forma que permitan el control del proceso y la capacitación del personal que debe realizarse. Teniendo las siguientes variables:
 - Actividad: (QUÉ) se identifica y menciona la actividad.
 - Responsable: (QUIÉN) Especifica el o los responsables de la ejecución de cada actividad.
 - Descripción: (CÓMO) Explica claramente en qué consiste cada actividad, ofreciendo la posibilidad de remitir a Instructivos y formatos, si existe Flujograma debe responder a la simbología. (Ver anexo 1 Simbología para los Flujogramas).

La estructura general del sistema: Se especifican aspectos como:

- Misión
- Visión
- Valores y principios de calidad
- Política de calidad
- Objetivos de calidad
- Estructura organizacional
- Mapa de procesos
- Matriz de Interacción de los procesos

Caracterización de procesos, de acuerdo a lo definido en el mapa de procesos

Cumplimiento de requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000: en este campo se establece el cumplimiento o no de los ítems de la norma, especificando el soporte y observaciones que se pueden presentar.

	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02
		Página: 5 de 17

Matriz de responsabilidades y autoridades requeridas por la norma NTC 9001:2000: de acuerdo a lo que se establece en los ítems de la norma especifican los cargos de las personas que tienen responsabilidad, autoridad y los suplentes en caso de requerirse, especificando su alcance.

- Sección 4. **DOCUMENTACIÓN DE APOYO.** Esta sección corresponde a una lista de la documentación relacionada con el manual (leyes, manuales, procedimientos, entre otros), requeridos para una mejor comprensión del mismo y se deben listar utilizando la identificación propia del documento. Se incluyen los documentos de referencia tanto internos como externos del departamento de calidad.
- Sección 5. **ANEXOS.** Es una relación de los documentos que se requieren para la ejecución del manual (formatos, dibujos, planos, diagramas, definiciones, guías, cuadros, entre otros). Los cuales se adicionan al documento, en caso de requerirse, se incluyen en esta sección del documento. La abreviación "N/A" (no aplica), En el caso que no haya anexos.
- Sección 6. **LISTA DE REGISTROS.** Se relacionan todos los registros que se generan en el manual, siguiendo las especificaciones del anexo 3.
- Sección 7. **HISTORIAL DE CAMBIOS.** Consiste en un cuadro en el que se detalla la historia de cambios y versiones de los Documentos. Se detalla la fecha de vigencia, el autor, el número de versión, la razón de realizar una nueva versión y la referencia del cambio.

4.3.2 Matriz de la caracterización de los Procesos

El cuerpo del Documento sigue al encabezado y está compuesto por nueve secciones diferentes (Ver anexo 2 Formato de Caracterización de un Proceso).

- Sección 1. **OBJETIVO.** Una descripción breve para explicar y detallar el propósito o logro que se debe tener con el Procesos.
- Sección 2. **ALCANCE.** Expresa el ámbito o aplicabilidad del proceso, teniendo en cuenta su delimitación con una actividad inicial y una final, además del campo de aplicación y a quién se dirige; personas, procesos, organizaciones y sistemas.
- Sección 3. **REQUISITOS A CUMPLIR.** Se describe el Normograma exigido para el cumplimiento de cada proceso y
- Sección 4. **DESCRIPCION DEL PROCESO.** Se describen los proveedores, las entradas, las actividades, las salidas y los clientes.
- **PROVEEDORES.** Se identifican dos clases de proveedores: Los Proveedores Internos, que se refieren a los otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, que le entregan sus salidas o resultados a este proceso. Por ejemplo, el Proceso de Planificación Estratégica de la Calidad es proveedor de todos los procesos porque les entrega como uno de los insumos la Política de Calidad. Los proveedores Internos de un proceso son otros procesos, y no dependencias o áreas funcionales. Los Proveedores Externos, por su parte, son los que se refieren a las entidades externas, públicas o privadas, o personas que entregan algún insumo o materia prima requerida para el proceso. Para facilitar la documentación de las Interacciones entre los procesos, se recomienda que en la Caracterización de Procesos, cada "Proveedor" se coloque en frente de la entrada que suministra.

	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02
		Página: 6 de 17

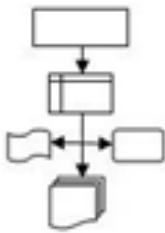
- **ENTRADAS.** Se refiere a los Insumos, materias primas y/o Información que se requiere para llevar a cabo el proceso. Pueden incluir productos tangibles, Información, documentos o servicios.
- **DESCRIPCION DE LA S ACTIVIDADE S.** Se describen teniendo en cuenta el ciclo Planear, hacer, Verificar y Actuar. Son las tareas que debe hacerse en tiempo limitado y deben cumplir una secuencia; se denominan con un verbo en Infinitivo.
La actividad, se coloca el nombre, pero no se describe.
- **SALIDA.** Determina los resultados, productos o Información que se genera por el desarrollo mismo del proceso, los cuales deben ser coherentes con el objetivo del proceso.
- **CLIENTE.** Se describe los funcionarios o clientes le llegan las salidas descritas anteriormente, determina los usuarios mismos de los procesos, ya sean Internos o externos.
- **Sección 5. PARÁMETROS DE CONTROL.** Se definen los mecanismos mediante el cual se realiza verificación en el cumplimiento del proceso, nombrando cual es el indicador de control, que corresponden con los indicadores de estos procedimientos y se documenta cada cuánto se van a realizar estos indicadores, cuál es la meta que se ha determinado para cada indicador, y de qué funcionario es la responsabilidad de realizar la medición.
- **Sección 6. RESPONSABLES Y LOS RECURSOS REQUERIDOS.** Se determina quién es el que dirige, el que ejecuta y el que controla el proceso. También se documentan cuáles son los documentos y registro, que se relacionan con este proceso y los recursos necesarios para su realización.
- **Sección 7. PROCESOS CON LOS QUE SE INTERRELACIONA.** Se describen otros procesos con los que se interrelaciona el proceso que se está describiendo, ejemplo Responsabilidad de la dirección, Gestión de recursos, Medición, análisis y mejora y/o Control de registros.
- **Sección 8. COMUNICACIONES.** Se describe para que el proceso se realice de acuerdo a lo planeado, determinando quien comunica, cómo se comunica, qué se comunica, cuándo se comunica, cómo se obtiene la retroalimentación.
- **Sección 9. HISTORIAL DEL DOCUMENTO.** Se describe el control Inicial donde se registra quien lo realiza, reviso y aprobó junto con la fecha, nombre completo, cargo y firma.
También se describe el control de actualizaciones.

	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02
		Página: 7 de 17

4.3.3 Contenido del POE

El cuerpo del Documento sigue al encabezado y está compuesto por nueve secciones diferentes (Ver anexo 3. Formato del procedimiento).

- Sección 1. **OBJETIVO**. Una descripción breve para explicar y detallar el propósito o logro que se debe tener con el Procedimiento.
- Sección 1.1 **ALCANCE**. Expresa el ámbito o aplicabilidad del procedimiento, teniendo en cuenta su delimitación con una actividad inicial y una final, además del campo de aplicación y a quién se dirige: personas, procesos, organizaciones y sistemas.
- Sección 2. **RESPONSABILIDADES**. Una descripción breve de las responsabilidades generales y específicas de los funcionarios en el cumplimiento del documento.
- Sección 3. **MATERIALES/ EQUIPO/ Y REQUERIMIENTOS DE DOCUMENTACIÓN**. Esta sección corresponde a una lista de la documentación, materiales y equipo requeridos para cumplir con el documento. cuando aplica, los formularios o formatos que se deben usar, se enlistan aquí y en el documento en los anexos. La abreviación "N/A" (no aplica) se escribe si no se requieren materiales, equipo o documentación.
- Sección 4. **PROCEDIMIENTO**. Consiste en describir detalladamente cómo realizar las tareas de forma que permitan el control del proceso y la capacitación del personal que debe realizarlas. Teniendo las siguientes variables:

QUÉ	QUIÉN	CÓMO	DÓNDE	CUÁNDO	FLUJOGRAMA
Donde se hace la descripción de la actividad	Es la descripción del responsable de ejecutar la acción	Es donde describe el método que se va a utilizar para ejecutar la tarea y los recursos necesarios	Es dónde se ejecuta la actividad	Es el tiempo o condición para ejecutar la actividad	Se plasma las actividades en el gráfico 

- El flujograma debe responder a la simbología. (Ver anexo 1 Simbología para los Flujogramas).
- Sección 5. **REQUERIMIENTOS DE CAPACITACION**. Detalla los funcionarios que deben ser instruidos en el procedimiento descrito, quiénes coordinan dicha capacitación y la modalidad a seguir sea formal o auto-certificación.

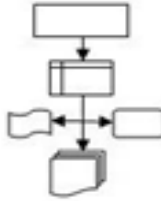
	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02 Página: 8 de 17

- > Sección 6. **GLOSARIO.** Se definen los términos y siglas utilizados en el documento para facilitar una mejor comprensión del mismo. Estos se listan en orden alfabético.
- > Sección 7. **ANEXOS.** Es una relación de los documentos que se requieren para la ejecución del manual (formatos, dibujos, planos, diagramas, definiciones, guías, cuadros, entre otros). Los cuales se adicionan los documentos requeridos, registro requerido.
- > Sección 8. **BIBLIOGRAFIA.** Esta sección corresponde a una lista de la documentación relacionada con el manual (leyes, manuales, procedimientos, entre otros), requeridos para una mejor comprensión del mismo y se deben listar utilizando la identificación propia del documento. Se incluyen los documentos de referencia tanto internos como externos del departamento de calidad.
- > Sección 9. **REVISIÓN.** Se registra quien lo realizó, revisó y aprobó junto con la fecha, nombre completo, cargo y firma.
Se describe el historial de cambios, donde se registra el control de las actualizaciones realizadas.

4.3.4 Contenido del Planes

El cuerpo del Documento sigue al encabezado y está compuesto por siete secciones diferentes.

- > Sección 1. **OBJETIVO.** Una descripción breve para explicar y detallar el propósito o logro que se debe tener con el Plan.
- > Sección 2. **RESPONSABILIDADES.** Una descripción breve de las responsabilidades generales y específicas de los funcionarios en el cumplimiento del documento.
- > Sección 3. **PROCEDIMIENTO.** Consiste en un texto seccionado, encabezada por ítem que contenga las generalidades del procedimiento, en este campo se especifican notas aclaratorias u observaciones al procedimiento una lista numerada o un diagrama de flujo que explica detalladamente cómo realizar las tareas de forma que permitan el control del proceso y la capacitación del personal que debe realizarse. Teniendo las siguientes variables:

QUÉ	QUIÉN	CÓMO	DÓNDE	CUÁNDO	FLUJOGRAMA
Donde se hace la descripción de la actividad	Es la descripción del responsable de ejecutar la acción	Es donde describe el método que se va a utilizar para ejecutar la tarea y los recursos necesarios	Es dónde se ejecuta la actividad	Es el tiempo o condición para ejecutar la actividad	Se plasma las actividades en el gráfico 

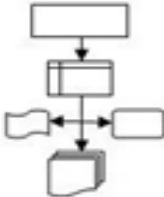
	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02
		Página: 9 de 17

- El flujograma debe responder a la simbología. (Ver anexo 1 Simbología para los Flujogramas).
- Sección 4. **DOCUMENTACIÓN DE APOYO.** Esta sección corresponde a una lista de la documentación relacionada con el manual (leyes, manuales, procedimientos, entre otros), requeridos para una mejor comprensión del mismo y se deben listar utilizando la identificación propia del documento. Se incluyen los documentos de referencia tanto internos como externos del departamento de calidad.
- Sección 5. **LISTA DE REGISTROS.** Se relacionan todos los registros que se generan en el manual, siguiendo las especificaciones del anexo 3.
- Sección 6. **ANEXOS.** Es una relación de los documentos que se requieren para la ejecución del manual (formatos, dibujos, planos, diagramas, definiciones, guías, cuadros, entre otros). Los cuales se adicionan al documento, en caso de requerirse, se incluyen en esta sección del documento La abreviación "N/A" (no aplica). En el caso que no haya anexos.
- Sección 7. **HISTORIAL DE CAMBIOS.** Consiste en un cuadro en el que se detalla la historia de cambios y versiones de los Documentos. Se detalla la fecha de vigencia, el autor, el número de versión, la razón de realizar una nueva versión y la referencia del cambio.

4.3.5 Contenido del Instructivo

El cuerpo del Documento sigue al encabezado y está compuesto por tres secciones diferentes.

- Sección 1. **PROCEDIMIENTO.** Consiste en un texto seccionado, encabezada por Item que contenga las generalidades del procedimiento, en este campo se especifican notas aclaratorias u observaciones al procedimiento una lista numerada o un diagrama de flujo que explica detalladamente cómo realizar las tareas de forma que permitan el control del proceso y la capacitación del personal que debe realizarias. Teniendo las siguientes variables:

QUÉ	QUIÉN	CÓMO	DÓNDE	CUÁNDO	FLUJOGRAMA
Donde se hace la descripción de la actividad	Es la descripción del responsable de ejecutar la acción	Es donde describe el método que se va a utilizar para ejecutar la tarea y los recursos necesarios	Es dónde se ejecuta la actividad	Es el tiempo o condición para ejecutar la actividad	Se plasma las actividades en el gráfico 

	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02 Página: 10 de 17

- El flujograma debe responder a la simbología. (Ver anexo 1 Simbología para los Flujogramas).

➤ Sección 2. **ANEXOS**. Es una relación de los documentos que se requieren para la ejecución del manual (formatos, dibujos, planos, diagramas, definiciones, guías, cuadros, entre otros). Los cuales se adicionan al documento, en caso de requerirse, se incluyen en esta sección del documento. La abreviación "N/A" (no aplica), En el caso que no haya anexos.

➤ Sección 3. **HISTORIAL DE CAMBIOS**. Consiste en un cuadro en el que se detalla la historia de cambios y versiones de los Documentos. Se detalla la fecha de vigencia, el autor, el número de versión, la razón de realizar una nueva versión y la referencia del cambio.

A continuación se relacionan los contenidos mínimos de cada tipo de documento:

CAPITULO	PROCEDIMIENTO	INSTRUCTIVO	MANUAL
1. OBJETIVOS	X		X
1.1 ALCANCE	X		X
2. RESPONSABILIDAD	X		X
3. MATERIALES/ EQUIPO/ Y REQUERIMIENTOS DE DOCUMENTACION.	X		X
4. PROCEDIMIENTO.	X	X	X
5. REQUERIMIENTOS DE CAPACITACION.	X	X	X
6. GLOSARIO.	X	X	X
7. ANEXOS.	X	X	X
8. BIBLIOGRAFIA	X	X	X
9. REVISION	X	X	X

4.3.6 Control de documentos

La coordinación de Auditoría de Calidad, mantiene una lista (electrónica) oficial de los documentos para su manejo interno, en la cual le asigna a cada documento uno de los siguientes status:

- **En proceso:** está en proceso de creación o modificación y está siendo revisado.
- **Vigente:** está en uso y su información está completa y actualizada
- **Obsoleto:** el documento está obsoleto por completo y no se debe utilizar, su información no aplica.
- **Congelado:** Es un estatus intermedio entre Obsoleto y Vigente porque ya no se usa activamente por finalización de la tarea que describe.

(Ver anexo 4 Control de documentos).

4.3.7 Generación de documentos nuevos y modificación de documentos ya existentes

Cualquier funcionario puede proponer a la coordinación de auditoría de calidad la creación de un documento nuevo o la modificación de un documento existente para que se ajuste a las necesidades actuales de práctica.

	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02
		Página: 11 de 17

- La coordinación de Auditoría de Calidad programa la modificación de los documentos existentes cada vez que sea necesario.
- **Nota:** En caso de que se requiera un cambio en la práctica, el cambio del procedimiento escrito se debe realizar antes del cambio en la práctica.
- El autor designado (sea por competencia o por indicación de la coordinación) prepara el borrador utilizando el número indicado por la coordinación.
- El borrador del documento se entrega al personal del departamento de auditoría para ser estudiado por ésta, por el responsable del área funcional, y por el coordinador o su designado.
- El borrador se devuelve al autor con las sugerencias de cambio, si aplica, para que las incorpore al texto y lo devuelva para su estudio final.
- La coordinación de Auditoría de Calidad sugiere el tipo de capacitación que estima procedente para el documento.
- Una vez que se determine que el documento está finalizado, La coordinación de Auditoría de Calidad o su designado y el (los) responsable (s) del área funcional aprueban el documento al firmarlo y fecharlo en la última página.
- Luego La coordinación de Auditoría de Calidad, oficializa el documento aprobado.
- La coordinación de Auditoría de Calidad, firma el documento aprobado en la sección VII.
- Se coordina con el responsable, para que proceda con la capacitación.
- Se decide la fecha de vigencia al documento según el tipo de capacitación requerida y la disponibilidad de tiempo para distribuir las copias controladas a los usuarios.
- La coordinación de Auditoría de Calidad, archiva el original de documento firmado (documento maestro) y pone el sello de fecha de vigencia en el documento firmado.
- El original del documento aprobado (o documento maestro) se mantiene en el archivo de "documentos vigentes" en coordinación.
- La coordinación de Auditoría de Calidad, distribuye las copias controladas del documento.
- En caso de que no se apruebe el documento, el borrador se anula y el número asignado al borrador vuelve a quedar disponible para su uso futuro.

4.3.8 Distribución y control de documentos

El documento maestro es el único original de un documento que existe y se mantiene en el archivo de documentos vigentes en coordinación de auditoría de calidad. Este es el documento que tiene las firmas en original de todos los funcionarios que lo aprueben.

Una copia de un documento maestro sólo puede ser de dos tipos: "Controlado" o "No controlado".

- Una copia controlada
 - Es una fotocopia del documento maestro vigente.
 - La copia controlada es emitida para el cumplimiento del mismo y se entrega a los funcionarios responsables y áreas funcionales involucrados en el cumplimiento del procedimiento.
 - Toda copia controlada de un documento o cualquier otro documento oficial se identifica como tal con un sello negro en todas sus páginas que dice "Documento. Controlado".
- Una copia no controlada
 - Es una fotocopia de la copia maestra de un documento oficial (vigente, obsoleto o retirado).
 - Las copias no controladas son emitidas con fines de información solamente.
 - Las copias no controladas son solicitadas por cualquier funcionario de la ESE, explicando la razón, y La coordinación de Auditoría de Calidad las emite siempre que haya acuerdo.
 - Toda copia no controlada de un documento o de cualquier otro documento oficial se identifica con un sello rojo en todas sus páginas que dice "Doc. No Controlado".

	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02
		Página: 12 de 17

Sólo La coordinación de Auditoría de Calidad puede emitir copias de cualquier documento: vigente, retirado u obsoleto.

La coordinación de Auditoría de Calidad (en físico o en magnético), distribuye las copias controladas de los documentos pertinentes a las diferentes áreas funcionales y funcionarios responsables.

Todas las copias controladas distribuidas a los funcionarios o áreas involucradas en el cumplimiento de un documento se registran en el control de registros de los documento del departamento de auditoría del HEQC.

Las hojas completas del control de registros de los documentos del departamento de auditoría del HEQC se adjuntan al documento maestro archivado en coordinación.

Los funcionarios receptores de las copias controladas son responsables por ellas, su uso y resguardo apropiado, y deben devolverlas (en el caso que estén en físico) cuando La coordinación de Auditoría de Calidad lo solicite por obsolescencia o retiro.

4.3.9 Eliminación o congelado de un documento

Cuando el responsable de un área funcional determina que un documento existente ya no es útil, solicita su eliminación a La coordinación de Auditoría de Calidad, a través de un oficio para que se le asigne un status de obsoleto.

- Luego de firmado el formulario o su designado este se adjunta al documento maestro archivado en coordinación.
- Se procede a retirar las copias controladas del documento.
- Cuando el responsable de un área funcional determinan que un documento vigente corresponde a un proceso que ya no se realiza por razones de temporalidad, pero que su información era la correcta al momento de aplicación, solicita su congelamiento a la coordinación de auditoría de calidad, para que se le asigne el status de congelado.
- El documento maestro archivado en la oficina de coordinación se rotula como congelado.
- Se procede a enviar una notificación a todo el personal que tiene una copia controlada del documento en cuestión, para que lo adjunten a su archivo de documentos.
- No es necesario retirar a los usuarios las copias controladas de un documento congelado.

4.3.10 Retiro de documentos a los usuarios

Un documento se debe de retirar de uso en dos circunstancias.

- Cuando entra en vigencia una nueva versión se debe retirar la versión anterior ya obsoleta.
- Cuando se aprueba la eliminación de un documento y se le ha asigna un status de obsoleto.
- La coordinación de auditoría de calidad, retira y destruye todas las copias controladas obsoletas del documento, y actualiza el control de registros de documentos del departamento de auditoría del HEQC.
- Las hojas completadas del control del registro de Documentos del departamento de auditoría del HEQC, se adjuntan al documento maestro archivado en la coordinación.
- La coordinación de auditoría de calidad, estampa el sello de obsoleto al documento maestro para anularlo y lo traslada al archivo de "documentos obsoletos".

	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02 Página: 13 de 17

4.3.11 Aspectos de forma

La presentación de los documentos deben ser en hoja tamaño carta, blanco, tipo de letra arial, tamaño 10.

- **Numeración de páginas.** Se debe conservar el consecutivo, se escribe en letra arial 9, sin negrilla y justificada a la derecha.
- **Márgenes.** Superior: 4; inferior: 3; derecha: 3; izquierda: 2. Es importante aclarar que los márgenes para los formatos pueden ajustarse de acuerdo a sus necesidades.
- **Divisiones y subdivisiones.**

	DIVISIÓN	TIPO Y TAMAÑO	DIRECTRIZ
Primer nivel	1. TITULO 1	Arial 11 Negrilla	Mayúscula sostenida
Segundo nivel	1.1 TITULO 2	Arial 11 Negrilla	Mayúscula sostenida
Tercer nivel	1.1.1 Título 3	Arial 11 Negrilla	Mayúscula inicial
Cuarto nivel	• Viñeta	Arial 11 Negrilla	Mayúscula inicial
Quinto nivel	✓ Viñeta	Arial 11 Negrilla	Mayúscula inicial

5. REQUERIMIENTOS DE CAPACITACIÓN

La coordinación, y el personal del departamento de auditoría deben ser instruidos en este procedimiento. La capacitación es implementada por la coordinación.

6. GLOSARIO

- **DOCUMENTO.** Información y su medio de soporte.
- **DOCUMENTO ESPECÍFICO.** Documento que hace referencia al quehacer cotidiano de la E.S.E HEQC.
- **DOCUMENTO GENERAL O TRANSVERSAL.** Documentos aplicables a todas las dependencias o servicios de la E.S.E HEQC.
- **ESPECIFICACIONES.** Representa un documento técnico que establece de forma clara todas las características, los materiales y los servicios que fueron necesarios para el desarrollo de un determinado proyecto. Estos incluyen requerimientos mínimos que se deben tener en cuenta en la realización de nuevos proyectos o servicios.
- **FORMATO.** Documento que permite registrar datos o la información necesaria dentro de un proceso u otra actividad del Sistema de Gestión de la Calidad de la Institución. Dentro del Sistema de Gestión, los formatos se identificarán en el código con la letra F.

	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02
		Página: 14 de 17




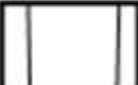



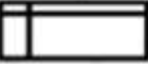

- > **INSTRUCTIVO.** Documento que describe de forma detallada el "cómo" desarrollar una actividad dentro de un procedimiento, el cual lleva una secuencia lógica que permite evitar errores en el proceso de ejecución. Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad los Instructivos se identificarán en el código con la letra I.
- > **NORMALIZAR (Estandarizar).** Establecer con respecto a problemas reales o potenciales, disposiciones para uso común y repetido, encaminadas al logro del grado óptimo de orden en un contexto dado.
- > **PLAN.** Conjunto de programas y proyectos relacionados entre sí y conducentes a un objetivo común. Conjunto armónico de actividades para lograr un resultado concreto.
- > **PLAN DE CALIDAD.** Para efectos de éste procedimiento, se entiende como un plan o cronograma de trabajo para el desarrollo y cumplimiento de los procesos. Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad los planes de calidad se identificarán en el código con la letra PL.
- > **POLITICA DE CALIDAD.** Intenciones globales y orientación de la ESE HEQC, relativas a la calidad.
- > **PROCEDIMIENTO.** Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso, dentro del Sistema de Gestión de la Calidad los procedimientos se identificarán en el código con la letra P.
- > **PROCESO.** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Dentro del Sistema de Gestión de la Calidad los procesos se identificarán en el código con la letra O.
- > **REGISTRO.** Documentos que presentan resultados obtenidos o proporcionan evidencia de actividades desempeñadas.
- > **SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD.** Sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.
- > **VERIFICACION.** Confirmación mediante el aporte de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

7. BIBLIOGRAFIA

7.1 TIPO	7.2 TITULO	7.3 DESCRIPCION
NORMA INTERNACIONAL	ISO 9000:2005	Describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología para los sistemas de gestión de la calidad.
NORMA INTERNACIONAL	ISO 9001:2008	Especifica los requisitos para los sistemas de gestión de la calidad aplicables a toda organización que necesite demostrar su capacidad para proporcionar productos que cumplan los

	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02
		Página: 15 de 17

		los requisitos de sus clientes y los reglamentarios que le sean de aplicación, y su objetivo es aumentar la satisfacción del cliente.
--	--	---

SÍMBOLO	SIGNIFICADO	DEFINICIÓN
	Inicio / Terminal	Se emplea para dar inicio y finalizar diferentes actividades o a un proceso en sí. En su interior, se escriben los términos "INICIO" y "TERMINA" en estilo de fuente negrita y en mayúscula sostenida.
	Conector de línea	Con esta flecha se representa la unión entre símbolos y el movimiento físico de documentos.
	Actividad	Representa la actividad llevada a cabo para transformar, cambiar, transcribir o adicionar información, recursos, bienes, decisiones. Se emplea en las situaciones que dan origen a un documento o incorporan elementos de información al mismo. En el espacio en blanco se debe describir la actividad en estilo de fuente normal.
	Procedimiento Predefinido	Se utiliza para una actividad que se realiza de determinada forma, pues, ya se encuentra establecida en otro documento normalizado.
	Decisión	Se emplea para diseñar diferentes caminos de acción que pueden surgir en una etapa del proceso ante una circunstancia planteada. En su interior, se formula una pregunta que genere las diferentes alternativas del proceso.
	Conector Interno y de página	Representa el vínculo entre actividades que se hallan en diferentes partes de un proceso y entre páginas. En su interior se escribe un número que sirva de vínculo.
	Actividad O Proceso Externo (sólo se utiliza en la interacción de procesos)	Representa un proceso o procedimiento externo que interactúa con los procesos de la institución.
	Almacenamiento Interno	Representa todo documento que se almacena o archiva internamente en la institución.
	Documento	Representa una actividad cuyo fin genere o haga uso de un Documento

	E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES	
	NORMA FUNDAMENTAL	Código: POE-HEQC-DC-001
		Versión: 02
		Página: 17 de 17

9. REVISION

9.1 CONTROL INICIAL

9.1.1 CONTROL	9.1.2 FECHA	9.1.3 NOMBRES Y APELLIDOS	9.1.4 CARGO	9.1.5 FIRMA
REALIZO	Junio 27 de 2014			
REVISO				
APROBO				

9.2 HISTORIAL DE CAMBIOS

9.2.1 FECHA REMISION	9.2.2 REALIZO	9.2.3 REVISO	9.2.4 APROBO	9.2.5 ACTUALIZACION REALIZADA
Noviembre 27/2014				4.3.2 Caracterización de procesos 4.3.3 POE

Apéndice 3. Foto socialización.





Fuente: pasante

Capacitación de comités.







Fuente: pasante

Reunión entrega de resultados del Gerente Elmer Tamayo Jaime.





Fuente: pasante

Socialización de estrategias.



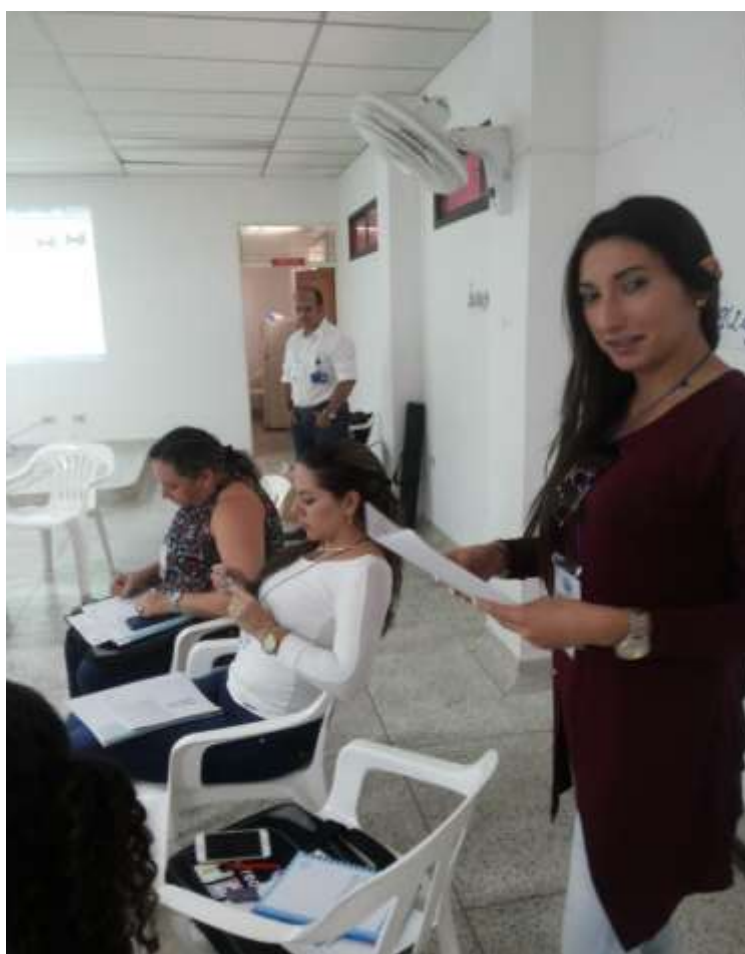


Fuente: pasante

Reunión de acreditación



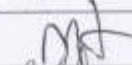




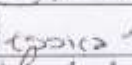
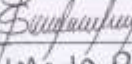
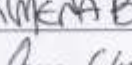
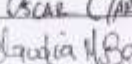






Fuente. Pasante

Apéndice 4. Lista de asistencia a la socialización de estrategias

LISTA DE INTEGRANTES DEL AREA DE AUDITORIA Y CALIDAD DE LA E.S.E
HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES DE OCAÑA

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Dra. Marcela Álvarez Aldana	Coordinadora Auditoria de Calidad	
Dra. Tatiana Angarita	Auditora Interna	
Dra. Diana Rivera	Auditora Interna	
Ing. Diego Reales	Auditor de Calidad	
Dra. Edwin Acuña	Auditor Interno	
Aux. Leonardo Zarate	Auxiliar Administrativo	
Jefe. Jessica Murillo	Auditora Interna	
Jefe. Soraya Castillo	Auditora Interna	
Aux. Laura Ximena Bayona	Auxiliar Administrativa	
Estudiante Oscar Claro	Pasante de Calidad UFPSO	
Estudiante Claudia Benavidez	Pasante de Calidad UFPSO	

Apéndice 5. Normas sobre Auditoría para el mejoramiento de la Calidad.

TÍTULO IV. AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD

ARTÍCULO 32.- AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

PARÁGRAFO.- Para todos los efectos de este Decreto debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica a

que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Niveles de operación de la auditoría.

ARTÍCULO 33.- NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

1. Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

2. Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

3. Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

Tipos de acciones

ARTÍCULO 34.- TIPOS DE ACCIONES. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. Acciones Preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría 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.
2. Acciones de Seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
3. Acciones Coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, 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 a la prevención de su recurrencia.

Modelo de auditoría según el tipo de entidad

ARTÍCULO 35.- ÉNFASIS DE LA AUDITORÍA SEGÚN TIPOS DE ENTIDAD. El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

1. EAPB. Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

2. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

3. Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

PARÁGRAFO.- Este modelo se aplicará con base en las pautas indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.

Procesos de auditoría en las EAPB

ARTÍCULO 36.- PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS EAPB. Las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud. La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contra referencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 3o de este decreto.
2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

Procesos de auditoría en IPS

ARTÍCULO 37.- PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD. Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud. La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del

cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3o del presente decreto.

2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Auditoría externa de las EAPB sobre los prestadores

ARTÍCULO 38.- PROCESOS DE AUDITORÍA EXTERNA DE LAS EAPB SOBRE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 3o de este decreto.

Procesos de auditoría en las Entidades Territoriales

ARTÍCULO 39.- PROCESOS DE AUDITORÍA EN LAS ENTIDADES DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y MUNICIPALES DE SALUD. Las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de las Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las EAPB. Para los procesos de auditoría

externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contempladas para las EAPB.

De igual manera, les corresponde asesorar a las EAPB y a los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Responsabilidad en el ejercicio de la auditoría

ARTÍCULO 40.- RESPONSABILIDAD EN EL EJERCICIO DE LA AUDITORÍA. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

Apéndice 6. Normas sobre el sistema único de acreditación.

Sistema Único de Acreditación en Salud, el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2 del presente decreto, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social > Salud > Prestación de Servicios > Sistema de Información para la Calidad.

Apéndice 7. Sistema de Información para la Calidad

El Sistema de Información para la Calidad pretende:

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

	PRESTADORES	ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD	EPS
Normas	Resolución 2427 de 2014 Resolución 2082 de 2014 Decreto 903 de 2014	Decreto 903 de 2014	Resolución 2427 de 2014 Resolución 2082 de 2014 Decreto 903 de 2014
Documentos técnicos	Guía de preparación para la acreditación Manual de Acreditación de Salud Ambulatorio y Hospitalario Glosario Manual de	Norma técnica de Calidad para la Gestión Pública NTCGP1000	Guía de preparación para la acreditación Manual de Estándares de Acreditación para Empresas Administradoras de





	<p>Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilitación y Rehabilitación Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que Ofrecen Servicios de Laboratorio Clínico ABC de planes de mejoramiento con enfoque en Acreditación</p>		Planes de Beneficios
Herramientas	Herramientas para el Mejoramiento de la Calidad en los Prestadores de Servicios de Salud		

Otros enlaces	Proceso para la postulación a la Acreditación
---------------	---

	PRESTADORES	ENTIDAD DEPARTAMENTAL O DISTRITAL DE SALUD	EPS
Normatividad	Resolución 1446 de 2006 y Anexos		Resolución 1446 de 2006 y Anexos
Documentos técnicos	Indicadores de Calidad de las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud IPS		Indicadores de Calidad de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio - EAPB-
Herramientas	Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud		
Otros enlaces	SISPRO	SISPRO	SISPRO

Ministerio de Salud y Protección Social > Salud > Prestación de Servicios > Sistema de Información para la Calidad.

Apéndice 8. Objetivos del programa de seguridad del paciente



1. Direccionar las políticas institucionales y el diseño de los procesos de atención en salud hacia la promoción de una atención en salud segura.
2. Disminuir el riesgo en salud brindada a los pacientes.
3. Prevenir la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud mediante el despliegue de metodologías científicamente probadas y la adopción de herramientas prácticas que mejoren las barreras de seguridad y establezcan un entorno seguro de la atención en salud.
4. Coordinar los diferentes actores del sistema hacia mejoras en la calidad de la atención, que se evidencien en la obtención de resultados tangibles y medibles.
5. Educar a los pacientes y sus familias en el conocimiento de y abordaje de los factores que pueden potencialmente incidir en mejorar la seguridad de los procesos de atención de que son sujetos.
6. Difundir en la opinión pública y los medios de comunicación los principios de la política de seguridad del paciente.
7. Articular y coordinar con los principios, los objetivos y las estrategias de la seguridad del paciente a los diferentes organismos de vigilancia y control del sistema.

Apéndice 9. Política del programa de seguridad del paciente.



Modificado del Decreto 1011 del 2006. Ministerio de la Protección Social.

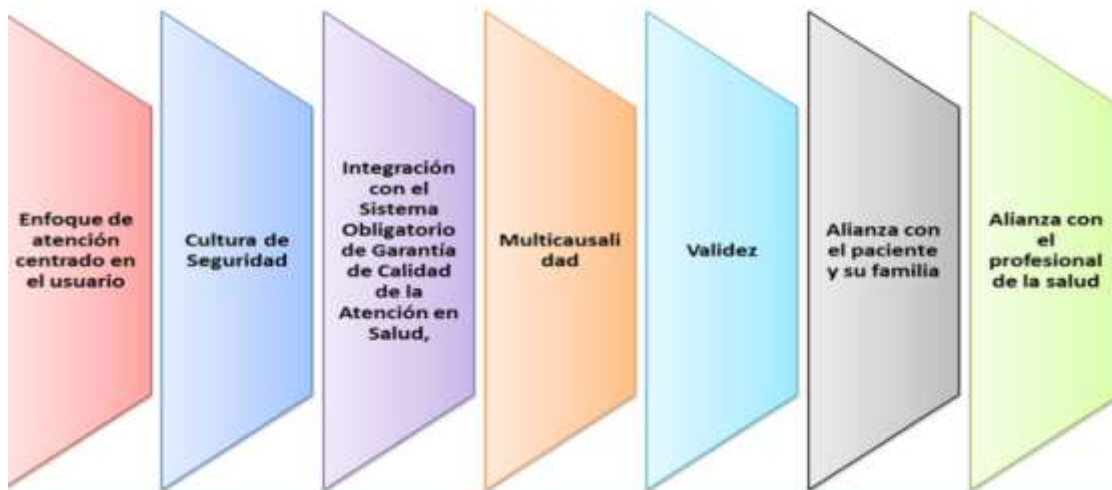




POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



PRINCIPIOS



Ministerio de la Protección Social. (2008) Lineamientos para la Implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.



POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



PRINCIPIOS

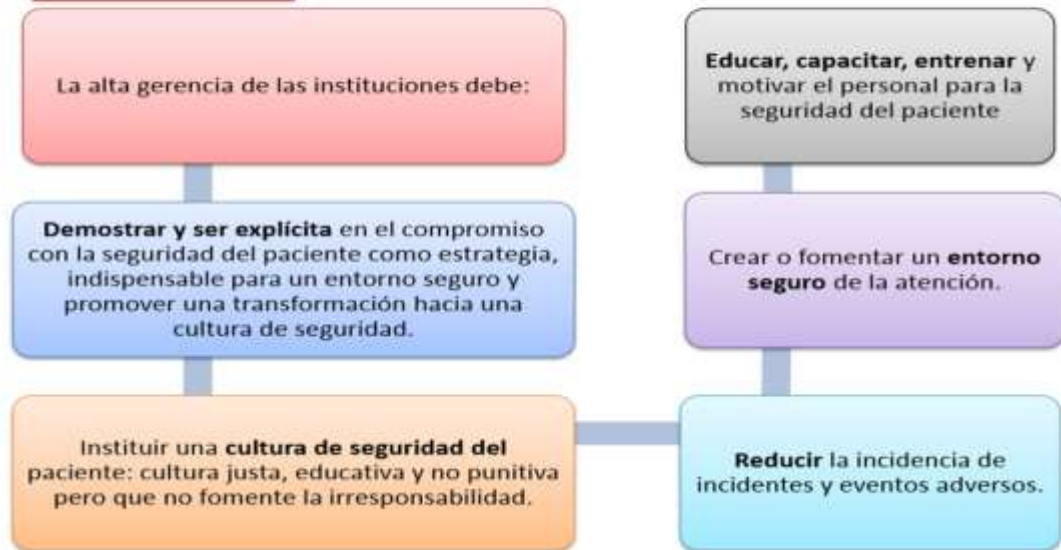
Ministerio de la Protección Social. (2008) Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente en la República de Colombia.



POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



PROPOSITOS



POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



ACTORES INTER INSTITUCIONALES





POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



ESTUDIOS PARA EVALUAR LA FRECUENCIA CON LA CUAL SE PRESENTAN LOS EVENTOS ADVERSOS

En estudios de **incidencia** (evaluación de los casos ocurridos durante el período de observación), la frecuencia varía entre el 9% hasta el 16.6% .

En estudios de **prevalencia**, (evaluación de los casos ocurridos durante y antes del período de observación), según Aranaz JM, se han encontrado tres estudios relevantes: el de Quennon y colaboradores, el de Mostaza en España y el de Herrera-Kiengelher y colaboradores en México, en los cuales las frecuencias encontradas varían entre **9.8% y 41%**.



POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



OBJETIVO GENERAL

Prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente
 Reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente



POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



OBJETIVOS ESPECIFICOS



POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE





POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Apéndice 10. Definiciones del programa de seguridad del paciente.



DEFINICIONES



DEFINICIONES





DEFINICIONES



DEFINICIONES





DEFINICIONES



DEFINICIONES





DEFINICIONES



DEFINICIONES





DEFINICIONES



DEFINICIONES




Apéndice 11. Barreras de seguridad que previenen la ocurrencia de eventos adversos.






BARRERAS DE SEGURIDAD QUE PREVIENEN LA OCURRENCIA DEL EA



Apéndice 12. Deberes y derechos de los pacientes en la E.S.E HEQC



DEBERES

1. CONOCER LOS DEBERES Y DERECHOS
2. TRATO DIGNO Y RESPETUOSO CON EL PERSONAL
3. RESPETO POR LA INTIMIDAD DE LOS PACIENTES
4. PAGO DE COPAGOS ESTABLECIDOS (LEY 1122 Art 14)
5. INFORMAR CORRECTAMENTE AL PROFESIONAL Y AL EQUIPO QUE LO ATIENDE
6. CUMPLIR CON LAS NORMAS DE LAS IPS (HORARIOS DE ATENCIÓN, REGLAMENTOS E INSTRUCCIONES)
7. AVISAR MÍNIMO 24 HORAS ANTES, SI NO VA A LA CONSULTA
8. ACTUALIZACIÓN DE DATOS EN LA EPS-C O EPS-S
9. USAR LOS SERVICIOS DE SALUD SOLO SI ES NECESARIO
10. RECIBIR INSTRUCCIONES DE TRATAMIENTO INDICADAS POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
11. ADOPTAR ESTILO DE VIDA SALUDABLE
12. EN CASO DE PERDIDA DEL CARNET INFORMAR DE INMEDIATO A LA EPS-C O EPS-S
13. EL CARNET ES PERSONAL SU USO INCORRECTO SERÁ SANCIONADO DE ACUERDO A LA LEY
14. PARTICIPAR EN LAS ASOCIACIONES DE USUARIOS DE LAS IPS, EPS-S Y EPS-C (DECRETO 1757/94 - Art 10)

E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

DERECHOS

1. PRIVACIDAD EN LA ATENCIÓN
2. CONFIDENCIALIDAD
3. TRATO AMABLE Y CORTES
4. SER IDENTIFICADO POR SU NOMBRE
5. SENTIMIENTOS NO VULNERADOS
6. RESPETO POR CREENCIAS RELIGIOSAS
7. REALIZAR PRÁCTICAS CULTURALES QUE NO INTERFIERAN CON LAS POLÍTICAS DEL HEQC
8. INFORMAR SOBRE SU ESTADO DE SALUD DE ACUERDO A SU EDUCACIÓN Y ESTADO DE ÁNIMO
9. SOLUCIÓN DE DUDAS SOBRE SU SITUACIÓN CLÍNICA
10. VOLUNTAD PARA PARTICIPAR EN SU ATENCIÓN
11. RESPETO POR LAS RESTRICCIONES DE ATENCIÓN EXPRESADAS POR EL PACIENTE
12. INFORMAR SOBRE COSTOS Y RIESGOS DE SU ATENCIÓN



E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES


Apéndice 13. Plegables del programa de seguridad del paciente


POLITICA INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL

La Seguridad del Paciente es una prioridad en nuestro modelo de atención, la ESE Hospital Emiro Quintero Cañizares, dentro de sus políticas institucionales, propende por el bienestar de nuestros usuarios y su familia, brindándoles una atención integral, ante los riesgos físicos, emocionales y económicos, aumentando los niveles de confianza y credibilidad.

Nuestro modelo de prestación de servicio se construye a partir de una alianza estratégica entre usuarios, sus familias, la comunidad y el equipo humano de la ESE, para la identificación y control de riesgos que reduzca la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.

Para lograr este propósito se implementan Procesos Institucionales y Asistenciales Seguros, creando una cultura de seguridad en nuestra Institución y evaluando permanentemente estos procesos, para luego tomar medidas preventivas y/o correctivas necesarias para minimizar la ocurrencia de acciones inseguras.





“UN MUNDO DE COLORES”

IDENTIFICA EL RIESGO DE **TU** PACIENTE



- Jefes y auxiliares de Enfermería se les recuerda realizar la debida identificación de los Pacientes para evitar inconvenientes en cada uno de los Servicios.
- En caso de faltar las manillas se solicitaran los pedidos en el Área de suministros; por parte de los Jefes y Auxiliares de enfermería encargados de este proceso.

SALVAR VIDAS ESTÁ EN TUS MANOS

E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

1 Control de Infecciones "Manos Limpias" que cubren rotación y lavado

2 Reportar y comunicar el evento adverso

3 Garantizar la confiabilidad de los resultados



4 Reducir el riesgo de acciones del usuario dentro de nuestros establecimientos

5 Identificar al paciente (nombre y referencia)

6 Reducir el riesgo de confusión de usuarios

7 Establecerse adecuadamente con el paciente, su familia y/o cuidador







ESTRATEGIAS DE PRÁCTICAS SEGURAS

Riesgo de Úlceras por Presión

Son las medidas a desarrollar por el personal de enfermería cuando el paciente presenta una úlcera por decúbito.

Las úlceras por decúbito son lesiones producidas cuando una presión mantenida sobre un plano o permanencia ósea provoca un bloqueo del riesgo sanguíneo a este nivel, apareciendo en consecuencia una degeneración de oxígeno en la zona.

Se determina las Úlceras a través de la Escala de NORTON



- ESE H.E.Q.C. OCAÑA
Paciente Hospitalizado
- ESE H.E.Q.C. OCAÑA
Niña Hospitalizada
- ESE H.E.Q.C. OCAÑA
Niño Hospitalizado
- ESE H.E.Q.C. OCAÑA
Paciente con Riesgos de Caídas
- ESE H.E.Q.C. OCAÑA
Paciente con Riesgo de Fuga
- ESE H.E.Q.C. OCAÑA
Paciente Alergico y/o Anticuagulado
- ESE H.E.Q.C. OCAÑA
Paciente en Aislamiento
- ESE H.E.Q.C. OCAÑA
Paciente con Riesgo de Úlcera x Presión
- ESE H.E.Q.C. OCAÑA
Paciente de Cirugía

Riesgo de caída de paciente

Son las actividades de enfermería



encaminadas a brindar seguridad al paciente. Tiene como objetivo, evitar que el paciente hospitalizado pueda sufrir caídas.

Se determina el riesgo de caída a través de la Escala de MORSE

Los factores de riesgo de caídas son

- Consumo excesivo de alcohol
- Uso de varios medicamentos
- Suelos resbaladizos
- Iluminación inadecuada
- Le edad, sexo y raza
- Enfermedades crónicas
- Condiciones de residencia inadecuada
- Las demás que hacen parte de la vida diaria.

