

**AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION DEL  
PROCESO DE ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE  
URGENCIAS DE LA E.S.E HOPITAL NIVEL I EL BORDO DEPARTAMENTO  
DEL CAUCA**

**MAURICIO BUENAVENTURA NARVAEZ**

**CRISTIAN RENGIFO DÍAZ**

**RAFAEL HERNAN MUÑOZ GOMEZ**

**CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA**

**UNIVERSIDAD EAN**

**FACULTAD DE POSGRADOS DE SALUD**

**ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN CALIDAD DE LA SALUD CON  
ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA**

**POPAYAN-CAUCA**

**2011**

**AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION DEL  
PROCESO DE ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE  
URGENCIAS DE LA E.S.E HOPITAL NIVEL I EL BORDO DEPARTAMENTO  
DEL CAUCA**

**MAURICIO BUENAVENTURA NARVAEZ NARVAEZ**

**CRISTIAN RENGIFO DÍAZ**

**RAFAEL HERNAN MUÑOZ GOMEZ**

**Presentado a**

**OMAR ARTURO SOLANO LOPEZ  
TUTOR**

**Esp. Gerencia en servicios de salud**

**Esp. Gerencia de la calidad y auditoria en salud**

**Esp. Auditoria en calidad de la salud con énfasis en epidemiologia**

**CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA**

**UNIVERSIDAD EAN**

**FACULTAD DE POSGRADOS DE SALUD**

**ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN CALIDAD DE LA SALUD CON  
ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA**

**POPAYAN-CAUCA**

**2011**

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Director**

---

**Jurado**

**Popayán, 29 Junio de 2011**

## DEDICATORIA

*Este trabajo está dedicado en primera instancia a:*

*A Dios, quien nos brinda la fe, la sabiduría, la fortaleza, la salud, el anhelo de permitirnos llegar hasta este momento tan importante de nuestra vida, logrando escalar otro peldaño más en nuestro camino de la educación, porque sin El nada podemos hacer. Dios es quien nos concede el privilegio de la vida. Nos ofrece lo necesario para lograr nuestras metas propuestas.*

*Con amor incondicional dedicamos esta aspiración a nuestras Familias, por su amor, apoyo, confianza incondicional; quienes han sido sin duda el principal precursor de este logro. Permanentemente nos apoyaron con espíritu alentador para que nosotros continuáramos con nuestros estudios. Nuestro triunfo es vuestro.*

**MAURICIO BUENAVENTURA NARVAEZ**

**CRISTIAN RENGIFO DÍAZ**

**RAFAEL HERNAN MUÑOZ GOMEZ**

## **AGRADECIMIENTOS**

Nos gustaría que estas líneas sirvieran para expresar nuestro más profundo agradecimiento y gratitud principalmente a Dios por habernos dado la existencia, la fuerza, el valor para realizar este estudio de Posgrado.

Es nuestro deseo como sencillo gesto de agradecimiento dedicarle el Trabajo de Grado plasmado en el presente Informe a nuestras familias, quienes han contribuido incondicionalmente a lograr nuestros objetivos propuestos. Un especial agradecimiento a nuestro asesor Omar Arturo Solano López, por depositar su confianza en este proyecto, su paciencia y orientación hicieron posible culminar con éxito la última etapa de nuestra formación profesional, igualmente agradecemos a la Universidad EAN-UNICAUCA por el conocimiento, valores inculcados que nos permitieron conseguir los logros e ideales propuestos en nuestro desarrollo profesional.

Finalmente a todas aquellas personas que nos apoyan, y siempre han estado con nosotros directa e indirectamente; como también a todo aquel que se pueda beneficiar de este trabajo, el cual está hecho con toda nuestra dedicación, lo cual nos produce una gran satisfacción en poder servir a quienes así lo requieran.

**MAURICIO BUENAVENTURA NARVAEZ**

**CRISTIAN RENGIFO DÍAZ**

**RAFAEL HERNAN MUÑOZ GOMEZ**

## RESUMEN

El siguiente documento pretende realizar una autoevaluación de la prestación de los servicios de salud en el servicio de urgencias, comparado con los estándares de acreditación del proceso de atención al cliente asistencial establecido en El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, para mejorar la atención a los usuarios, que finalmente llevará a que las instituciones estén involucradas en un proceso de acreditación. En este sentido, se mirará hasta dónde la Empresa Social del Estado Hospital Nivel I El Bordo, ha avanzado dentro de la política de garantía de la calidad en salud en Colombia.

Para ello se utilizara un instrumento cuantitativo, formato de autoevaluación de Proceso de Acreditación para la recolección de información, que nos permita determinar el nivel de conocimiento y aplicación del tema expuesto. Posteriormente se dará a conocer los resultados y se plantearán unas recomendaciones para que la Empresa Social del Estado Hospital Nivel I El Bordo las tenga en cuenta al momento de iniciar en firme un proceso de acreditación de sus servicios.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	11
1. TITULO DEL PROYECTO.....	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
2.1. Pregunta de Investigación .....	13
2.2. Descripción y Formulación del Problema .....	13
3. JUSTIFICACION .....	16
4. OBJETIVOS .....	18
4.1. Objetivo General.....	18
4.2. Objetivos Especificos.....	18
5. MARCO TEÓRICO.....	19
5.1. ¿Qué es la Acreditación en Salud? .....	19
5.2. Histórico de Procesos de Acreditación en Salud en el Mundo .....	20
5.2.1. Contexto Histórico de Procesos de Acreditación en Salud en Colombia..	22
5.2.2. Contexto Histórico de Procesos de Acreditación en Salud a nivel Regional. .....	28
5.3. Proceso Acreditación Internacional .....	298
5.3.1. Importancia de la Acreditación de ISQua .....	29
5.3.2. ¿Qué es ISQua?.....	29
5.3.2.1. Modelos Acreditados por ISQua.....	30
5.3.3. El proceso de acreditación en Salud .....	30
5.4. Marco legal y normatividad de Acreditación en Salud. ....	32
5.5. Sistema Único Acreditación en Salud (SUA). ....	32
5.5.1. Intencionalidad: .....	33
5.5.2. Bases conceptuales de la acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud.....	34
5.5.2.1. Garantía de la Calidad.....	34

5.5.2.2. Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) .....	35
5.5.2.3. Atención Centrada en el Cliente: .....	35
5.5.2.4. La Confidencialidad en la Acreditación:.....	36
5.5.2.5. Definición y Grandes Propósitos: .....	37
5.5.2.6. Propósitos del Sistema Único de Acreditación: .....	37
5.5.2.7. Alcance del Certificado de la Acreditación en Salud: .....	38
5.5.2.8. Voluntariedad: .....	38
5.5.2.9. Ruta Crítica (o ciclo de aplicación): .....	39
5.5.3. Estándares de Acreditación:.....	40
5.5.3.1. Tipo, Amplitud, Contenido. ....	40
5.5.3.2. Escala de Calificación: .....	40
5.5.3.2.1 Dimensiones a Evaluar:.....	40
5.5.3.2.2. Variables de cada Dimensión:.....	41
5.5.4. Los principios de la Acreditación .....	42
5.5.5. Características de los Estándares de Acreditación en salud en Colombia .....	43
5.6. ¿CUALES SON LOS GRUPOS DE ESTANDARES?.....	43
5.6.1. Estándar Cliente Asistencial: .....	44
5.7. Resolución 1445/2006 Por el cual se establece el Sistema Único de Acreditación en Salud.....	46
5.7.1. Beneficios de la Acreditación en Salud.....	46
5.8. Proceso de Urgencia .....	47
5.9. Institución de Primer Nivel de Atención en Salud .....	47
6. DESCRIPCIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA .....	48
6.1. Generalidades del Municipio de El Bordo – Cauca.....	50
6.2. Plataforma Estratégica ese Hospital Nivel I El “Bordo” .....	51



MISIÓN.....	51
VISIÓN .....	51
6.3. Ese Hospital Nivel I El “Bordo” cuenta con los siguientes servicios:.....	51
7. DISEÑO METODOLOGICO .....	53
7.1. Plantillas donde se Determinan los ítems para Calificación del Estándar ...	55
8. ANALISIS Y RESULTADOS.....	58
8.1. Autoevaluación y Calificación .....	58
8.2. Aspectos Cualitativos: Fortalezas y Oportunidades de Mejora.....	68
9. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	101
10. CONCLUSIONES .....	103
11. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	104
12. BIBLIOGRAFIA .....	106
13. LISTA DE UVR .....	107
14. ANEXOS.....	108

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura1.</b> Estándares Cliente Asistenciales.....	45
---	----

## INTRODUCCIÓN

Dado los grandes cambios de los servicios de salud en Colombia a través del funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el cual se promulga la calidad como uno de sus fundamentos, se hace evidente la necesidad de contar con herramientas que le ayuden a las entidades que componen el sistema a prestar sus servicios bajo parámetros que garanticen la calidad de la atención en salud. En relación con este tema, se desarrollara una autoevaluación del estándar de acreditación del proceso de atención a los usuarios en el servicio de urgencias de la Empresa Social del Estado nivel I el Bordo departamento del Cauca. De esta manera en el presente trabajo de investigación comprobaremos como la Empresa Social del Estado de primer nivel Bordo, empieza a incursionar hacia la acreditación dando cumplimiento a Resolución número 1445 de 8 de mayo de 2006.

Es importante tener claro que el servicio de urgencias de un hospital es posiblemente el servicio que tiene un mayor impacto social sobre la población adscrita a dicho centro y constituye la principal vía de acceso de ingreso a los hospitales, contemplándose como un área específica dentro de los procesos de acreditación, es uno de los servicios prioritarios donde se requiere prestar especial atención, a la manera como se presta y bajo qué condiciones se presta; dado que en esta área se maneja situaciones que tienen que ver con la vida del usuario y su familia, donde se percibe la atención desde un punto de vista subjetivo dependiendo de su estado emocional. Para ello la Empresa Social del Estado nivel uno Bordo, debe hacerlo desde una forma objetiva. Por este motivo, es así como se inicia una autoevaluación que nos brindara importante información, donde nos permitirá ver en qué punto esta la Empresa Social del Estado nivel I Bordo, y formular un plan de mejora e iniciar su ejecución siendo conscientes que es un proceso que requiere continuidad y se logra en el transcurso del tiempo.

## **1. TITULO DEL PROYECTO**

El título surge de los propósitos fundamentales de este trabajo, de la función, aplicación que desarrollara un equipo Interdisciplinario:

**AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DEL CLIENTE ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E HOSPITAL NIVEL I EL BORDO DEPARTAMENTO DEL CAUCA**

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿La E.S.E Hospital Nivel I el Bordo ha desarrollado acciones para la autoevaluación de los estándares de acreditación del proceso de atención del cliente asistencial en el servicio de urgencias y ha determinado cuáles son sus fortalezas y oportunidades de mejora?

### **2.2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

La E.S.E Nivel I El Bordo, se encuentra ubicada en la población de El Bordo, municipio de El Municipio de Patía, al sur del Departamento del Cauca, tiene una extensión de 755000 m<sup>2</sup>, la Extensión del área urbana es de 22240 m<sup>2</sup>, la Extensión del área rural es de 732760 m<sup>2</sup>, la Altitud de la cabecera municipal es de 910 metros (sobre el nivel del mar) y la Temperatura promedio es de 23 °C. Limita por el Norte con los municipios de él Tambo y La Sierra, por el Este con La Sierra y Bolívar, por el Sur con Bolívar y Mercaderes y por el Oeste con Balboa y Argelia; la población estimada según el DANE Censo 2005 es de 33.743 habitantes; de los cuales el 64.30% viven en la zona rural y el 35.70% en la zona urbana; esta poblado en su gran mayoría por Afro descendientes y población mestiza. Hacen parte del municipio los corregimientos de El Hoyo, La Fonda, Las Tallas, Pan de Azúcar, Brisas, Chontaduro o Santa Cruz, Don Alfonso, El Estrecho, El Placer, El Puro, El Zarzal, Galíndez, La Florida, La Mesa, Patía, Piedra Sentada, Sachamates, Santa Rosa Baja y Versalles. La economía del Municipio se basa en la Agricultura, Ganadería y el comercio.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Disponible en: Alcaldía Municipal Patía Cauca

El Hospital Nivel I El Bordo es una Empresa Social del Estado prestadora de Servicios de Salud, de primer nivel, inaugurado en 1960 como Puesto de Salud y según la ordenanza N° 027 del 7 de septiembre de 1993, expedida por la Asamblea Departamental del Cauca es llevado a la categoría de Hospital local del Patía, la demanda de los servicios de salud se fue incrementando y se realizó la construcción del nuevo Hospital y en el año 1984 se convierte en Hospital Regional dando cobertura al sur del cauca y mediante el acuerdo N° 027 del 5 de noviembre de 1997 y 041 del 21 de agosto de 1999 proferido por el Concejo Municipal de Patía se transforma en ESE a partir de marzo de 1999 Mediante certificación con oficio N° 9043 del 13 Septiembre de 1999 expedido por la DDSC con los requisitos exigidos por el Ministerio de Salud para ser E.S.E. El decreto N° 1189 del 14 /11/00 expedido por el Gobernador del Cauca Cesar Negret Mosquera En esta fecha Inicia el verdadero funcionamiento del hospital como Empresa Social del Estado E.S.E. con Nit. No. 981500-736-0.<sup>2</sup>

La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia, todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán todos estos casos en sus fase inicial aun sin convenio o autorización de la EPS respectiva o aún en el caso de las personas no afiliadas al sistema.

En el año 1994 se hizo la primera ampliación del área de urgencias, para poder tener más capacidad resolutive, en el 2006 se hace la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, en el año 2008 se hizo la segunda ampliación, para dar cumplimiento a los requisitos de habilitación acorde a lo exigido en el anexo técnico 1 de la resolución 1043 de 2006, la visita de

---

<sup>2</sup> Disponible en: Archivo Empresa Social de Estado nivel uno Bordo

habilitación se realizó del 08 al 13 de marzo de 2010, en la cual se obtuvo una calificación favorable para el servicio de urgencias, en este aspecto creemos que los resultados obtenidos tras la visita e informe de evaluación de Habilitación aportan una visión externa del servicio de urgencias capaz de contribuir eficazmente al conocimiento de la realidad y a la identificación de áreas de mejora para la atención sanitaria, los servicios de urgencias de las instituciones de salud, a raíz de la creciente demanda de pacientes, hacen que la exigencia en cuanto a los servicios que se prestan se incrementen cada vez más, por lo cual se ha implementado la historia clínica sistematizada a partir del día 15 de abril de 2010, en abril de 2011 se inició la atención del servicio de urgencias con el médico de triage, esto ha proporcionado una mayor resolución por parte del médico de urgencias.

Por lo anterior teniendo en cuenta que se debe cumplir con estándares superiores de calidad, se plantea la autoevaluación de los estándares de acreditación del proceso de atención del cliente asistencial en el servicio de urgencias de la E.S.E Hospital Nivel I El Bordo Departamento del Cauca, como ejercicio inicial que permita orientar a la ESE hacia el proceso de acreditación definitivo.

### 3. JUSTIFICACION

El estado colombiano a través del Ministerio de la Protección Social ha establecido que la atención en salud en todos los niveles de atención debe prestarse bajo unos estándares de calidad, inicialmente cumpliendo con los requisitos de habilitación que son de obligatorio cumplimiento y más adelante las instituciones deben acreditarse ofreciendo un servicio con los más altos estándares de calidad, para lo cual la normatividad establece unos incentivos para las IPS que trabajen en acreditación así no se postulen ante el ente acreditador. En la Empresa Social del Estado Hospital Nivel I El Bordo como IPS de baja complejidad, es de vital importancia para la institución adelantar el plan de mejoramiento con el fin de iniciar un proceso de acreditación según lo establecido en la resolución 1445 del 8 de mayo de 2006, que le permita mejorar todos los procesos para la atención acorde con unos estándares de calidad que son necesarios para poder competir en el mercado así no sean de obligatorio cumplimiento pero se hacen necesarios en la medida que las EPS buscarán contratar con aquellas Instituciones acreditadas para garantizar un mejor servicio a los usuarios y estos a su vez desearán ser atendidos en IPS que les brinde seguridad y confianza en el proceso de atención.

Los servicios de urgencias de todas las IPS son las áreas donde se requiere un mayor cuidado en la atención al usuario y en donde por las situaciones de estrés y ansiedad por parte de familiares y a veces del mismo personal de salud, se da una atención pero sin la suficiente información y pasando por alto aspectos que van a influir en la percepción de la atención del usuario, en este sentido queremos trabajar este proyecto para facilitar a aquellas IPS con servicios de urgencias que aún no han implementado los estándares de acreditación para que lo hagan de una manera práctica.



Este trabajo se desarrollará en el servicio de urgencias de la ESE Hospital Nivel I El Bordo, como un servicio piloto que servirá como base para el trabajo posterior que la ESE desarrolle en cuanto a acreditación.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. OBJETIVO GENERAL**

Realizar la autoevaluación del grupo de estándares de acreditación del proceso de atención al cliente asistencial en el servicio de urgencias de la Empresa Social del Estado Hospital Nivel I El Bordo, departamento del Cauca.

### **4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Obtener la calificación de los estándares de acreditación del proceso de atención del cliente asistencial en el servicio de urgencias.
2. Identificar las fortalezas que se tiene frente al grupo de estándares de acreditación del cliente asistencial en el servicio de urgencias de la IPS.
3. Formular las oportunidades de mejora establecidas con base en la autoevaluación realizada al servicio de urgencias frente al grupo de estándares de atención al cliente asistencial.
4. Socializar las oportunidades de mejora definidas conforme a la evaluación del estándar de atención al cliente asistencial en el servicio de urgencias

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1. ¿QUÉ ES LA ACREDITACIÓN EN SALUD?

Accreditación 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.<sup>3</sup>

La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, establecida y reconocida desde hace casi 50 años en Norteamérica, específicamente diseñada para el sector salud, realizada generalmente por una organización no gubernamental, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se basa en requisitos de procesos de atención en salud, orientados a resultados y se desarrolla por profesionales de salud que son pares o contrapartes del personal de las entidades que desean acreditarse y de reconocimiento público en el ámbito nacional e internacional, con efectos de mejoramiento de calidad demostrados. Esta evaluación corresponde a un proceso voluntario en el cual se reconoce públicamente a una Institución Prestadora de Servicios de Salud, (IPS), Entidad Promotora de Servicios de Salud, (EPS, ARS), Entidad de Medicina Prepagada (EMP) o Entidad Adaptada, el cumplimiento de estándares superiores de calidad, previo cumplimiento de los requisitos mínimos determinados por el Sistema Único de Habilitación.

Los estándares de acreditación han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo de la calidad y, por ende, se ajustan cada tres años. Las

---

<sup>3</sup> Disponible en: anexo Técnico 1 de la resolución 1445 de 2006 de ministerio de protección, decreto 1011 del 3 de abril de 2006

organizaciones de salud que deseen mantener su certificado de acreditación, deberán renovarlo igualmente cada tres años.

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.

## **5.2. Histórico de Procesos de Acreditación en Salud en el Mundo**

En India y China, los estándares que determinaban quién podía practicar la medicina datan del primer siglo A.C. A partir de 1140, Italia emprende esfuerzos para licenciar a todos los médicos, y esto dio lugar posteriormente, a estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el siglo XIX. En USA, el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Joint Comisión on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud, 1951). En Canadá el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, CCHSA, realiza este proceso desde 1959.

En la década de los 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. Las organizaciones de salud en USA comenzaron a poner a prueba

las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM). A su vez, el sistema de acreditación en hospitales amplió su enfoque desde inspecciones hasta promover el mejoramiento de la calidad. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud asumió una política formal de calidad en 1991 y adoptó al PMC para ponerla en práctica.

En 1966, Avedis Donabedian, en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. Donabedian transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.

En 1985, un grupo de profesionales de la salud se reunió en Udine, norte de Italia, para discutir sobre el aseguramiento de la calidad en medicina. La mayoría de los primeros grupos han sido profundamente influenciados por Avedis Donabedian y el enfoque europeo. En el primer consejo ejecutivo de la International Society for Quality in Health Care (ISQua) fue evidente. En 1986, con el liderazgo de Peter Reizenstein como presidente y entonces editor de la revista, la sociedad creció a través de su programa de la conferencia anual internacional y sus publicaciones.

Después de un proceso internacional en el que se presentaron varias ofertas, en 1995 se decidió establecer la secretaría de la International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQua) en Australia. Esta sociedad es una organización sin ánimo de lucro, administrada por un Consejo Ejecutivo, que se elige cada dos años. Los miembros regulares del Consejo son de Norteamérica, Europa y de la región de Asia y el Pacífico.

Hoy en día, países como Nueva Zelandia, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud

### **5.2.1. Contexto Histórico de Procesos de Acreditación en Salud en Colombia**

Los pilares de la calidad en salud en Colombia se vienen presentando hace varios años. La Ley 10 de 1990 define que se debe “establecer un sistema de fijación de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento”, dicha ley fue reglamentada y complementada en los Decretos 1760 de 1990, 2759 de 1991, 1088 de 1991, 560 de 1991, 739 de 1991 y las Resoluciones 412 de 1992, 13565 de 1991 y 14707 de 1991 del Ministerio de Salud.

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el

“Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el

ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC)

Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002, en el que se dispone:

“El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

La Calidad de la Atención en Salud como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” y define sus características así:

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

**Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.



**Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

**Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”

En el último Decreto en mención se definieron como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

- La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.
- La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las

entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina Pre pagada.

- El sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, en la Resolución 1474 de 2002 se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y se entrega los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

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

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema. Para divulgar esta decisión, el Ministerio de la Protección Social e

ICONTEC realizaron varios eventos en las ciudades de Bogotá, Medellín, Manizales, Barranquilla y Cali, con la asistencia de representantes de los Prestadores de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Direcciones Territoriales de Salud, Sociedades Científicas y Agremiaciones, durante los meses de febrero y marzo del 2004. Durante los meses de abril a junio del 2004 se diseñó el servicio de Acreditación en Salud para Colombia, que está contenido en su mayor parte en la denominada Ruta Crítica de la Acreditación. ICONTEC se convirtió en miembro de ISQua y utilizó los instrumentos ofrecidos por ese organismo, entre ellas el “Toolkit” o “caja de herramientas” en el que se presentan recomendaciones para instituciones que desarrollen procesos de evaluación externa de la calidad de la atención en salud, con estándares de acreditación en salud. En el 2005 se acreditaron las primeras instituciones en Colombia.

En el último año el Sistema de Acreditación de Salud en Colombia ha experimentado un notable desarrollo que con base en el principio de la gradualidad, hace de la acreditación en salud, un instrumento de mejoramiento continuo cada vez más exigente. Posteriormente expiden el decreto 1011 del 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; Luego las Resoluciones 1445 de 2006, 1043 de 2006, 1446 de 2006 hacen énfasis en las funciones de la entidad acreditadora, adopción de manuales de los estándares del sistema único de acreditación; se establecen las condiciones que deben cumplir las Entidades prestadoras de servicios de salud e implementa el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, de igual manera se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

### **5.2.2. Contexto Histórico de Procesos de Acreditación en Salud a nivel Regional.**

En el departamento del Cauca no hay ninguna IPS que haya sido acreditada, hay dos de 3 nivel, una de segundo y una de primer nivel (Hospital universitario San José, Clínica la Estancia, Hospital Susana de Valencia, Hospital de Timbío que están inscritas para seguir el proceso de acreditación, caso contrario ocurre en el Valle del Cauca donde hay 4 IPS y en Nariño donde hay una IPS con certificación en acreditación.

### **5.3. Proceso de la Acreditación Internacional**

El proceso de preparación para la Acreditación Internacional comenzó en el año 2004. En el año 2008 -y luego de cuatro años de operación y de la necesaria acumulación de experiencias evaluativas- ICONTEC realizó los ejercicios de auto evaluación con los estándares de ISQua, para organismos de acreditación en salud. La auto evaluación se hizo con la versión tres de dichos estándares, expedidos por ISQua en diciembre de 2007 y que entraron en vigencia en junio de 2008. Este hecho hace que nuestro proceso esté a la vanguardia y muy actualizado en materia de cumplimiento de requisitos internacionales.

La visita de ISQua fue recibida en octubre; tres evaluadores de talla mundial –los doctores Charles Shaw, Marissa Vechiio y Ricardo Otero- visitaron instituciones acreditadas, revisaron los procesos aplicados por ICONTEC en el marco de la acreditación en salud, interactuaron con partes interesadas, evaluadores y personal administrativo, así como autoridades del Gobierno y examinaron en general todos los aspectos del desarrollo del sistema implementado en Colombia. Finalmente, el 20 de marzo de 2009 el Consejo de ISQua, en reunión plenaria, decidió otorgar la acreditación internacional al modelo de evaluación para la acreditación en salud que desarrolla ICONTEC. La vigencia de la acreditación va desde marzo de 2009 a febrero de 2013.

### **5.3.1. Importancia de la Acreditación de ISQua**

Con este logro el modelo de Acreditación en Salud de Colombia se pone a la altura de los mejores del mundo, contribuye a mostrar los avances del país en materia de calidad de la atención en salud y aporta a la competitividad propuesta por el Gobierno Nacional en el marco de la estrategia de los sectores de clase mundial. Es importante señalar que la acreditación con ISQua implica que ICONTEC es ahora un par de los organismos acreditados en el mundo por esa institución. En el contexto de la estrategia de exportación de servicios de salud el significado del sello de acreditación es muy importante pues se convierte en un valor agregado en procesos de negociación para la atención de pacientes provenientes del exterior que busquen atención segura y de alto nivel con precios competitivos, e implica que nuestras instituciones tienen estructura, procesos y resultados comparables con las mejores prácticas en salud del mundo. Los reconocimientos de este tipo por parte de organismos internacionales a instituciones de evaluación de la calidad como ICONTEC, han sido desarrollados para evitar que empresas e instituciones tengan que someter a evaluación sus procesos y desarrollos en materia de calidad ante diferentes evaluadores en cada país, se propone con ello lograr economías de escala y usar un lenguaje común de referencia para los consumidores de bienes o servicios. Finalmente es importante tener en cuenta que no existe la denominación “acreditación internacional de hospitales” sino la acreditación internacional para organismos que hacen evaluación y certifican que se cumplen parámetros internacionales en las instituciones objeto de evaluación.

### **5.3.2. ¿Qué es ISQua?**

La Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud –ISQua- es un organismo sin ánimo de lucro, de carácter independiente, con miembros institucionales en más de setenta países, reconocido como el referente mundial para acreditar a las instituciones que desarrollan procesos de evaluación externa

basados en estándares de acreditación en salud. La Acreditación de ISQua garantiza que los procesos empleados por un organismo acreditador cumplen con estándares internacionales.

#### **5.3.2.1. Modelos Acreditados por ISQua**

Los modelos de acreditación en salud desarrollados en algunos países como Canadá, Australia, Malasia, Taiwán, Sudáfrica, el Reino Unido, Nueva Zelanda, India, Irlanda, Dinamarca y Colombia, están acreditados por ISQua. Algunos de estos sistemas prestan sus servicios de evaluación a otros países, por ejemplo Acreditación Canadá, una división internacional del Consejo Canadiense de Acreditación, o Joint Commission International, división de ese organismo en Estados Unidos, que funciona desde 1997 y que obtuvo la acreditación de ISQua en el año 2007. <sup>4</sup>

#### **5.3.3. El proceso de acreditación en Salud**

En este sentido para adoptar un Sistema de Calidad en Salud, se hace necesario que cada entidad relacionada con la prestación de servicios de salud, desarrolle el proceso de Acreditación acorde con la normatividad vigente, conocer una pluralidad de términos que conduzcan a estandarizar el lenguaje y de esa manera evitar ambigüedades, por esta razón se parte de la comprensión de la Acreditación en Salud como 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.

---

<sup>4</sup> Disponible en: [www.icontec.org.co](http://www.icontec.org.co)

El proceso de acreditación comprende dos ciclos operacionales: El ciclo de preparación para la Acreditación (o ciclo de mejoramiento) y el ciclo de aplicación, para iniciarlo se requiere que la institución, luego de haber presentado su declaración de habilitación, haya tomado la decisión firme y sincera de mejorar.

Implica analizar y estudiar cada uno de los estándares y comparar contra ellos el desempeño organizacional.

El mejoramiento Continuo implica revisar y ajustar necesidades relacionadas con el Ambiente Físico de la institución atención de los usuarios tanto internos como externos, prevención de enfermedades, manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos, manejo seguro de desechos, plan de emergencias y desastres, recepción de personas involucradas en una emergencia o desastre, prevención y respuestas a incendios, evacuación y reubicación de clientes, manejo de la pérdida de un paciente mediante un proceso de atención. Tal es el caso de los estándares de gerencia del ambiente físico, los cuales incluyen las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.

Dichos estándares pretenden generar una serie de procesos o políticas encaminados a establecer unos mecanismos participativos con el personal y principalmente con la comunidad, operativos de prevención y manejo de esos potenciales riesgos con el fin de garantizar la seguridad y calidad del entorno donde se desarrollan los procesos organizacionales; a través del manejo de la infraestructura; de la Salud Ocupacional “entendida como el conjunto de actividades interdisciplinarias tendientes a mantener y mejorar las condiciones de vida, controlando las situaciones de riesgo para la salud, disminuyendo la posibilidad de ocurrencia de los accidentes y las enfermedades; de la seguridad industrial, la cual valora los riesgos que pueden generar daños agudos y

traumáticos, que comprometen con mayor agresividad la vida del trabajador y los bienes físicos y patrimoniales de la empresa” (Ministerio de la Protección Social, 2005).

De igual manera, es importante para el buen funcionamiento en la institución y cumplir con los estándares, implementar de acuerdo con los lineamientos del Manual de procedimientos para la Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y similares, la Gestión de los Residuos Hospitalarios, con el fin de evitar contaminación por el manejo inadecuado de estos; Así mismo estar preparados ante las emergencias y desastres, mediante la adopción del Plan Hospitalario de Emergencias, el cual, es un conjunto de esquemas de organización, de responsabilidades del personal en cada puesto de trabajo, coordinación en el manejo de los recursos, teniendo en cuenta que sean suficientes y adecuados para afrontar las emergencias.<sup>5</sup>

#### **5.4. Marco legal y normatividad de Acreditación en Salud.**

- **Ley 100 / 1993:** Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral.
- **Ley 1122 de 2007:** Se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud
- **Decreto 1011/2006:** Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Resolución 1043/2006 y sus Anexos técnicos:** Por el cual se establece el Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud.
- **Resolución 1445/2006 y sus anexos:** Por el cual se establece el Sistema Único de Acreditación en salud.

---

<sup>5</sup> Disponible en: Manual De Estándares De Acreditación Para IPS. ANEXO TÉCNICO N° 1 RESOLUCIÓN NÚMERO 1445  
8 DE MAYO DE DE 2006



- **Resolución 1446/2006:** Por el cual se establecen el Sistema de Información para la Calidad del SOGCS.
- **Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud,** Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Ministerio de la Protección Social, Imprenta Nacional, Bogotá D.C, 2007.
- **Guías Básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud** Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Ministerio de la Protección Social, Imprenta Nacional, Bogotá D.C, 2007.
- **Ley 1438 del 19 de enero del 2011** por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.<sup>6</sup>

## **5.5. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD (SUA)**

### **5.5.1. Intencionalidad:**

La intencionalidad de la Acreditación en Salud se desarrolla en armonía con lo establecido en el artículo 3° del Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, el cual establece claramente que “Las acciones que desarrolle el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad - SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados” . Dado lo anterior, la intencionalidad del mejoramiento continuo de la calidad en el Sistema Único de Acreditación en Salud apunta más allá del desarrollo de acciones que cumplan en lo formal con los requerimientos establecidos por los estándares de acreditación. Cuando el ente acreditador otorga a una institución el certificado de “Acreditado en Salud”, centra sus acciones en el usuario certificándole que cuando

---

<sup>6</sup> Disponible en : [www.minproteccion-social.gov.co](http://www.minproteccion-social.gov.co)

acuda a recibir servicios en la institución acreditada tendrá una altísima probabilidad de recibir una atención en salud de excelencia, por encima del que ofrece el nivel promedio de las instituciones similares en el país y exponiéndose al mínimo de riesgos derivados de la atención en salud.

La obtención del certificado de acreditado en salud también le expresa al usuario que durante el proceso de evaluación, los evaluadores de acreditación no encontraron ninguna evidencia que los llevara a dudar del cumplimiento del piso mínimo establecido por los estándares de habilitación y en consecuencia se estableció que en la institución acreditada los beneficios esperados de la atención en salud superan ampliamente los riesgos potenciales.

### **5.5.2. Bases conceptuales de la acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud.**

#### **5.5.2.1. Garantía de la Calidad:**

Un sistema de garantía de calidad implica el conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la atención en salud y el logro de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las que se emprendan para corregir sus deficiencias.

El Sistema de Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

### **5.5.2.2. Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC):**

El mejoramiento continuo (MCC) es una filosofía y un sistema gerencial que involucra a los gerentes, a los demás directivos y a los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención de sus clientes/usuarios y sus familias.

Este sistema mira a la organización con enfoque sistémico y entiende la atención en salud que esta brinda como un continuo clínico administrativo cuya finalidad es alcanzar resultados de la atención en salud ofrecida al paciente introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen la utilización inadecuada de los recursos, la duplicidad de procesos y el trabajo innecesario.

### **5.5.2.3. Atención Centrada en el Cliente:**

Cuando se aplica el MCC la meta es identificar, satisfacer y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad.

Para el éxito en la implementación del MCC, la organización debe orientar sus acciones hacia los usuarios. Esta transición de los prestadores de servicios hacia el enfoque de satisfacer las necesidades de sus usuarios, implica un compromiso continuo de la organización para hablar con ellos, entenderlos, traducir esas necesidades en productos y servicios y finalmente verificar si los resultados de la atención cumplieron con sus expectativas y promover acciones de mejoramiento.

Como en cualquier reorientación o readaptación de una institución, adaptarse a este enfoque implica cambios en la filosofía y cultura de la organización, en el tipo de liderazgo, en la planeación y compartir del conocimiento del negocio, en hacer cambios significantes en el trabajo diario, en los roles y apoderamiento de las

personas y en las relaciones y coordinación del trabajo entre los profesionales dentro de la organización.

#### **5.5.2.4. La confidencialidad en la acreditación:**

El numeral 1 del Artículo 42º del Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, que trata de los Principios del Sistema Único de Acreditación, define la Confidencialidad como: “La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta”.

El desarrollo del anterior principio implica:

1. La calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las instituciones acreditadas.
2. La información documental y de otro tipo a que tengan acceso los evaluadores del ente acreditador durante el proceso de evaluación es estrictamente confidencial y no podrá hacerse pública.
3. El ente acreditador mantendrá la reserva en la información relacionada con instituciones que hayan aplicado y se encuentren en proceso de evaluación.
4. Podrá hacerse pública la información referente al número de instituciones que han aplicado y número de instituciones que han alcanzado las diferentes categorías de la acreditación establecidas en la Tabla denominada “Reglas para

la Toma de Decisiones de Otorgamiento de Acreditación”, pero la referencia a los nombres de las instituciones será estrictamente confidencial.

**5.** Para efectos de análisis y planificación de políticas de salud, el ente acreditador presentará al Ministerio de la Protección Social informes acerca del cumplimiento de los estándares individuales de acreditación, pero siempre manteniendo la confidencialidad garantizada por la normatividad a las instituciones que apliquen a la acreditación.

#### **5.5.2.5. Definición y Grandes Propósitos:**

“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 (Decreto 1011- Resolución 1445 de 2006).”

#### **5.5.2.6. Propósitos del sistema único de acreditación:**

##### **Misión**

“Desarrollar e implementar la gestión de calidad de las organizaciones de salud mediante un proceso voluntario de autoevaluación y evaluación externa, con unos estándares óptimos factibles, para mejorar la salud de los colombianos”.

##### **Visión**

“Ser el mecanismo fundamental y de mayor credibilidad para direccionar el mejoramiento de las instituciones de salud en Colombia”.

#### **5.5.2.7. Alcance del certificado de la acreditación en salud:**

El certificado de Acreditación en salud será entregado por el ente acreditador acompañado de un documento complementario que determine el alcance de la distinción otorgada, el cual deberá tomar en consideración:

- La extensión de las sedes de una misma institución que serán incluidas en la evaluación de la acreditación, la cual estará determinada por el modelo de atención de la institución, tomando particular cuidado en que reflejen la integralidad de los procesos de atención al usuario.
- A una misma institución pueden aplicar estándares de acreditación asistenciales de diferentes manuales, dependiendo de los servicios que la institución brinde. El ente acreditador informará a la institución, previamente a la visita de evaluación, cuales estándares le serán evaluados.

#### **5.5.2.8. Voluntariedad:**

La acreditación es una estrategia de mejoramiento y no debe confundirse con la consecución del certificado de acreditación, el cual solo es la forma a través de la cual se operacionaliza el incentivo de prestigio. En consecuencia, los estándares de acreditación son aplicables a cualquier institución independientemente de su estado de desarrollo. Por esa razón, hablamos de dos ciclos operacionales durante la ejecución de las acciones que la institución despliega en desarrollo de la estrategia de mejoramiento de la acreditación:

##### **1. Ciclo de preparación para la Acreditación (o ciclo de mejoramiento):**

Para iniciarlo solamente se requiere que la institución, luego de haber presentado su declaración de habilitación, haya tomado la decisión firme y sincera de mejorar. Implica analizar y estudiar cada uno de los estándares y comparar contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su

enfoque como en su implementación y resultados. Este ejercicio le ofrece a la organización un claro diagnóstico de los aspectos críticos hacia los cuales debe priorizar sus acciones de mejoramiento, las cuales deben ser desplegadas en la organización.

#### **5.5.2.9. Ruta Crítica (o ciclo de aplicación):**

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

Si el ciclo de preparación para la aplicación a la acreditación se ha desarrollado correctamente es de esperarse que la ruta crítica termine en el otorgamiento de la acreditación. No obstante existe la posibilidad de que la institución no “pase” la evaluación por parte del ente acreditador, en cuyo caso se le abren dos opciones: o Iniciar de inmediato nuevas acciones de mejoramiento que le permitan corregir las deficiencias existentes y de nuevo volver a aplicar, o Apelar la decisión de acreditación, si en su concepto considera que tiene argumentos suficientes para demostrar ante el ente acreditador el cumplimiento, sin perjuicio de que esta no prospere y deba recurrir a la opción anterior. Igualmente, cuando durante el desarrollo de la visita de evaluación, los evaluadores del ente acreditador encuentran evidencia que les genere dudas razonables acerca del incumplimiento del piso mínimo para la aplicación a la acreditación en salud (estándares de habilitación), suspenderán de inmediato la visita de acreditación.

La “Ruta Crítica” (o ciclo de aplicación ante el ente acreditador) es voluntaria para la totalidad de instituciones cobijadas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. El ciclo de preparación para la Acreditación (o ciclo de mejoramiento) es obligatorio para las instituciones del Estado, cuando el

Ministerio de la Protección Social en desarrollo de la compatibilización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud con otros Sistemas de Gestión de Calidad de qué trata el numeral 1° del artículo 5° del Decreto 1011 de 2006, diere instrucciones al respecto.

### **5.5.3. Estándares de acreditación:**

#### **5.5.3.1. Tipo, Amplitud, Contenido.**

**Tipo:** Orientados a evaluar la capacidad que la institución posee de brindar al usuario procesos de atención en salud que se traduzcan en resultados de calidad.

Desde la perspectiva de la acreditación, el cumplimiento de los requisitos estructurales o la estandarización y documentación de procesos son considerados como prerrequisitos necesarios, para que las acciones de mejoramiento en salud alcancen sus objetivos.

**Amplitud:** Los estándares evaluarán la organización integralmente.

**Contenido:** Está dirigido al proceso de atención de los usuarios, centro y razón de ser de una organización de servicios de salud.

#### **5.5.3.2. Escala de calificación:**

##### **5.5.3.2.1 Dimensiones a evaluar:**

**Enfoque:** Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.



**Implementación:** Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.

**Resultados:** Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

#### 5.5.3.2.2. Variables de cada dimensión:

##### **Enfoque:**

- **Sistematicidad:** Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- **Amplitud:** Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar
- **Proactividad:** Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.

##### **Implementación:**

- **Despliegue en la institución:** Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario.** Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

## Resultados:

- **Pertinencia:** Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuesta
- **Consistencia:** Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.
- **Avance de la medición:** Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.
- **Tendencia:** Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.
- **Comparación:** Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.<sup>7</sup>

### 5.5.4. Los principios de la acreditación

- ❖ Promoción de un proceso continuo de la mejora de la calidad.
- ❖ Proceso centrado en el paciente.
- ❖ Debe estar definida la responsabilidad que tienen los prestadores sobre la calidad de la atención de la salud.
- ❖ Se debe identificar los mecanismos de monitoreo de la calidad con documentación de los resultados y las acciones tomadas.
- ❖ Se debe evaluar la gestión para el manejo y control de los riesgos de atención tanto para los pacientes como para los familiares y el personal.
- ❖ Identificar las relaciones del establecimiento con la red de servicios.

---

<sup>7</sup> Disponible en : resolución número 1445 de 2006 8 de mayo de 2006

### **5.5.5. Características de los estándares de acreditación en salud en Colombia**

- ❖ Deben estar definidos tomando en cuenta los conocimientos existentes a nivel nacional e internacional.
- ❖ Se formulan mediante un proceso definido.
- ❖ Deben contener ciertos conceptos clave.
- ❖ El análisis de los estándares se debe combinar con un conjunto básico de indicadores.
- ❖ Deben cubrir la totalidad de las áreas y actividades del establecimiento y las relaciones del mismo con la red de servicios.
- ❖ Los estándares deben ser aplicados no sólo a la totalidad del establecimiento sino además por departamentos y secciones principales del mismo.
- ❖ Los estándares de estructura deberán cubrir el análisis de requisitos mínimos.
- ❖ Los estándares relacionados con el proceso de atención del paciente deben contemplar desde el ingreso al momento del egreso.<sup>8</sup>

### **5.6. ¿CUALES SON LOS GRUPOS DE ESTANDARES?**

Esos estándares son los siguientes:

- Estándar Cliente asistencial: que incluye los estándares:
  - Hospitalarios
  - Ambulatorios
  - Laboratorio Clínico
  - Rehabilitación
  - Imagenología

---

<sup>8</sup> Disponible en : [www.minproteccion-social.gov.co](http://www.minproteccion-social.gov.co)

- Estándar de direccionamiento
- Estándar de gerencia
- Estándar de gerencia del recurso humano
- Estándar de gerencia del ambiente físico
- Estándares de gerencia de la Tecnología
- Estándar gerencia de información
- Estándares de red

#### **5.6.1. ESTÁNDAR CLIENTE ASISTENCIAL:**

En estos estándares se pretende señalar el camino lógico de la relación paciente - organización dentro de un proceso discreto de atención. Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave de la atención frente al paciente y su familia.

El Hospital debe entonces garantizar que se ofrezcan servicios de calidad dentro de un ambiente de trabajo seguro.

Sobre los estándares Cliente asistencial recordemos que se evalúa desde el ingreso del paciente a la institución hasta su salida y seguimiento en casa. Pero es importante tener en cuenta que el primer paso en esta ruta es que todos los funcionarios del Hospital deben conocer y dar a conocer los deberes y los derechos de nuestros usuarios, por ello se hace indispensable divulgarlos con los actos que se desarrollan en el día a día como por ejemplo en el protocolo de bienvenida, cuando se informa los procedimientos a realizar, cuando se le

garantiza la atención a pesar de no contar con la documentación completa, con un guía de atención en las salas de espera informando permanentemente sobre los copagos, cubrimiento de servicios, horario de visitas y sobre el derecho de presentar quejas, reclamos y felicitaciones. Con una adecuada educación acerca de la enfermedad que presenta y el tratamiento que se le va a realizar. Con la ejecución de encuestas en cada servicio para saber el grado de satisfacción después de la atención.

La siguiente es la ruta lógica de la atención, es decir, la secuencia de eventos que debe seguir un paciente en un Hospital a partir de requerir los servicios. En la partir inferior se señalan los estándares de apoyo que como su nombre lo indica son aquellos estándares que apoyan los procesos misionales para que se cumplan de manera adecuada:<sup>9</sup>

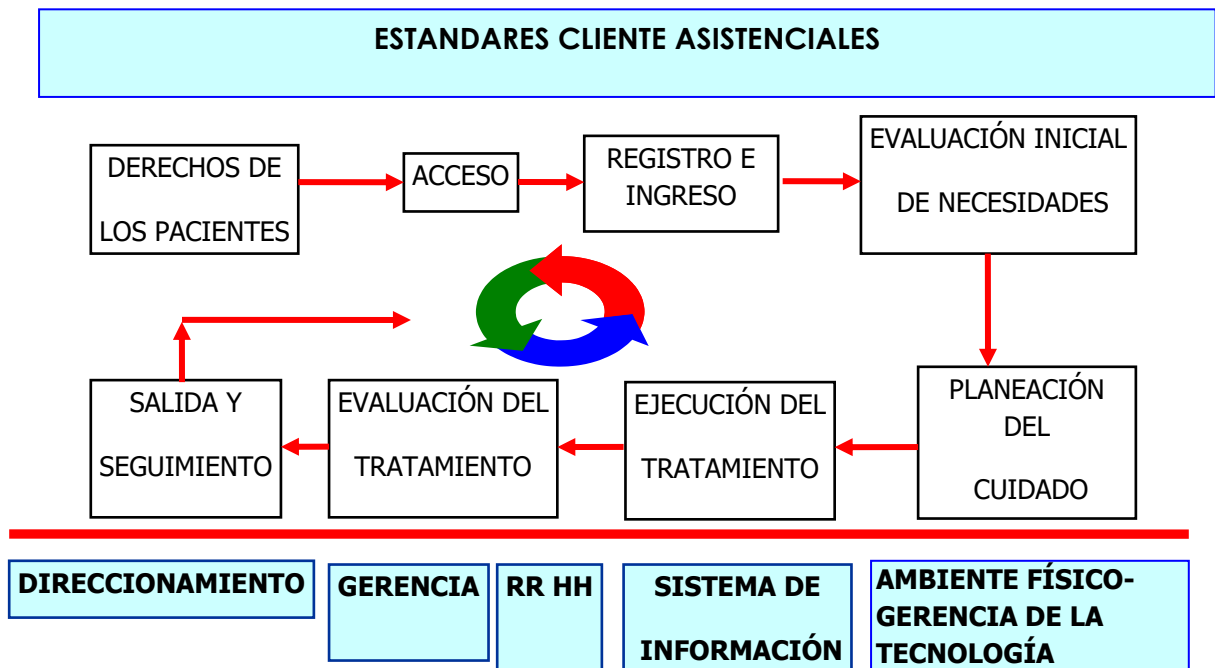


Figura 1. Estándares Cliente Asistenciales

<sup>9</sup> Disponible en: [www.eserafaeluribe.gov.co/Calidad/Download/4CartN3Acred.doc](http://www.eserafaeluribe.gov.co/Calidad/Download/4CartN3Acred.doc)

## **5.7. Resolución 1445/2006 Por el cual se establece el Sistema Único de Acreditación en salud.**

Instrumento destinado a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

### **5.7.1. Beneficios de la Acreditación en Salud.**

- ❖ Garantizar a los usuarios un servicio de salud en condiciones de calidad, accesibilidad y efectividad, lo cual redundará en la mejoría de las condiciones de vida y salud de los usuarios que atienden, promocionando el auto cuidado.
- ❖ Generar confianza entre los clientes sobre los resultados que se alcancen con los procesos asistenciales y administrativos.
- ❖ Trabajar continuamente en el mejoramiento de los procesos centrados en la seguridad de los usuarios, buscando en todo momento reducir los riesgos inherentes a la práctica clínica.
- ❖ Garantizar a los usuarios, afiliados y beneficiarios de las organizaciones de salud el acceso a servicios de salud que cumplan con las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, tales como oportunidad, accesibilidad, seguridad, pertinencia, continuidad, coordinación, efectividad, información, aceptabilidad y competencia..<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Disponible en: [www.icontec.org.co](http://www.icontec.org.co)

## **5.8. PROCESO DE URGENCIA**

El proceso de urgencias comprende la organización de recurso humano, materiales tecnológicos y financiero de un proceso de cuidados de salud indispensable e inmediata a personas que prestan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencia, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aun sin convenio o autorización de la EPS respectiva o aun en el caso de personas no afiliadas al sistema<sup>11</sup>

## **5.9. INSTITUCION DE PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD**

Las instituciones de primer nivel de atención en salud prestan servicios de consulta médica, hospitalización, atención de urgencias, especialidades básicas tales como: atención ambulatoria: consulta médica general atención inicial, estabilización y resolución o remisión del paciente en urgencias, atención odontológica, laboratorio clínico, radiología, medicamentos esenciales, citología, acciones intra y extra murales de promoción, prevención y control, atención quirúrgica de pequeñas cirugías servicios con internación, atención obstétrica bajo riesgo atención no quirúrgica obstétrica, radiología, valoración diagnóstica y manejo médico.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Disponible en : Resolución 5261 de 1994 artículo 10

<sup>12</sup> Disponible en : Resolución 5261 de 1994 artículo 96 y 102

## 6. DESCRIPCION DEL DEPARTAMENTO DEL CAUCA

El Departamento del Cauca se encuentra localizado en el suroeste del país. Limita al norte con los departamentos del Valle del Cauca y Tolima, al oriente con los departamentos de Huila y Caquetá, al sur con los departamentos de Putumayo y Nariño, y al occidente con el océano Pacífico. Fue creado por la Constitución de 1886. Tiene un territorio de 29.308 km<sup>2</sup>, integrado por 41 municipios.

- **Densidad:** 46.66 Hab/Km<sup>2</sup>
  
- **Capital:** Popayán
  
- **Población:** Según el Censo de 2005 hecho por el DANE, la población del Cauca es de 1.244.886 habitantes, de los cuales el 39% (483.947 personas) reside en las cabeceras municipales. En 2005, 247.987 personas, 21,50% de la población, se declaró indígena, el segundo departamento con mayor número de indígenas, mientras que 256.042 se declararon afro colombianos, 22,19% de la población del departamento. El 59% se declaró sin pertenencia étnica, uno de los índices más bajos del país. Según el DANE la Proyección de la población en el 2010 en el departamento del Cauca es de 1, 486,750 habitantes<sup>13</sup>
  
- **Salud:** El análisis de la situación de afiliados al régimen de seguridad social guarda una estrecha relación con otras estadísticas de pobreza del departamento. Es decir, una alta participación del régimen subsidiado y un

---

<sup>13</sup>DANE, Censo 2005.



porcentaje pequeño de población en el régimen contributivo. Según las cifras de la secretaria de salud del Departamento de Cauca, en febrero de 2010 existe 1.442.947 de personas afiliadas al sistema de aseguramiento en salud. Entre vinculados 170.320 (11.8%), subsidiados 943.754 (65.4 %) y afiliadas al régimen contributivo 323.873 (22.4 %).

- En la mayoría de los municipios, la población asegurada está cobijada por el sistema subsidiado. <sup>14</sup>
  
- **Actividades Socioeconómicas:** Las actividades económicas que se desarrollan en el Cauca son variadas, entre las que sobresalen la agricultura, la ganadería, la minería, el comercio, la explotación de madera, el turismo y los servicios. Cultivan caña de azúcar, plátano, maíz, café, cacao, frijol, anís y papa en los municipios de Almaguer, Balboa, Bolívar, Cajibío, Corinto, Silvia, Santander de Quilichao y Caloto. La actividad ganadera, que ha favorecido la producción de leche y carne, se desarrolla en los municipios de Balboa, Almaguer, Caloto, Corinto, Toribio, Mercaderes y Miranda. La explotación de oro es una actividad que se ha llevado a cabo desde el periodo prehispánico y con mayor impulso durante la colonia, cuando se introdujeron esclavos para el laboreo de las minas.

Los municipios mineros son Almaguer, Balboa, Cajibío, Caloto, Guapí, Inzá, Jambaló, Miranda, Morales, Páez o Belalcázar, Puracé y Toribio.

La explotación forestal se hace en Argelia, Balboa, Cajibío, El Tambo, López de Micay y Santa Rosa. El turismo, el comercio y los servicios se orientan desde Popayán.

---

<sup>14</sup> Secretaria de salud del Departamento del Cauca

Entre los lugares turísticos del Cauca están Popayán, el macizo Colombiano, los volcanes de Puracé y Sotará, la población de Silvia y demás poblaciones indígenas.<sup>15</sup>

## **6.1. GENERALIDADES DEL MUNICIPIO DE EL BORDO – CAUCA**

El Bordo, municipio de El Municipio de Patía, al sur del Departamento del Cauca, tiene una extensión de 755000 m<sup>2</sup>, la Extensión del área urbana es de 22240 m<sup>2</sup>, la Extensión del área rural es de 732760 m<sup>2</sup>, la Altitud de la cabecera municipal es de 910 metros (sobre el nivel del mar) y la Temperatura promedio es de 23 °C. Limita por el Norte con los municipios de él Tambo y La Sierra, por el Este con La Sierra y Bolívar, por el Sur con Bolívar y Mercaderes y por el Oeste con Balboa y Argelia; la población estimada según el DANE Censo 2005 es de 33.743 habitantes; de los cuales el 64.30% viven en la zona rural y el 35.70% en la zona urbana; esta poblado en su gran mayoría por Afro descendientes y población mestiza. Hacen parte del municipio los corregimientos de El Hoyo, La Fonda, Las Tallas, Pan de Azúcar, Brisas, Chontaduro o Santa Cruz, Don Alfonso, El Estrecho, El Placer, El Puro, El Zarzal, Galíndez, La Florida, La Mesa, Patía, Piedra Sentada, Sachamates, Santa Rosa Baja y Versalles. La economía del Municipio se basa en la Agricultura, Ganadería y el comercio.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Gobernación del Departamento del Cauca

<sup>16</sup> Disponible en: Alcaldía Municipal Patía Cauca

## **6.2. PLATAFORMA ESTRATEGICA ESE HOSPITAL NIVEL I EL “BORDO”**

### **MISIÓN**

Contribuir a mejorar el estado de salud de la población Patiana, en especial la más pobre y vulnerable, a través de la Prestación de servicios de Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad con calidad, oportunidad y trabajo en equipo, que permitan la rentabilidad social y la sostenibilidad financiera de la Institución, enfocados siempre en nuestro principio “**SALUD PARA TODOS**”.

### **VISIÓN**

En el año 2012, la **E.S.E HOSPITAL NIVEL I EL BORDO**, estará posicionada en la zona de influencia como empresa líder en la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad, con enfoque social y estándares de calidad que contribuyan directamente en el mejoramiento de la calidad de vida de la Población Patiana. Será una empresa viable y auto sostenible con personal idóneo y tecnología adecuada que genere rentabilidad social creciente y satisfacción de todos sus usuarios.

## **6.3. ESE HOSPITAL NIVEL I EL “BORDO” CUENTA CON LOS SIGUIENTES SERVICIOS:**

- Consulta Externa Médica
- Odontológica
- Atención de urgencias
- Hospitalización para patologías de baja complejidad
- Laboratorio clínico
- RX
- Promoción y Prevención

- Procedimientos de baja complejidad.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Disponible en: portafolio de servicios ese hospital nivel i el bordo

## 7. DISEÑO METODOLOGICO

La importancia de la estrategia metodológica nos representa la manera de organizar el proceso de la investigación. La descripción, el análisis y la valoración crítica de los métodos de investigación que nos lleva por el camino lógico para llegar al conocimiento y resultados.

**Metodología → investigación = conocimiento y resultados.**

La metodología es un elemento necesario en la investigación, ya que sin ella no sería fácil demostrar la validez objetiva de nuestro propósito, se necesita pensar en la manera de enfocar adecuadamente las acciones del proyecto.

El presente trabajo de investigación se llevará a cabo en el servicio de urgencias de la Empresa Social del Estado Hospital Nivel I El Bordo, se realizará un estudio descriptivo de la situación en la que presta el servicio frente a los estándares de acreditación según la resolución 1445 del 8 de mayo de 2006, el instrumento utilizado para evaluar esta situación será el formato de autoevaluación del estándar del cliente asistencial, las tablas de calificación definido por el Ministerio de la Protección Social con el cual se hace la autoevaluación y calificación a las IPS que quieren acreditarse, dicha autoevaluación y calificación será hara por el grupo de investigadores, en conjunto con los funcionarios del centro asistencial. Se tomará el total de los estándares de acreditación para la atención del cliente asistencial, en total 25 estándares con sus respectivos subpuntos, para la calificación se tendrá en cuenta los tres aspectos: enfoque, implementación y resultados, la calificación irá en una escala de 1 a 5 donde 1 será un rango mínimo y 5 si cumple por completo, para todos los estándares se tomará el menor valor que será la calificación del estándar; al final estará el nombre del evaluador y la firma.

Con base a lo anterior para recolección de la información se realizará en un formato en el que estará el nombre de la Empresa Social del Estado Hospital Nivel I El Bordo, la fecha, el nombre del estándar, donde tendremos en cuenta los aspectos cualitativos en cuanto a fortalezas, priorizando las oportunidades de mejora, comparándolo con el estándar para ello se revisará los archivos de la Empresa Social del Estado Hospital Nivel I El Bordo, mirando las políticas de la Empresa Social del Estado Hospital Nivel I El Bordo, los protocolos existentes, la plataforma estratégica y los informes de gestión en los ajustes que se han hecho y las mejoras a los mismos.

Una vez realizada la autoevaluación y calificación de los estándares de acreditación para la atención del cliente asistencial, se hará el análisis de los hallazgos y posteriormente se procederá a realizar la respectiva socialización de los resultados obtenidos y las oportunidades de mejora como base para iniciar en el futuro el proceso de acreditación de la Empresa Social del Estado Hospital Nivel I El Bordo.



✓ **Plantilla No 2** Resolución 1445 de 2006

Variables	1	2	3	4	5
<b>ENFOQUE</b>					
<b>Sistematicidad y amplitud</b>	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar. en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
<b>Proactividad</b>	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
<b>Ciclo de evaluación y mejoramiento</b>	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
<b>Impacto</b>				Existe alguna evidencia que indica que el enfoque está incidiendo en la implementación y en los	La incidencia del enfoque en la implementación y en los resultados es demostrable.



				procesos más importantes	
<b>IMPLEMENTACIÓN Y DESPLIEGUE</b>					
<b>Despliegue en la institución</b>	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas,	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
<b>Despliegue al cliente interno y/o externo (según la naturaleza y propósito del estándar)</b>	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente

## 8. ANALISIS Y RESULTADOS

### 8.1. AUTOEVALUACIÓN Y CALIFICACION

	SISTEM ATICIDA D Y AMPLIT UD	PROACT IVIDAD	CICLO DE EVALUA CIÓN Y MEJORA MIENTO DEL ENFOQU E	DESPLIEG UE EN LA INSTITUCI ÓN	DESPLIEG UE AL CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO	PERTINE NCIA	CONSIS TENCIA	AVANCE DE LA MEDICIÓN	TENDEN CIA	COMPA RACIÓN	MINIMO VALOR
<b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b>											
1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1

2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
<b>ACCESO</b>											
3. Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.	3	3	1	3	2	1	1	1	1	1	1
<b>REGISTRO E INGRESO</b>											
4. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.	3	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1
5. Existe un proceso de registro para la atención y el tratamiento.	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
<b>EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO</b>											

<p>6. La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario. Específicamente se pretende identificar los siguientes criterios.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<p>7. La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobre agregada, requiere técnicas especiales de aislamiento.</p>	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1
<p><b>PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO</b></p>												
<p>8. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados. Esta planeación incluye</p>	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1

<p>9. Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente, los cuales apoyan la oportunidad y efectividad de las intervenciones e incluyen:</p>	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.</li> <li>• Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido.</li> <li>• Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados.</li> <li>• Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos.</li> <li>• Orientación a la madre acerca de las normas de seguridad y cuidado para evitar casos de confusión o extravío de recién nacidos.</li> <li>• Apoyo emocional al paciente y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica sólo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas.</li> <li>• Rehabilitación según necesidades</li> </ul>												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soporte nutricional especial.</li> <li>• Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes, y actividades especiales para pacientes de tercera edad.</li> <li>• Consejería y apoyo emocional al paciente y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluyendo la muerte y donación de órganos, cuando aplique.</li> <li>• Apoyo espiritual / religioso.</li> <li>• En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica se realiza una valoración anestésica pre quirúrgica.</li> <li>• Se verifica la identidad del paciente, la naturaleza y el sitio de la operación propuesta.</li> </ul>											
<p><b>10.</b> La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad, lo cual incluye:</p>	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.</li> <li>• La privacidad es respetada mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico.</li> <li>• La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.</li> </ul>											
<b>PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO</b>											
11. El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente, lo cual incluye:	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
12. El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario.	3	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1
13. Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1



debe desempeñar.												
<b>EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO</b>												
14. Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento.	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1
15. El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
16. Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO</b>												
17. La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>SALIDA Y SEGUIMIENTO</b>												
18. Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

necesarios.												
19. Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Este estándar se aplica en aquellos casos donde el tratamiento del paciente sea de carácter ambulatorio, y cuya duración sea igual o superior a un mes.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
20. La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21. El médico u organización que refirió al paciente es informado acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido.	1	1	1	1	1							
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>												
22. Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
23. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>											
<b>24.</b> Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>25.</b> Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Al realizar la autoevaluación encontramos que el enfoque tiene una mejor calificación pero el máximo valor encontrado es de 3, en otros tiene una calificación de 1, esto significa que en algunos es sistemático y se puede alcanzar los propósitos del estándar pero no aplica para todos los estándares; al evaluar la implementación vemos que en unos pocos alcanzan una calificación de 3 especialmente en el despliegue en la Institución, pero en el despliegue al cliente interno y externo en la mayoría la calificación es de 1 es decir que no hay una verdadera cultura institucional para dar a conocer y poner en marcha una política de calidad, finalmente, al evaluar los resultados, como era de esperarse, todos tiene una calificación de 1, pues no hay resultados para mostrar debido a que la ESE no está inmersa en una política de calidad que la lleve a avanzar en un proceso que se verá reflejado en una mejor calidad de atención a los usuarios.

## 8.2. ASPECTOS CUALITATIVOS: FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

<b>ESE HOSPITAL NIVEL I BORDO</b>		
<b>GRUPO DE ESTANDARES ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL AREA DE URGENCIAS</b>		
<b>ESTANDAR</b>	<b>ASPECTOS CUALITATIVOS</b>	
	<b>FORTALEZAS</b>	<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>
<b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b>		
1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	La ESE Hospital Nivel I el Bordo, cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes mediante acto administrativo 023 de 2009	
2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la		El personal no ha sido entrenado en su totalidad en el conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes y no hay una evaluación continua de los

<p>declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.</p>		<p>funcionarios para evaluar la aplicación de estas directrices.</p>
<p><b>ACCESO</b></p>		
<p><b>3.</b> Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.</p>	<p>Está documentado el proceso de atención del paciente desde el ingreso hasta el egreso y en general es conocido por el personal que labora en el área de urgencias.</p>	
<p><b>REGISTRO E INGRESO</b></p>		
<p><b>4.</b> Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.</p>	<p>Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación.</p> <p>Los miembros del equipo</p>	

	<p>de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del personal dentro de la institución que debe estar a cargo del paciente, según su enfermedad.</li> <li>• Priorización de los pacientes que deben atenderse. Prioritarios mediante la clasificación del TRIAGE.</li> </ul>	
<p><b>4.1.</b> Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación</p> <p><b>4.2.</b> Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del</li> </ul>		

<p>personal dentro de la institución que debe estar a cargo del paciente, según su enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorización de los pacientes que deben atenderse.</li> <li>• Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición pone sobre la vida del paciente.</li> </ul>		
<p><b>5.</b> Existe un proceso de registro para la atención y el tratamiento.</p>		
<p><b>5.1.</b> La organización garantiza un proceso para proveer información al paciente y su familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se provee información al paciente y su familia acerca de la organización, por lo menos en los siguientes aspectos:</li> <li>• Información acerca de la organización:</li> <li>• Personal clave que puede contactar en caso</li> </ul>		<p>En el área de urgencias no se cuenta con un proceso para proveer información al paciente y su familia en los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información acerca de la organización:</li> <li>• Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos.</li> <li>• Rutinas referentes a</li> </ul>

<p>de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación.</li> <li>• Plan para asegurar sus pertenencias personales.</li> <li>• La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento.</li> <li>• Derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos.</li> </ul> <p><b>5.2.</b> Existe un protocolo o guía de recibimiento en la admisión de hospitalización, ubicación en la habitación y presentación ante los</p>		<p>horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan para asegurar sus pertenencias personales.</li> <li>• La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento.</li> <li>• Derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos.</li> </ul>
--	--	---



<p>compañeros de habitación.</p> <p><b>5.3.</b> Se obtiene consentimiento informado, si aplica en este momento.</p>		
<p><b>EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO</b></p>		
<p><b>6.</b> La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario. Específicamente se pretende identificar los siguientes criterios.</p>		

<p><b>6.1.</b> La evaluación del conocimiento, expectativas, necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad, están plenamente identificadas en colaboración con él, e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento del paciente acerca de su patología.</li> <li>• Forma de tratamiento de su enfermedad.</li> <li>• Expectativas del paciente acerca del resultado de su tratamiento.</li> </ul> <p><b>6.2.</b> Existe evidencia de que la evaluación es realizada por un equipo de salud y coordinada por un médico tratante responsable. El equipo en cuestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Está calificado para atender la patología que está atendiendo.</li> </ul>	<p>La evaluación es realizada por un equipo de salud y coordinada por un médico tratante responsable. El equipo en cuestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Está calificado para atender la patología que está atendiendo</li> </ul>	<p>La evaluación del conocimiento, expectativas, necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad no están plenamente identificadas, porque no se cumple lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No siempre el paciente tiene conocimiento acerca de su patología.</li> <li>2. Desconoce la forma de tratamiento de su enfermedad.</li> <li>3. Desconoce que expectativas pueden haber acerca del resultado de su tratamiento.</li> <li>4. El equipo de salud no es rotado periódicamente de actividad</li> <li>5. El equipo de salud no es reentrenado periódicamente en las actividades específicas.</li> </ol>
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es rotado periódicamente de actividad</li> <li>• Es reentrenado periódicamente en las actividades específicas que sirve.</li> </ul>		
<p><b>7.</b> La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobre agregada, requiere técnicas especiales de aislamiento.</p>		
<p><b>7.1.</b> Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad.</p> <p><b>7.2.</b> La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el</p>		<p>Este aislamiento no puede mantener la dignidad del paciente y se convierte en obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad</p> <p>La organización, si identifica la necesidad del aislamiento, pero no tiene la capacidad de ejecutar el</p>

<p>plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo a la decisión adoptada.</p>		<p>manejo en condiciones de aislamiento</p>
<p><b>PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO</b></p>		
<p><b>8.</b> Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados. Esta planeación incluye</p>		
<p><b>8.1.</b> Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o</p>	<p>Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o adaptado.</p>	<p>La institución no tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado, el cual es requerido para todos los procedimientos médicos. Al momento de solicitar el consentimiento, no siempre se le provee al paciente la</p>

<p>adaptado.</p> <p><b>8.2.</b> La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado, el cual es requerido para todos los procedimientos médicos. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.</p> <p><b>8.3.</b> Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, donde se le explica el objetivo, beneficios e inconvenientes del mismo. La negativa por</p>		<p>información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.</p>
---	--	--

<p>parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.</p> <p><b>8.4.</b> Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante.</p>		<p>No siempre se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante, cuando se obtiene no hay un sistema efectivo de guardar este documento porque el sistema de archivo no es el adecuado y terminan extraviándose.</p>
<p><b>9.</b> Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente, los cuales apoyan la oportunidad y efectividad de las intervenciones e incluyen:</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.</li> <li>• Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido.</li> <li>• Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados.</li> <li>• Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos.</li> <li>• Orientación a la madre acerca de las normas de seguridad y cuidado para evitar casos de confusión o extravío de recién nacidos.</li> <li>• Apoyo emocional al paciente y su familia relacionado con el</li> </ul>		<p>En la mayoría de los casos el paciente requiere un apoyo psicológico, espiritual o religioso; pero no se puede hacer esta intervención por no contar con el personal idóneo para realizar esta labor, se hace de manera esporádica sin tener continuidad debido a que los funcionarios de esta área por la carga laboral alta están limitados para brindar este tipo de apoyo.</p>
--	--	---

<p>             impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica sólo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas.           </p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.</li> <li>• Soporte nutricional especial.</li> <li>• Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes, y actividades especiales para pacientes de tercera edad.</li> <li>• Consejería y apoyo emocional al paciente y</li> </ul>		
--	--	--



<p>su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluyendo la muerte y donación de órganos, cuando aplique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo espiritual / religioso.</li> <li>• En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica se realiza una valoración anestésica prequirúrgica.</li> <li>• Se verifica la identidad del paciente, la naturaleza y el sitio de la operación propuesta.</li> </ul>		
<p><b>10.</b> La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y</p>		

<p>dignidad, lo cual incluye:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.</li> <li>• La privacidad es respetada mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico.</li> <li>• La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes son examinados pero no siempre tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.</li> <li>• La privacidad no es respetada mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico.</li> <li>• La organización no está en capacidad de asegurar una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.</li> </ul>
<p><b>PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO</b></p>		

<p><b>11.</b> El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente, lo cual incluye:</p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño del plan farmacológico de tratamiento.</li> <li>• Todas las órdenes de farmacia son revisadas en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.</li> <li>• Mecanismos para comunicar oportunamente, al equipo de salud, las necesidades específicas de medicamentos del paciente. Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume dentro de un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El</li> </ul>	<p>El plan de tratamiento incluye las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente, lo cual incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño del plan farmacológico de tratamiento.</li> <li>• Todas las órdenes de farmacia son revisadas en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.</li> </ul> <p>Existe mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.</p>	<p>El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• no hay mecanismos para comunicar oportunamente, al equipo de salud, las necesidades específicas de medicamentos del paciente. Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume dentro de un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud en ocasiones no incorpora estos medicamentos dentro del plan de tratamiento y no</li> </ul>

<p>equipo de salud debe tener especial cuidado en incorporar estos medicamentos dentro del plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos para proveer información al paciente o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.</li> <li>• Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.</li> </ul>		<p>son consignados en su historia clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se cuenta con un mecanismo para proveer información al paciente o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar, prestando especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.</li> </ul>
---	--	--

<p><b>12.</b> El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario.</p>	<p>Se cuenta con un sitio para referir las órdenes de necesidades diagnósticas dentro de la organización.</p> <p>Existen protocolos acerca de cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas las muestras, cómo son transportadas las muestras y cómo son notificados los resultados.</p> <p>La organización garantiza el proceso identificación y designación del personal autorizado para la solicitud de exámenes de laboratorio. Los servicios de laboratorio aseguran el cumplimiento de estos procesos.</p>	
---	---	--

<p><b>12.1.</b> La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al paciente y su familia. Constancia de la información brindada debe quedar escrita en la historia clínica.</p> <p><b>12.2.</b> La planeación de la investigación diagnóstica incluye.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con un sitio para referir las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente.</li> <li>• Existe una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas las muestras, cómo son transportadas las muestras y cómo son</li> </ul>	<p>La planeación de la investigación diagnóstica incluye.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con un sitio para referir las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente.</li> <li>• Existe una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas las muestras, cómo son transportadas las muestras y cómo son notificados los resultados.</li> <li>• Se realizan análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.</li> </ul>	<p>La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud pero no se comunica oportunamente al paciente y su familia y a veces no queda registrada constancia de la información brindada en la historia clínica. La planeación de la investigación diagnóstica incluye.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las órdenes de exámenes de diagnóstico no van acompañadas de información clínica relevante.</li> <li>• No se instruye al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes.</li> <li>• Los resultados no siempre están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable, y fecha de resultados.</li> </ul>
---	--	---

<p>notificados los resultados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las órdenes de exámenes de diagnóstico van acompañadas de información clínica relevante.</li> <li>• Se instruye al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes.</li> <li>• Los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable, y fecha de resultados.</li> <li>• Se provee información a los pacientes y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad,</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• En ocasiones no se provee información a los pacientes y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos, tampoco se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados mentales o en estado de inconsciencia.</li> </ul> <p>En el área de urgencias no se cuenta con un proceso donde se identifica y designa el personal autorizado para la solicitud de exámenes de laboratorio, por lo tanto los servicios de laboratorio no pueden asegurar el cumplimiento de estos procesos.</p>
--	--	---

<p>discapacitados mentales o en estado de inconsciencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizan análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.</li> </ul> <p><b>12.3.</b> La organización garantiza un proceso donde se identifica y designa el personal autorizado para la solicitud de exámenes de laboratorio. Los servicios de laboratorio deben asegurar el cumplimiento de estos procesos.</p>		
<p><b>13.</b> Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar.</p>		<p>No existe un proceso en el que se informe a cada profesional cual es el papel que debe desempeñar en el manejo del paciente, esto se hace de manera</p>



		empírica
<b>EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO</b>		
<b>14.</b> Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento.		
<p><b>14.1.</b> La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función dentro de un equipo de trabajo.</p> <p><b>14.2.</b> El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, la cual incluye como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus</li> </ul>	<p>En el área de urgencias se garantiza que el tratamiento sea ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función dentro de un equipo de trabajo.</p>	<p>El paciente y su familia no reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, en algunos casos no se tiene en cuenta aspectos como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos.</li> </ol>

<p>objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma.</li> <li>• Cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y necesidades después del egreso.</li> <li>• Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo prevención de infecciones.</li> <li>• Cuidados en casa, si aplica.</li> </ul> <p><b>14.3.</b> La educación está dada por un grupo interdisciplinario.</p>		<p>2. El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma.</p> <p>3. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo prevención de infecciones.</p> <p>4. Cuidados en casa, si aplica.</p> <p>La educación no se da en forma adecuada ni se cuenta con un grupo interdisciplinado para tal fin.</p>
<p><b>15.</b> El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.</p>		

<p><b>15.1.</b> Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en el tratamiento del paciente.</p> <p><b>15.2.</b> La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o Guías de Práctica Clínica.</p>		<p>Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en el tratamiento del paciente pero en muchos casos no hay adherencia a las guías porque se desconocen.</p> <p>La organización no cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o Guías de Práctica Clínica.</p>
<p><b>16.</b> Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización.</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• La organización promueve un sistema para que los clientes presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante el curso de su hospitalización</li> <li>• Todos los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o sus familiares, son evaluados, investigados, si aplica, y respondidos.</li> <li>• Se informa al servicio que generó el reclamo, sugerencia o felicitación.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La organización no promueve un sistema para que los clientes presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante el curso de su estadía en el área de urgencias.</li> <li>• No todos los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o sus familiares, son evaluados, investigados, si aplica, y respondidos.</li> <li>• En ocasiones no se informa al o los servidores que generaron el reclamo, sugerencia o felicitación.</li> </ul>
<p><b>EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO</b></p>		
<p>17. La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica</p>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• La evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.</li> <li>• La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para los casos de resultados adversos o de resultados no esperados en el curso de tratamiento.</li> </ul>		<p>No se realiza una evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas, esto no permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.</p> <p>En el servicio de urgencias no se cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para los casos de resultados adversos o de resultados no esperados en el curso de tratamiento, se hace ocasionalmente pero no de manera sistemática.</p>
<p><b>SALIDA Y SEGUIMIENTO</b></p>		
<p><b>18.</b> Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros</p>		<p>Para los pacientes que egresan del servicio de urgencias no se dispone d un documento que contenga el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros</p>

necesarios.		necesarios.
<b>19.</b> Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Este estándar se aplica en aquellos casos donde el tratamiento del paciente sea de carácter ambulatorio, y cuya duración sea igual o superior a un mes.		
<b>19.1.</b> Existe un plan de egreso que incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La explicación y determinación del nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación, si aplica.</li> </ul>		No existe un plan de egreso donde se explique y se determine: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, tampoco se brinda información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación; en el caso de que llegare aplicar.</li> <li>• No se proporciona toda la</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de toda la información relevante a la Empresa Promotora de Salud, Administradora de Régimen Subsidiado, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.</li> <li>• Planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lugar, fecha y razones de referencia.</li> <li>• Personas que se deben contactar, si aplica.</li> <li>• Reporte de los resultados del cuidado y tratamiento, si aplica.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>19.2.</b> Las necesidades del continuo de cuidado al egreso reflejan la situación del cuadro clínico actual y de las</p>		<p>información a la Empresa Promotora de Salud, Administradora de Régimen Subsidiado, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•No existen planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento, se explica verbalmente y de una manera parcial, además sólo se le dice que vuelva al hospital en caso de sentirse peor o mal.</li> </ul> <p>No se realiza el cuidado de egreso, por tanto no se refleja la situación del cuadro clínico actual y de las nuevas necesidades</p>
--	--	--

nuevas necesidades expresadas por el paciente.		expresadas por el paciente.
<b>20.</b> La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento.		No existe o no se cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento.
<b>21.</b> El médico u organización que refirió al paciente es informado acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido.		La información acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido se realiza de una manera parcial por el médico u organización que refirió al paciente.
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		
<b>22.</b> Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento.		No se cuenta con un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento del paciente.
<b>22.1.</b> El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. <b>22.2.</b> El plan de		



<p>mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia.</p> <p><b>22.3.</b> La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p><b>22.4.</b> El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados.</p>		
<p><b>23.</b> Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades</p>		<p>Al no contar con un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento del paciente de, tampoco se ha</p>

<p>seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>		<p>diseñado e implementado actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan anterior.</p>
<p><b>23.1.</b> Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:</li> <li>• Alto riesgo.</li> <li>• Alto volumen.</li> <li>• Alto costo.</li> </ul> <p><b>23.2.</b> Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad</li> <li>• Continuidad</li> <li>• Coordinación</li> <li>• Competencia</li> </ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptabilidad</li> <li>• Efectividad</li> <li>• Pertinencia</li> <li>• Eficiencia</li> <li>• Accesibilidad</li> <li>• Oportunidad</li> </ul>		
<b>MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		
<b>24.</b> Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.		No existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y no se realiza ningún tipo de medición para evaluar resultados
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</li> </ul>		
<b>25.</b> Los resultados de las actividades del mejoramiento de la		Al no tener resultados sobre el mejoramiento de la calidad de la atención no

<p>calidad son comunicados.</p>		<p>son comunicados a las EPS, acreedores, paciente y su familia.</p>
<p><b>25.1</b> Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <p><b>25.2.</b> Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>		

## 9. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Las fortalezas se identifican en 3 de los 25 estándares de acreditación del proceso de atención del cliente asistencial, estos tienen que ver con la declaración de derechos, absceso, registro de los usuarios, lo que demuestra que el proceso administrativo está adelantado, para estos se tienen documentos emanados desde la gerencia, hay procesos y protocolos que se han verificado en las visitas de habilitación y que el área de calidad de la ESE lo viene trabajando.

La planeación y cuidado del paciente está medianamente desarrollado y tiene que ver con la evaluación de necesidades del paciente, planeación del cuidado, necesidades de cuidados farmacológicos, investigación diagnóstica, en estos grupos de estándares (7 de 25 estándares) vemos que hay fortalezas pero algunos ítems no se cumplen a cabalidad, esto perjudica al final la prestación del servicio con calidad, pero lo importante es que ya se tiene un espacio ganado para seguir adelantando y ofrecer un mejor servicio al cliente asistencial, en este sentido la ESE debe seguir trabajando para lograr cumplir con la totalidad de los requerimientos.

Las oportunidades de mejora se evidencian en 18 de los 25 estándares del proceso de atención del cliente asistencial, esto se explica por el hecho de que la ESE está buscando cumplir con los requisitos mínimos de habilitación en el servicio de urgencias, pero no se ha pensado en el corto plazo iniciar un trabajo orientado a desarrollar un plan que le permita a la ESE iniciar un proceso de acreditación que se iniciaría con una autoevaluación de ahí que las oportunidades de mejora sean más evidentes en los aspectos que tienen que ver con el seguimiento y evaluación de las actuaciones del personal de salud y hasta ahora

no se va más allá de la prestación de un servicio y el cliente y su familia salen pero es poco o nada lo que la Entidad hace para ver la adherencia al manejo.

En lo que tiene que ver con la calificación todos los estándares tienen una calificación definitiva de 1(25 de 25), porque al tomarse el mínimo valor como se estableció en el diseño metodológico por tratarse de una autoevaluación de primera vez con miras a postularse para la acreditación, en todos se encuentra que no se ha trabajado en los resultados ni en la implementación, así en 6 de los 25 estándares se haya adelantado lo que tiene que ver con el enfoque, pero aspectos que tienen que ver con la evaluación del tratamiento, salida y seguimiento del paciente y el mejoramiento de la calidad en 11 de los 25 estándares el enfoque, implementación y resultados tienen una calificación de uno, es decir no que no hay planes para evaluar, hacer seguimiento y mejorar la calidad de la atención del cliente asistencial en el servicio de urgencias y esto se hace extensivo a las otras áreas asistenciales, de ahí que sea necesario iniciar un proceso que lleve a la ESE a trabajar en estos estándares para poder evaluar el impacto del equipo asistencial sobre la salud de los clientes.

## 10.CONCLUSIONES

La ESE Hospital Nivel I El Bordo no ha iniciado un proceso de acreditación para sus servicios, lo que se ha avanzado tiene que ver con el cumplimiento de requisitos para la habilitación de.

Hay una directriz desde la Gerencia de la ESE de prestar sus servicios con calidad y en el mediano plazo se podrá iniciar un proceso de acreditación de todos sus servicios.

Las fortalezas frente a los estándares de acreditación están dados por el enfoque que la ESE tiene y es el punto de partida para seguir trabajando en el tema de acreditación.

Las oportunidades de mejora se reflejan por el hecho de que la ESE ha hecho poco para la implementación y ninguna acción para medir los resultados.

La institución cuenta con la documentación de los procesos y procedimientos llevados a cabo dentro de la misma, a los cuales se les debe realizar un acompañamiento más minucioso por parte del equipo de calidad para lograr avances en el proceso de acreditación de la institución.

Como muchas IPS la ESE Hospital Nivel I El Bordo está terminando un proceso para habilitar sus servicios lo que hace que el tema de acreditación se deje de lado, pero se debe tomar como un reto frente al SOGCS y así poder brindar a los clientes un servicio con calidad.

## **11.SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES**

Basándose en el análisis del trabajo se puede sugerir las siguientes recomendaciones:

La política de calidad de la atención al cliente asistencial debe ser socializada con todo el personal antiguo y nuevo, hacer inducción y reinducción para que la atención se brinde acorde a lo establecido en los estándares de acreditación.

El equipo de calidad de la ESE debe ser más operativo y trabajar de manera continua en el proceso de mejoramiento de la calidad, así el cliente interno y externo lo va asimilando y termina comprometido con un proceso que al final mostrará que los servicios se pueden dar con la mejor calidad.

El área de calidad debe rodearse de todos los líderes de procesos para involucrarlos en el tema de calidad de la atención en salud y estos a su vez repliquen continuamente en los funcionarios de cada área.

Tomar como base la presente auto evaluación para crear herramientas que permitan mejorar la atención y de esta forma contribuir al bienestar de los pacientes que consultan a los diferentes servicios de ESE Hospital Nivel I El Bordo.

Fomentar en todo el personal que labora en el servicio de urgencias a ofrecer una atención oportuna, ágil y con calidad teniendo en cuenta las necesidades y expectativas del paciente y sus familiares, acciones de mejoramiento.



Al terminar el ciclo de autoevaluación se deben identificar claramente las acciones de mejoramiento que se adelantarán para alcanzar el pleno cumplimiento de los estándares solicitados en el proceso de acreditación. Se debe establecer la acreditación como parte de la plataforma estratégica.

Se debe seguir trabajando en el enfoque para tener al final una visión más clara sobre la política de calidad para brindar el servicio, pero debe adelantarse un proceso de implementación de esa política y además trabajar en los resultados lo que le permitirá a la ESE poder realizar acciones de mejora y así poder con el tiempo dar un servicio acorde con los lineamientos establecidos en el SOGCS.

Es importante que el nivel directivo, implemente el proceso para desarrollar el sistema único de acreditación en la ESE, tomando como base este ejercicio realizado en el servicio de urgencias, buscando comprometer a todo el talento humano en el desarrollo de estrategias que permitan llevar a cabo una autoevaluación de todos los grupos de estándares, la definición de planes de mejoramiento, la aplicación de los mismos, y el seguimiento a la ejecución de las acciones definidas en estos, para llegar a cumplir con los requerimientos legales, en pro del mejoramiento en la atención y satisfacción del usuario demandante de su servicio.

## 12. BIBLIOGRAFIA

RODRIGUEZ, William. Salud ¿Cómo garantizar la calidad? Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Instituto de Seguro Social, Colombia 1996.

Resolución 1043/2006 y sus Anexos técnicos: Por el cual se establece el Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud.

Resolución 1445/2006 y sus anexos: Por el cual se establece el Sistema Único de Acreditación en salud.

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

Resolución 1446/2006: Por el cual se establecen el Sistema de Información para *la Calidad del SOGCS*.

Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Ministerio de la Protección Social, Imprenta Nacional, Bogotá D.C, 2007.

López-Andújar Aguiriano L, Aljama Alcántara M, Pérez-Montaut Merino I, Cartelle Pérez T, Casado Martínez JL, Tomás Vecina S. Acreditación de Servicios de Urgencias y Emergencias.

### 13. LISTA DE UVR

[www.acreditacionensalud.org.co/novedades](http://www.acreditacionensalud.org.co/novedades)

[www.manantialstereo.com/](http://www.manantialstereo.com/)

[www.foscal.com.co/](http://www.foscal.com.co/)

[www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

[www.saludate.com/](http://www.saludate.com/)

[www.supersalud.cl/servicios/](http://www.supersalud.cl/servicios/)

[www.encolombia.com/.../Guiaparaacreditacionensalud](http://www.encolombia.com/.../Guiaparaacreditacionensalud)

<http://www.bvs-vspcol.bvsalud.org/php/index.php>

## 14. ANEXOS

### Anexo 1. FICHA BIBLIOGRÁFICA TRABAJO

<b>FICHA BIBLIOGRÁFICA DEL TRABAJO</b>	
<b>TIPO</b>	Investigación Formativa.
<b>TITULO</b>	Autoevaluación del estándar de acreditación del proceso de atención a los usuarios en el servicio de urgencias de la e.s.e nivel i el bordo departamento del cauca.
<b>PROGRAMA</b>	Auditoria en calidad de la salud con énfasis en epidemiologia.
<b>MODALIDAD PROGRAMA</b>	Posgrado.
<b>EDICIÓN</b>	Bogotá D.C., Universidad EAN, 2010.
<b>AUTOR (es)</b>	Mauricio Narváez Narváez, Cristian Rengifo Díaz, Rafael Hernán Muñoz Gómez
<b>PALABRAS CLAVE</b>	Autoevaluación; Proceso, Acreditación; Urgencias, Empresa Social del Estado.
<b>DESCRIPCIÓN</b>	El siguiente documento realiza una autoevaluación de la prestación de los servicios de salud en urgencias, comparado con los estándares de acreditación del proceso de atención al cliente asistencial en la Empresa Social del Estado Hospital Nivel I El Bordo.
<b>FUENTES</b>	Resolución 1445/2006 y sus anexos: Por el cual se establece el Sistema Único de Acreditación en salud. Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Ministerio de la Protección Social, Imprenta Nacional, Bogotá D.C, 2007.
<b>CONTENIDO</b>	El informe contiene 14 capítulos: Primero se describe el titulo del proyecto, el segundo se plantea el problema, el tercer capítulo justificación de la idea, en el cuarto el desarrollo de los objetivos, el quinto hace referencia a el marco teórico, el sexto descripción del departamento, el séptimo metodología del estudio, el octavo análisis resultados, el noveno interpretación resultados, decimo conclusiones , once sugerencias y recomendaciones, doce bibliografía, trece lista uvr, y el ultimo presenta anexos
<b>METODOLOGÍA</b>	El presente trabajo de investigación es un estudio descriptivo porque describe las características que la institución realizo con participación de sus integrantes de un programa específico a fin de superar los obstáculos existentes y considerar los logros alcanzados, para mejorar la eficiencia y alcanzar la excelencia, tomando el total de los estándares de acreditación para la atención del cliente asistencial, con sus respectivos subpuntos, para la calificación se tendrá en cuenta los tres aspectos: enfoque, implementación y resultados, la calificación irá en una escala de 1 a 5 donde 1 será un rango mínimo y 5 si cumple por completo.
<b>CONCLUSIONES</b>	La institución cuenta con la documentación de los procesos y procedimientos llevados a cabo dentro de la misma, a los cuales se les debe realizar un acompañamiento más minucioso por parte del equipo de calidad para lograr avances en el proceso de acreditación de la institución.
<b>PERIODO SEMESTRE</b>	Primer semestre 2011

## **Anexo 2. CARTA DE DERECHOS DE AUTOR:**

### **AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN A FAVOR EAN**

Yo, **CRISTIAN RENGIFO DIAZ**, mayor de edad, vecino de Popayán-Colombia, identificado con cédula de ciudadanía N°10.294.461 de Popayán y código estudiantil número **200927965** actuando en mi calidad de autor del, **informe final de investigación, titulado autoevaluación de los estándares de acreditación del proceso de atención del cliente asistencial en el servicio de urgencias de la E.S.E Hospital Nivel I El Bordo Departamento del Cauca, de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 y en las demás normas concordantes sobre la materia, autorizo a la Universidad EAN, para:**

- Utilizarlo como medio de consulta para la comunidad universitaria.
- Publicarlo en formato electrónico de la página Web de La Universidad EAN o de los ambientes virtuales por ésta utilizados.
- Publicarlo en formato impreso en la Revista de La Universidad EAN.

La anterior autorización se otorga siempre y cuando, mediante la correspondiente cita bibliográfica se me dé crédito al, **informe final de investigación.**

Manifiesto que la obra objeto de la presente autorización es original y la realicé sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, y por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detento la titularidad sobre la misma. En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, asumo toda la responsabilidad. Para todos los efectos la Universidad EAN actúa como un tercero de buena fe.

---

**CRISTIAN RENGIFO DIAZ**

CC. 10.294.461

COD: 200927965

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN A FAVOR EAN

Yo, **MAURICIO BUENAVENTURA NARVAEZ NARVAEZ**, mayor de edad, vecino de Popayán-Colombia, identificado con cédula de ciudadanía N° 10.548.558 de Popayán actuando en calidad de autor del, **informe final de investigación**, titulado **AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION DEL PROCESO DE ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E HOPITAL NIVEL I EL BORDO DEPARTAMENTO DEL CAUCA**, de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 y en las demás normas concordantes sobre la materia, autorizo a la Universidad EAN, para:

- Utilizarlo como medio de consulta para la comunidad universitaria.
- Publicarlo en formato electrónico de la página Web de La Universidad EAN o de los ambientes virtuales por ésta utilizados.
- Publicarlo en formato impreso en la Revista de La Universidad EAN.

La anterior autorización se otorga siempre y cuando, mediante la correspondiente cita bibliográfica se nos de crédito al, **informe final de investigación**.

Manifestamos que la obra objeto de la presente autorización es original y la realice sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, y por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detento la titularidad sobre la misma. En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, asumimos toda la responsabilidad. Para todos los efectos la Universidad EAN actúa como un tercero de buena fe.

---

**MAURICIO BUENAVENTURA NARVAEZ NARVAEZ**  
**C. C. N° 10.548.558**

## AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN A FAVOR EAN

Yo, **RAFAEL HERNAN MUÑOZ GOMEZ**, mayor de edad, vecino de Popayán-Colombia, identificado con cédula de ciudadanía N° 76.311.890 de Popayán actuando en calidad de autor del, **informe final de investigación**, titulado **AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION DEL PROCESO DE ATENCION DEL CLIENTE ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA E.S.E HOPITAL NIVEL I EL BORDO DEPARTAMENTO DEL CAUCA**, de conformidad con lo establecido en la Ley 23 de 1982 y en las demás normas concordantes sobre la materia, autorizo a la Universidad EAN, para:

- Utilizarlo como medio de consulta para la comunidad universitaria.
- Publicarlo en formato electrónico de la página Web de La Universidad EAN o de los ambientes virtuales por ésta utilizados.
- Publicarlo en formato impreso en la Revista de La Universidad EAN.

La anterior autorización se otorga siempre y cuando, mediante la correspondiente cita bibliográfica se nos de crédito al, **informe final de investigación**.

Manifestamos que la obra objeto de la presente autorización es original y la realice sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, y por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detento la titularidad sobre la misma. En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, asumimos toda la responsabilidad. Para todos los efectos la Universidad EAN actúa como un tercero de buena fe.

---

**RAFAEL HERNAN MUÑOZ GOMEZ.**  
**C.C N° 76.311.890 de Popayán**