

**DISEÑO DE UN SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD PARA
EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN GABRIEL
ARCÁNGEL E.S.E. DE VILLAGARZÓN – PUTUMAYO**

**JOSÉ RAFAEL BACCA
RAMIRO MANUEL CORREA DÍAZ
GIOVANNI JIMÉNEZ PAYARES**

**UNIVERSIDAD CES – MARIANA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA MÉDICA
SAN JUAN DE PASTO
2008**

**DISEÑO DE UN SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD PARA
EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EL HOSPITAL SAN GABRIEL
ARCÁNGEL E.S.E. DE VILLAGARZÓN – PUTUMAYO**

**JOSÉ RAFAEL BACCA
RAMIRO MANUEL CORREA DÍAZ
GIOVANNI JIMÉNEZ PAYARES**

**Trabajo presentado como requisito para optar el título de Especialista en
Auditoría Médica**

**UNIVERSIDAD CES – MARIANA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA MÉDICA
SAN JUAN DE PASTO
2008**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

San Juan de Pasto, de Septiembre de 2008

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. MARCO TEÓRICO	11
4. OBJETIVOS	20
4.1 OBJETIVO GENERAL	20
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
5. METODOLOGÍA	21
5.1 ENFOQUE	21
5.2 TIPO DE ESTUDIO	21
5.3 POBLACIÓN	21
5.4 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	21
5.5 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	22
5.6 FUENTES DE INFORMACIÓN	23
5.7 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	23
5.8 PLAN DE DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS	24
5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	24
6. AUTODIAGNÓSTICO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	25
6.1 AUTOEVALUACIÓN ANEXO TÉCNICO No. 1 RESOLUCIÓN 1043 - Abril De 2006	25
6.1.1 Estándar 1. Recurso humano	25
6.1.2 Estándar 2. Infraestructura	25

6.1.3 Estándar 3. Dotación y mantenimiento	25
6.1.4 Estándar 4. Medicamentos y dispositivos médicos	26
6.1.5 Estándar 5. Procesos prioritarios asistenciales	26
6.1.6 Estándar 6. Historia clínica y registros asistenciales	27
6.1.7 Estándar 8. Referencia y contrarreferencia	28
6.1.8 Estándar 9. Seguimiento y riesgo en la prestación de servicios	26
6.2 ANÁLISIS Y CALIFICACIÓN DE CADA CRITERIO A EVALUAR	27
6.3 FORTALEZAS Y DEBILIDADES SEGÚN LA EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	31
6.4 CALIFICACIÓN DE CRITERIOS DE CALIDAD	32
6.5 CONSOLIDADO DE LA CALIFICACIÓN	33
7. DISEÑO DE LOS COMPONENTES EXIGIDOS POR EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN EL HOSPITAL SAN GABRIEL ARCÁNGEL E.S.E. DE VILLAGARZÓN	34
7.1 DESARROLLO DE LOS COMPONENTES DE LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD QUE APLICAN PARA EL HOSPITAL	34
7.1.1 Manual de administración y gestión del recurso humano	34
7.1.2 Manual de procesos y procedimientos	35
7.1.3 Identificación de la documentación	35
7.1.4 Documentación requerida para dar cumplimiento a estándares de calidad	36
7.1.5 Protocolos	37
8. CONCLUSIONES	86
9. RECOMENDACIONES	87
BIBLIOGRAFIA	88
APÉNDICES	89
ANEXOS	272

**DISEÑO DE UN SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD PARA
EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN GABRIEL
ARCÁNGEL E.S.E. DE VILLAGARZÓN – PUTUMAYO
(RAI)**

CÓDIGO

Autores: BACCA, José Rafael, CORREA DÍAZ, Ramiro Manuel y JIMÉNEZ, Giovanni

Facultad:

Programa:

Asesor:

Fecha de Terminación del estudio: Septiembre 18 de 2008

Modalidad de Investigación: Trabajo de Grado

PALABRAS CLAVES:

- SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD
- CONSULTA EXTERNA
- ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN

RESUMEN. El sistema único de habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y controlar las condiciones en que se ofrecen los servicios, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1011 de 2006 en lo relacionado a los estándares de calidad para la habilitación, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, que deben cumplir todas las instituciones prestadoras del servicio de salud y que por lo tanto es de obligatorio cumplimiento para el Hospital San Gabriel E.S.E. del Municipio de Villagarzón – Putumayo, este trabajo contiene la aplicación de los componentes básicos de evaluación de los estándares de condiciones tecnológicas y científicas, técnico administrativas y el diseño del Manual de Calidad para el servicio de consulta externa, que servirá a la institución como aporte para cumplir con los requerimientos indispensables para su habilitación.

CONCLUSIONES. El autodiagnóstico realizado, aplicando el anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 de 2006, dio una perspectiva clara acerca del grado de cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en el servicio de consulta externa, a través del cual se encontraron las bases fundamentales para direccionar el trabajo con el objeto de colaborar con la institución para cumplimiento al Decreto 1011 de 2006 para habilitación del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. del Municipio de Villagarzón Putumayo, como institución prestadora de servicios de salud.

RECOMENDACIONES. Aplicar los estándares del Sistema obligatorio de garantía de calidad formulados para el servicio de consulta externa como uno de los procesos prioritarios, con el fin de cumplir con las rutinas de trabajo y evitar su alteración por fallas o errores, facilitar las labores de auditoria y ofrecer un servicio acorde a las exigencias del Sistema de Obligatorio de Garantía de Calidad y a los requerimientos de los usuarios.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud busca mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud y mediante el decreto 1011 de 2006 establece 4 componentes, todos orientados a satisfacer con calidad los requerimientos de los clientes.

El Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón Putumayo, institución del primer nivel de complejidad hasta el momento no ha dado respuesta a las exigencias de la normatividad, por ello, esta investigación se desarrolla como aporte a la institución, dando cumplimiento a los estándares de calidad del servicio de consulta externa, para facilitar a la entidad el cumplimiento de los requisitos exigidos, se encuentra compendiado en 8 capítulos. Los dos primeros contienen los elementos indispensables para la planeación de la investigación, como son la descripción del problema y la justificación, aspectos que se requieren para orientar la investigación, posteriormente, con el ánimo de entender y tener una coherencia en el manejo bibliográfico y normatividad legal, el tercer capítulo se desarrolla a la luz de diferentes exponentes de la calidad, su evolución y aplicabilidad en el área de la salud.

El quinto capítulo presenta el proceso metodológico, utilizando un estudio descriptivo con enfoque empírico analítico y técnicas específicas de la Norma NTC ISO: 9000:2002, indispensables para un coherente desarrollo de la investigación, en el sexto capítulo se registra el resultado del diagnóstico del servicio de consulta externa de cada uno de los estándares de calidad exigidos en el anexo técnico 1. En el séptimo capítulo se inicia con la adopción de los estándares exigidos por el sistema obligatorio de garantía de calidad para el servicio de consulta externa en el Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E de Villagarzón – Putumayo y se procede en el octavo capítulo al diseño del Manual de Calidad.

Se concluye la investigación exponiendo que el diagnóstico brindó las bases fundamentales para direccionar el trabajo, a través del cual se desarrollaron y documentaron todos los estándares exigidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en el servicio de consulta externa y se diseñó el Manual de Calidad para el Hospital.

Finalmente, se recomienda en el noveno capítulo comprometerse completamente con el sistema obligatorio de garantía de calidad del servicio de urgencias y continuar con el enriquecimiento del presente trabajo, el cual se constituye en una herramienta fundamental para la evaluación que debe realizar la Secretaría de Salud para su habilitación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estado colombiano, con miras a dar cumplimiento a lo dispuesto por la Constitución Colombiana y respuesta a las necesidades de los usuarios de los servicios de salud introdujo dentro del sistema de salud la normatividad que deben cumplir todas las entidades creadas para tal fin, normatividad que se encuentra modificada y establecida en el Decreto 1011 de 2006, orientadas sobre todo en beneficios para el usuario y promover que el funcionamiento de las organizaciones tienda a un esquema de mejoramiento continuo que garantice su supervivencia, el crecimiento y la rentabilidad, en un marco de responsabilidad social y alto contenido ético.

A pesar de la vigencia de la normatividad, en la actualidad, el Hospital San Gabriel E.S.E. de Villagarzón Putumayo, institución del primer nivel de complejidad, con un total de 21.360 usuarios, trabaja sin haber adoptado todos los requisitos exigidos, pues se encuentran falencias como falta de la documentación necesaria para evidenciar y controlar los procesos que se llevan a cabo, debido a esto no se puede asegurar el cumplimiento de las actividades ni de los protocolos, en estas condiciones es muy difícil llegar a una completa satisfacción de los usuarios ya que no se conocerá ni se podrá controlar las fallas en la prestación del servicio.

Este planteamiento conduce a preguntarse:

¿El diseño del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud para el servicio de consulta externa, permite al Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón Putumayo, identificar los estándares de calidad que debe cumplir para prestar servicios de consulta externa con calidad de acuerdo a la normatividad vigente?

¿Con el diseño del sistema de garantía de calidad para el servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón – Putumayo, se contribuirá a mejorar los procesos de prestación del servicio de consulta externa en el hospital?

¿El diseño del sistema obligatorio de garantía de calidad para el servicio de consulta externa facilita al hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón Putumayo, contribuirá al cumplimiento de los estándares de calidad en un servicio y continuar con el proceso en los otros procesos prioritarios para alcanzar la habilitación en Salud?

2. JUSTIFICACIÓN

El Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón Putumayo, debe dar cumplimiento no sólo, a la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 donde se establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención, sino, para garantizar el cumplimiento de una serie de condiciones de capacidad técnica, tecnológica y científica, con miras a proteger, defender y dar seguridad a la vida y la salud de los 21.360 usuarios.

Con la documentación del sistema obligatorio de garantía de calidad en el servicio de consulta externa se busca que el Hospital pueda garantizar el cumplimiento de estándares mínimos de calidad de atención en salud, y que se pueda lograr un mejoramiento en la calidad de los servicios que presta en esta área.

El sistema obligatorio de garantía de calidad contribuirá al aseguramiento continuo del proceso de consulta externa teniendo un mayor control sobre éste, logrando así que la prestación de los servicios se cumpla en excelentes condiciones, además se logrará un mejor posicionamiento en el mercado y se estará dando un paso importante en la búsqueda de la habilitación de la Institución.

Como se observa, establecer el programa que garantice la calidad y sirva como base para la prestación de los servicios es prioritario, ya que con ello se podrá evidenciar el cumplimiento de los requisitos y estándares del servicio de consulta externa en el hospital e iniciar el desarrollo en los otros procesos para lograr la habilitación de calidad del Hospital, y además puede dar un giro estratégico y normalizar el actuar de la institución.

Es pertinente resaltar la justificación práctica de este trabajo, si se tiene en cuenta que el objetivo de la Auditoria médica es mejorar la calidad de los servicios, de acuerdo a lo dispuesto por la Ley 2150 de 1995, modificatoria del Art. 188 de la Ley 100 de 1993.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 ANTECEDENTES

A pesar del parecido que puedan guardar los países Andinos, existe una diferencia económica, poblacional y social que marca significativamente los sistemas de salud y su evolución como tal.¹ En Colombia la década de los 90's fue el inicio de cambios importantes en estos sistemas de salud, en los cuales se busca a partir de este momento aumentar las competencias institucionales en la prestación del servicio; de este modo se estructura un plan que pudiera permitir generalizar la calidad del servicio prestado a la población Colombiana, sin discriminación de sexo, étnica o social. Para lograr dichos cambios fue necesario implantar políticas que exigieran a las nuevas instituciones la creación de dichas competencias de los prestadores y aseguradores del nuevo sistema de seguridad que tomaría forma después de la aparición de la muy novedosa y polémica ley 100.

La reforma del Sistema de salud en Colombia ofreció un diseño atractivo, con la adopción de instituciones y mecanismos que no presentaban antecedentes principalmente en los países de América Latina. El país adoptó el seguro público de salud con una connotación muy particular: desde un punto de vista macro, hizo explícito el propósito de universalizar el seguro, en un caso extendiendo la cobertura a la familia de los cotizantes mediante el régimen contributivo (5) y, en otro caso, afiliando de manera gratuita a las personas sin capacidad de pago a través del régimen subsidiado. Para lograr esta ampliación de cobertura, se dispuso un aumento en la contribución sobre la nómina (del 7 al 12% del ingreso salarial), así como en la destinación de recursos fiscales para cubrir los subsidios, en particular mediante las transferencias de inversión social recibidas por los municipios².

3.1.1 Los procesos de reforma del sector de la Salud en América Latina. La heterogeneidad en la situación social, económica y política de los países de la región se refleja en la variedad de situaciones de salud y en la diversidad de los procesos que han llevado a la implementación de las reformas del sector de la

¹ Espacio Abierto, ¿Qué enseña Reforma Colombiana Sobre los Mercados de Salud?; Pág 65, Restrepo Zea J. 2004.

² COLCIENCIAS. Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano", la cual fue financiada por el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología. Disponible en internet: www.saludcolombia.com/actual/salud43/editor43.htm
Consulta: octubre 1 de 2008. p. 2: 32

salud. Como tal no parece haber un punto de partida común, y tampoco existen procesos idénticos a pesar de observarse similitudes entre los países.³

Los seis países andinos tienen centradas las mismas metas ya que poseen problemáticas muy parecidas: aumentar la cobertura de los servicios de salud, mejorar la calidad de la atención, mejorar la equidad, incrementar la eficiencia y la eficacia de los servicios y posibilitar mayor participación comunitaria, son algunos de los objetivos principales de las nuevas reformas en el sector salud que son parte de planes de modernización del estado, sin embargo, algunas de ellas surgieron desde el inicio como parte de este tipo de procesos mientras que otras se han venido dando de forma más autónoma. La inclusión dentro de tales planes afecta en cierta medida la intensidad con que se producen los cambios en el tiempo, lo que a su vez repercute en la dinámica de los procesos y, probablemente, también en los resultados de la reforma, aunque la relación de atributabilidad no es suficientemente clara con la información por ahora disponible.

Los procesos de reforma de los países de la región andina, con la excepción de Chile, no estuvieron acompañados desde su inicio por planes de acción bien definidos en los que se establecieran metas, fechas y responsabilidades³. En todos los casos se identificaron, lineamientos orientadores basados en las políticas generales de salud. Sólo en los casos de Colombia y Chile se reconocieron sistemas de evaluación del proceso de reforma en salud, con desarrollos preliminares de sistemas de información⁴.

El desarrollo de los procesos de reforma, se implementó, mediante agendas explícitas de reforma sectorial. El contenido específico de las reformas en cada país se determina por factores como la tradición política, el contexto específico en que se origina (negociación y actores clave) y el ritmo con que se llevan a cabo los cambios. Así, una reforma global y de ritmo rápido, en un país de gran tradición jurídica como Colombia, originó un proceso de alta complejidad con una agenda legislativa y normativa extensa y más dilatada en el tiempo de lo inicialmente planteado. Por el contrario, otros países como Chile prefirieron avanzar minimizando los impactos legales de los cambios propuestos.

Aunque en los países de la región andina, las constituciones políticas han sido en algunos casos modificadas recientemente, tales cambios no han generado mayores similitudes entre los respectivos procesos de reforma. Por ejemplo, el derecho a los cuidados de salud se encuentra claramente establecido en la constitución de todos los países (con excepción de Perú). Sin embargo, la forma

³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Análisis comparativo en reformas de servicios de salud en los países de la región Andina. 2006. p. 15:96

⁴ Ibid. p. 17:32

en que éste se expresa varía ampliamente entre ellos. Notablemente, a pesar de que este derecho no ha sido siempre claramente difundido entre la población, todos los países han implementado estrategias para tratar de hacerlo efectivo, aumentando la cobertura de los servicios generalmente mediante modelos de aseguramiento de diferente tipo.

Los cambios en la organización y administración del sector y en los modelos de gestión de los servicios se orientaron hacia la descentralización de servicios y a la separación de las funciones de financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios. Los procesos de reforma del sector salud no han tenido un comportamiento coincidente con el nivel de desarrollo del país, aunque Chile es el país que más parece haber avanzado en estos temas. Sí es evidente que el gasto privado en salud tiende a ser más alto cuanto mayor y más extensa es la pobreza, como ocurre en Bolivia y Ecuador.

En todos los países de la región andina, la función rectora está asignada a los ministerios de salud.³ Se coincide en expresar la necesidad de desarrollar acciones que fortalezcan esa función. La separación de funciones es más evidente en los países donde hay un fuerte mercado de aseguramiento, que suelen coincidir con los que han alcanzado un mayor grado de descentralización y, también, con los que han introducido más cambios en los modelos de gestión (aunque los cambios no tengan grandes semejanzas entre sí).

Si bien los procesos de reforma del sector, han modificado las participaciones relativas del sector público y privado en el gasto total en salud, la carencia de sistemas de información y de cuentas nacionales de salud, impide una profundización de los efectos de la reforma sobre las variables de financiamiento y gasto del sector.

La oferta de servicios también tiene particularidades que coinciden con el desarrollo del componente de aseguramiento. Los países con sistemas de salud mixtos (público, privado, seguro social) tienen estrategias de focalización a grupos vulnerables desde una perspectiva más epidemiológica o de riesgo sanitario (mujeres, niños y población en riesgo epidémico). No obstante, los que tienen sistemas de seguros más desarrollados se centran en modelos de atención focalizados hacia la demanda y dirigidos al logro de una mayor eficiencia (fortalecimiento de la atención primaria en salud y mercado regulado). Sin embargo en este segundo caso también existen programas y paquetes básicos de prestaciones de salud diseñados con base en el riesgo poblacional.

³ . ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Unidad de políticas y Sistemas de Salud, Análisis de La Reforma del Sector Salud en los Países de la Región Andina; Julio 2002.

A pesar de que en todos los casos se han introducido cambios dirigidos a incentivar la participación y el control social, casi todos los espacios creados están alrededor de los servicios asistenciales.

No se observó un sistema de planificación sólido de los recursos humanos y la mayoría de acciones en este campo se orientan hacia estrategias de capacitación sin afectar los sistemas de formación de pregrado y de formación continuada y de acreditación. Lo anterior no ha llevado a modificaciones en las formas de práctica profesional hacia la orientación multidisciplinaria.

En términos del recurso tecnológico y de la calidad de los servicios Chile y Colombia son quienes han logrado mayores adelantos en este tema, en coincidencia con los cambios relacionados con los modelos de atención y de gestión que se consignaron antes. En cuanto a evaluación de las tecnologías en salud, Chile en 1998 creó la Agencia Chilena de Evaluación de Tecnología Sanitaria y Colombia fortaleció a la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico con el apoyo de cooperación técnica internacional. Por otra parte en cuanto a acreditación de servicios de salud, Bolivia, Colombia y Perú presentan distintas iniciativas y avances al respecto.

En relación a los resultados de las Reformas, se tiene que a pesar de que los indicadores de resultados seleccionados: equidad, eficiencia, efectividad, calidad, sostenibilidad y participación y control social, tratan de valorar el efecto de las reformas sobre el desempeño general del sector y no sobre la situación de salud, no es posible determinar claramente tal efecto, debido a la gran complejidad que conlleva una reforma sectorial en sí misma y a la falta de criterios de evaluación previamente establecidos.

La dificultad en la valoración de los resultados de las reformas, de acuerdo a lo expuesto por Lemaitre,⁵ se incrementa en la medida en que la reforma se extiende en el tiempo y aumenta la gradualidad de su implementación. En otras palabras, parece más fácil valorar los resultados de reformas que han introducido una gran cantidad de modificaciones en un periodo corto, como Colombia, que aquellas que lo han hecho en forma paulatina durante varias décadas. Y ello porque el efecto acumulativo de los cambios no es fácil de identificar y porque la intervención de factores diferentes al proceso de reforma es más alto. Lo anterior es coincidente con el hecho de que Colombia sea el único país que expresó la posibilidad de atribuir efectos causales a los cambios introducidos.

⁵ Lemaitre, María José. **ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN AMÉRICA LATINA**. Disponible en internet: <http://www.cres2008.org/upload/documentosPublicos/tendencia/Tema08>. Consulta octubre 2 de 2008

El estado actual de los procesos de reforma, según, Lemaitre, muestra la implementación de modelos con un fuerte componente de aseguramiento en Chile y Colombia. Chile combina un esquema de seguridad social con un sistema de seguros de carácter competitivo y ambos componentes comparten una fuente de financiamiento constituida por el aporte obligatorio de los trabajadores asalariados.

Colombia tiene un esquema de seguro conformado por dos regímenes (contributivo y subsidiado) que cubre alrededor del 50% de la población y que se financia con aportes de empleadores y trabajadores el primero y con fondos provenientes de esta misma fuente más otros recursos del estado, el segundo. Entes públicos y privados participan tanto en el aseguramiento como en la prestación de los servicios de salud. El sistema manifiesta en la actualidad problemas de equidad y de sostenibilidad financiera.

Según lo expuesto por Madisson,⁶ en América Latina se observan sistemas constituidos por los tradicionales subsistemas público, privado y de la seguridad social en países como Bolivia, Ecuador, Perú y Venezuela, los cuales no operan de forma suficientemente integrada.

En resumen, con la parcial excepción de Chile, el resto de los países de la subregión no ha resuelto adecuadamente aún la combinación de débil rectoría, segmentación del sector, fragmentación de las redes de servicios y predominio del gasto privado (en particular, del pago directo de bolsillo) que, salvo en unos pocos casos, caracterizan a los sistemas de salud de América Latina y el Caribe.

Los organismos mundiales encargados de la promulgación y regulación de la salud, con el ánimo de que las reformas a los sistemas de salud sean eficientes, disponen la adopción de sistemas obligatorios de garantía de calidad para la salud y es así como en Colombia, como país pionero en América Latina, inició en diciembre de 1999 cuando el entonces Ministerio de Salud con el apoyo del consorcio conformado por el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, la Corporación QUALIMED de México y la Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, comenzaron a trabajar en un proyecto que fue la materia prima del actual sistema de calidad en salud.

Vale recordar que el Sistema de Calidad tiene 4 componentes: El Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Auditoría para mejoramiento de la calidad en el sector salud, el Sistema de Información para la Calidad y el Sistema de Acreditación. El Sistema de Auditoría, intermedio entre ser obligatorio y voluntario, ha venido cambiando su enfoque y evolucionando, dejando de ser tan descriptivo

⁶ OPS/OMS: Madisson, Ariel. Conferencia. "La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial", Washintong D.C., 2007. P. 13:31

y aplicando unas pautas indicativas que recogen la experiencia de los últimos 8 o 10 años en la materia.

La habilitación es un proceso obligatorio que regula la entrada y permanencia en el sistema de prestadores y aseguradores, verificando y controlando el cumplimiento de condiciones básicas y capacidades tecnológicas, científicas, de suficiencia patrimonial y capacidades técnico-administrativas. Además, avanza frente a los requisitos esenciales porque no mide solo capacidades tecnológicas y científicas sino que incorpora los procesos administrativos y de recurso humano.

3.2 MARCO CONCEPTUAL

La calidad es una cultura que tuvo sus inicios dentro de las organizaciones a finales del siglo XX, Arturo escribe que “la garantía de calidad es asegurar la calidad de un producto de modo que el cliente pueda obtenerlo y utilizarlo con plena confianza y satisfacción”(1) para llegar a ese cometido es necesario recorrer todo un dispendioso pero inevitable camino en el cual juegan: la planeación, el desarrollo del proceso, la evaluación o auditoria, los resultados, el impacto en la comunidad de usuarios. El mismo Arturo destaca la importancia del control de la calidad cuando afirma que éste consiste en “desarrollar, diseñar, elaborar y mantener un producto o servicio de calidad que sea el más económico, el más útil y que más satisfaga al cliente”

Si se parte de la base de que calidad es la totalidad de circunstancias y características de un producto o servicio que requiere un usuario para satisfacer sus necesidades, se puede decir que: Calidad en salud es el conjunto de circunstancias, recursos, características que requiere el individuo para alcanzar el bienestar físico, psicológico y social.

La prestación de servicios de salud, necesariamente están sujeta a ser calificada en cuanto a su calidad tanto por los clientes externos como internos.

Dentro de los conceptos predominantes actualmente de calidad en salud, está aquel que refleja la efectiva acción de la atención en salud y la satisfacción del usuario, en un equilibrio de costo efectividad. (2)¹

En Colombia se han establecido parámetros de calidad en salud, basados en características generales como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.(Ley 100)

La calidad de los servicios de salud depende de un sistema conformado por 3 elementos interdependientes entre sí que son la Estructura (los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros que se necesitan para suministrar atención médica), el proceso (las actividades que ocurren entre profesionales de la salud y pacientes, ejemplo: el examen médico) y el resultado (cambios en el estado de salud que puedan atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente)(2)²

La calidad en la salud marca como componentes las acciones de carácter permanente que buscan asegurar a cada paciente recibir la atención necesaria

¹ Paganini José M. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. OPS. 1993. p. 15

² Ibid. p. 18

diagnóstica y terapéutica que le permita alcanzar un resultado óptimo con el menor riesgo posible de lesiones iatrogénicas y con máxima satisfacción del usuario. Algunos de estos componentes pueden ser:

- 1- Evaluación de la calidad de los recursos
- 2- Acreditación del servicio en su estructura, proceso y resultado
- 3- Evaluación de la calidad
- 4- Monitoria del proceso de atención
- 5- Auditoria clínica directa
- 6- Satisfacción del cliente externo e interno.

Las evaluaciones de la calidad en general se realizan sobre la Estructura, el Proceso o el Resultado de los servicios de salud. Los indicadores de los resultados de la atención médica son los que predominan hoy en día

La aplicación de técnicas de calidad en los servicios de salud, se remonta a los comienzos del siglo XX, y se han evolucionado según diferentes concepciones. Las primeras técnicas correspondieron a la Revisión de mortalidad y morbilidad, (Flexner, Codman) que permitieron establecer que muchas de estas situaciones dependían de la forma de realizar los procesos de atención. Las medidas que se tomaron al respecto en los Estados Unidos fue la de cerrar hospitales y despedir médicos.

Después de los años 20, y a consecuencia de los resultados de las revisiones, se estableció la Auditoria Médica (George Gray, Thomas Panton), donde se vigilaba que se cumplieran los estándares, basado en la revisión de las historias clínicas de las instituciones hospitalarias. (En 1951 se creó la Comisión Conjunta de Acreditación de los Hospitales)

En los años 50, se establecieron las Evaluaciones de calidad de los procesos, ingresando específicamente al campo de acción del profesional de la salud y sus resultados, notándose el beneficio adicional de ahorro de recursos, que interesó mucho a las empresas aseguradoras de salud norteamericanas en los años 60, preocupadas con los altos costos de atención que desencadenaban los nuevos adelantos tecnológicos de la medicina. Esto dio gran impulso al desarrollo de las técnicas de calidad, teniendo como objetivo principal los beneficios económicos. Se estableció así el concepto de Control de calidad, donde se buscaba presionar a los funcionarios para que se cumplieran metas de estándares establecidos.

Ante el desarrollo del concepto de los derechos humanos y dentro de estos el "derecho del paciente", los teóricos del tema entre ellos Avedis Donabedian, a partir de los años 80 consolidan el concepto de "Garantía de la Calidad", que cambia el manejo sancionatorio, por un control permanente de indicadores de calidad, que busca por efecto el mejoramiento de los servicios centrado en el

mejoramiento del proceso, incorporando procedimientos gerenciales³. Ya en este concepto se incluyen la efectividad en el mejoramiento de la enfermedad y la satisfacción del paciente, ambos dentro de un equilibrio de costo efectividad. Este es el enfoque que actualmente se maneja en Colombia.

El desarrollo más reciente, se refiere al mejoramiento continuo de la calidad (o calidad total) donde hay implantación de un cultura de la calidad, que es la búsqueda permanente de la atención ideal mediante acciones de mejoramiento de la calidad, enfocadas hacia los individuos más que hacia el proceso. Exige la participación activa de todos los trabajadores y el respaldo decidido de las directivas institucionales. Su implantación en países como los de América Latina es difícil por las deficiencias de recursos y conocimientos.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Colombia. 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, (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.

El Sistema obligatorio de Garantía de calidad (SOGC) es la organización de las normas que aseguran la calidad en la prestación de los servicios de salud, de obligatorio cumplimiento en Colombia por todos los integrantes del sistema de seguridad social en salud.

Reglamentado en el decreto 2174 de 28 de Noviembre 1996 (Reglamentario de la Ley 100 de 1993) que es aplicable a todas las organizaciones que presten Servicios de salud. (EPS, IPS, PREPAGADAS y las que se les asimilen) Componentes mínimos del Sistema de Garantía de la Calidad para las IPS.

³ JAIME, Alarid Humberto. Breves Notas sobre Calidad. OPS/OMS. Colombia. 1997 p. Disponible en internet: http://www.medicolegal.com.co/ediciones/1_2000/act_med_leg_2.htm

1- Declaración de requisitos esenciales

Las IPS cada dos años en forma obligatoria, deben presentar ante las Direcciones Seccionales o Distritales de Salud y las Municipales certificadas y autorizadas, los requisitos esenciales para la prestación de cada uno de los servicios de salud que ofrezcan y se comprometen a cumplirlos por el tiempo que dure la prestación de estos.

Los requisitos esenciales por servicios comprenden:

- Descripción de la infraestructura física, recursos humanos asignados al servicio, dotación, procedimientos técnicos administrativos (historias clínicas, disponibilidad de servicios de apoyo, existencias de guías de manejo, medidas de bioseguridad), registros para el sistema de información, Transporte y Comunicaciones, auditoria de servicios) (Resolución 04252 de Noviembre 14 de 1997 y 00238 de 1999 del Ministerio de Salud)
- Dicho documento servirá para acreditarse ante las entidades de vigilancia, de acuerdo con lo establecido en el numeral 9 del art. 153 de la Ley 100 de 1993.
- Las EPS y entidades que se asimilen solo podrán prestar directamente o contratar los servicios con IPS que cumplan con los requisitos esenciales.

2. Diseño y ejecución de un plan para el mejoramiento de la calidad

Los prestadores de servicios de salud (IPS), ya sea una institución o un consultorio particular, deben contar con procesos de calidad de acuerdo a su necesidad o nivel de complejidad. Mientras que en un consultorio correspondería hacer evaluación de historias clínicas, revisar sus condiciones de bioseguridad, tecnología biomédica que utilice, sistema de información, actualización, las instituciones deben establecer otros procesos como los siguientes:

Comités permanentes de Evaluación de la Calidad:

- **Comité técnico de calidad.** Tiene como objetivo coordinar todo el sistema de calidad de la institución. Conformado por la Dirección, Jefes de departamentos clínicos y de Administración e inclusive la asociación de usuarios. Evalúa los informes de los demás comités de calidad, tomando decisiones y normas internas específicas que permitan la unificación de criterios para atender los problemas.
- **Comité técnico- científico.** Se establece para estudiar situaciones presentadas con la atención de un paciente. Este comité actúa para las EPS, cuando la queja se presenta ante estas. En este caso estará integrado por un

representante del paciente, un representante de la IPS y un representante de la EPS. El Comité Técnico Científico, es un organismo de asesoría y consulta obligatoria, cuyo fin es el de garantizar la oportuna y adecuada resolución de las inquietudes y peticiones de los usuarios, con respecto a hechos de naturaleza asistencial, de suerte que permita retroalimentar el Sistema de Calidad en la prestación de los servicios de salud. (Circular externa 009 de 1996. Superintendencia de Salud) (Art. 121 del Decreto Ley 2150 de 1995 modificadorio del art. 188 de la Ley 100/93).

- **Auditoria médica.** Es una actividad de evaluación del proceso de atención consistente en la revisión sistemática de la historia clínica y otros registros básicos de la atención médica. (certificados de incapacidad o defunción, órdenes de laboratorio, informes de patología entre otros), para determinar retrospectivamente la calidad dada por los profesionales de la salud. Su objetivo es mejorar la calidad de los servicios. La puede realizar un auditor médico interno o externo a la institución.
- **Comité específico (Ad-Hoc).** Es el comité que generalmente se referencia para situaciones que pueden tener implicaciones legales y sus informes son tenidos en cuenta como elemento probatorio ante las autoridades judiciales, disciplinarias o el Tribunal de Ética Médica. Se convoca específicamente para tratar casos relacionados con fallas en la prestación de los servicios de salud. Para que tenga validez probatoria y no sea objetado por sesgo, debe en lo posible ser realizado por profesionales externos a la institución, especialistas en el tema tratado, coordinado por la oficina de calidad del nivel superior administrativo. Su objetivo es aclarar las dudas que se tengan y dar un concepto sobre la atención brindada en el caso estudiado, emitiendo un informe técnico- científico que puede servir de fundamento a la decisión de otras autoridades. También, ofrecer recomendaciones correctivas o la solicitud de iniciar investigaciones administrativas de carácter disciplinario. (Circular externa 009 de 1996. Superintendencia de Salud).
- **Comité de Ética Médica.** Se establece para resolver los conflictos éticos que se plantean en la asistencia hospitalaria. Deben elaborar protocolos asistenciales en los casos que sea necesaria una política institucional, por la dificultad de problema o por la frecuencia del mismo (ejemplo: atención a los Testigos de Jehová). Existen algunas normas al respecto como la resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Salud. (Comités de Ética Hospitalaria)
- **Comité de Historias clínicas.** Es fundamental para mejorar el acto médico documental de los profesionales de la salud. Diligenciar la historia es una obligación documental del médico, y es el principal elemento probatorio legal de su actividad. Este Comité está definido en la resolución 1995 del 8 Julio de 1999 del Ministerio de Salud. Sus funciones son: Promover en la institución la adopción de las normas nacionales sobre historia clínica, elaborar, sugerir y

vigilar el cumplimiento del manual de normas y procedimientos de los registros clínicos del prestador, elevar a la dirección y al comité técnico científico, recomendaciones sobre los formatos de los registros específicos ya anexos y mecanismos para mejorar los registros en ella consignados, velar por que se provean los recursos necesarios para la administración y funcionamiento del archivo de la historia clínica.

- **Comité de Mortalidad.** Es un Comité que analiza los casos de mortalidad. Hay muchos de estos indicadores de mortalidad reconocidos, indicadores a su vez de calidad en algunos servicios, por ejemplo: Mortalidad materna (habla de los programas de protección a la embarazada). Su objetivo es detectar deficiencias que se deban corregir para disminuir los índices respectivos al mínimo.
- **Junta médico – quirúrgica.** Reúne los especialistas de alguna área para evaluar un caso complicado, o solicitado por algún colega con el ánimo de precisar el diagnóstico y ofrecer un mejor servicio al paciente. Es un recurso válido que puede utilizar el médico en favor de su paciente cuando sea necesario. (Ley 23/81 Art. 19 y Decreto 3380/81 Art.15 y16).
- **Comité de infecciones hospitalarias.** Un comité de primer orden en relación al mejoramiento de la calidad en la institución, para prevenir y controlar las situaciones de infección nosocomial. Las infecciones intrahospitalarias son el indicador más sensible de garantía de calidad en los hospitales⁴. Implicación importante en la responsabilidad médico legal, ya que muchas demandas se originan por este tipo de complicaciones.

Programas de educación continuada

Fundamental para la actualización y unificación de criterios, que mantengan a los profesionales de la salud en cada área, brindando la atención de acuerdo a la *lex artis* vigente. "En un hospital, la formación diferenciada de los médicos y de otros recursos humanos, paralelamente con el nivel de actualización de la infraestructura tecnológica, es la que corresponde frecuentemente al juicio dominante de la calidad"⁵. "La calidad guarda relación positiva con la coordinación en el hospital, dentro del departamento de enfermería, las funciones y rendimiento de dicho departamento y la complementariedad de las expectativas laborales entre médicos y enfermeras".⁶

3. Desarrollo de un sistema de información que incluya componentes de oferta de servicios, uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico y situación de la

⁴ Jaime. Op. Cit. p. 7

⁵ Ibid. p. 21

⁶ Paganini José M. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. OPS. Documento de trabajo. 1993. p. 11

salud de los usuarios atendidos. Se convierte en elemento fundamental para tener un monitoreo continuo del desempeño del Sistema de Garantía de la calidad.

4. Procesos de medición de la satisfacción de los usuarios. Encuestas de satisfacción, buzones de quejas, comités técnico Científicos entre otros, organización de Comités de Usuarios, permiten conocer las percepciones buenas o malas de calidad respecto a los servicios recibidos.

Recordar que el sistema de calidad se establece para el usuario

5. Auditoria en salud. Es un componente del Sistema de Garantía de la Calidad, que hace una evaluación sistemática de la atención en salud, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad observada y deseada de acuerdo a las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención de salud.(decreto 2174). Debe ser considerada como un servicio más y con la misma importancia de los servicios básicos tradicionales en toda entidad de salud⁷. (3) Está incluida la evaluación de procesos como contratación, calidad de medicamentos, cumplimiento de jornadas de trabajo, manejo de la información, idoneidad profesional y otros.⁸

Acreditación en salud. 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 función⁹ (Resolución 1474 de 2002).

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

⁷ Riaño Germán. Auditoría en Salud. Una herramienta para el mejoramiento continuo. Ediciones FEMEC. 1998.

⁸ Jaime. Op. cit. p. 18

⁹ ICONTEC. Guía básica para la acreditación en Salud. Santafé de Bogotá : Servicios de diseño ICONTEC. p. 8

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 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.

La Acreditación en Colombia. 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)

Con el fin continuar mejorando los servicios de salud, el Estado Colombiano derogó los anteriores decretos y normatizó el Sistema Obligatorio de Calidad en Servicios de Salud mediante la expedición del Decreto 1011 de 2006.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un sistema obligatorio de garantía de la calidad en el servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E de Villagarzón Putumayo para que exista un mejoramiento continuo de los procesos.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar un autodiagnóstico de la situación actual del Sistema obligatorio de garantía de la calidad en el servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E, de Villagarzón Putumayo.

Diagnóstico de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas.

Elaborar el Manual de calidad que permita tener un horizonte para la prestación del servicio.

METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE

El enfoque utilizado por la presente investigación fue observacional y analítico, porque parte de la observación de hechos reales de las experiencias suscitadas en los diferentes procesos.

5.2 TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue descriptivo, se tuvo en cuenta a todos los componentes del servicio de consulta externa de la institución y se describe muy profundamente cuál es su función, así como también se describe en forma detallada la secuencia de las actividades que se realizan y su forma de llevarlas a cabo.

5.3 POBLACIÓN

La población que se tuvo en cuenta en esta investigación corresponde a la que integra el Hospital San Gabriel, Arcángel E.S.E.

5.4 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

La presente investigación planteó como categoría de Análisis el Diseño de un sistema obligatorio de Garantía de la calidad para el servicio de consulta externa, del cual se derivan las subvariables Situación actual, Análisis Dofa y la Propuesta de Mejoramiento.

5.4.1 Categoría

Sistema obligatorio de garantía de la calidad. Es la organización de las normas requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que aseguran la calidad en la prestación de los servicios de salud, de obligatorio cumplimiento en Colombia por todos los integrantes del sistema de seguridad social en salud, para propiciar un futuro deseado y la manera efectiva de alcanzarlo.

5.4.2 Subcategorías

- **Situación actual:** Estado actual de la normatividad, procesos y actividades que

se desarrollan en el servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel.

- **Análisis Dofa:** Identificación de las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas que enfrenta el servicio de consulta externa de la institución prestadora de servicios de salud.
- **Plan de Mejoramiento de calidad:** Proceso por el cual se prevé el futuro de servicio de consulta externa del Hospital y desarrolla los procedimientos y operaciones necesarias para alcanzarlo.

5.5 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Técnica directa. Para obtener la información del diagnóstico los investigadores entrevistaron personalmente a todos empleados del hospital, para identificar la situación actual del sistema obligatorio de garantía de calidad en el servicio de consulta externa de la institución, teniendo como referencia el Decreto 2309 de 2002 y el anexo Técnico 1 de la resolución 1043 del 2006 para el autodiagnóstico, y se elaboró el informe en donde se registraron las fortalezas y debilidades, se recolectó información acerca de los empleados del hospital donde se especificó, nivel de estudio, el área a la cual pertenecen, la actividad que tienen a su cargo, también se recolectó información acerca de cómo se realizan los procesos del hospital identificando los responsables, y demás recursos necesarios para su realización, esta recolección se ejecutó directamente por los investigadores mediante una entrevista a los empleados responsables del desarrollo de las actividades, también se obtuvo una muestra de todos los formatos que se manejan en la actualidad en el servicio de consulta externa de hospital.

Se inició con la documentación del sistema obligatorio de garantía de calidad para el servicio de consulta externa, en donde se revisaron y elaboraron los documentos necesarios para la implementación del sistema como son, manual de calidad, procedimientos, instructivos y registros.

Una vez que elaborada la documentación se procedió a establecer métodos de medición, evaluación y seguimiento, mediante indicadores de gestión y sistemas de validación de los procesos.

5.6 FUENTES DE INFORMACIÓN

Primarias. Las fuentes que se utilizaron para la obtención de la información principalmente son las personas que trabajan en el hospital, las cuales fueron entrevistadas por los investigadores.

Fuentes secundarias. Otras fuentes importantes son los documentos que sirven como base para el desarrollo de los procesos como son planes, programas, protocolos, etc., los cuales se utilizarán para realizar análisis de la situación de la institución y poder formular posibles planes para el mejoramiento.

Al diagnóstico tuvo el siguiente procedimiento:

Existencia de direccionamiento estratégico. Aquí se evaluará si existe en el hospital un proceso de direccionamiento estratégico claro, el cual abarque a toda la institución y sirva como base para desarrollar un plan de mejoramiento de la calidad, este proceso tiene que ser periódico y sistemático con el fin de que se revise y mejore continuamente, y se pueda definir y replantear los valores, misión, visión y las políticas de la organización cuando se requiera de acuerdo a los cambios del medio.

Para la elaboración del direccionamiento estratégico se tuvo en cuenta a los usuarios, los trabajadores del hospital, otros clientes como las diferentes EPS con las cuales se tiene establecidos convenios y a los diferentes proveedores.

5.7 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La interpretación de la información que se recolectará en el Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. recibirá el siguiente análisis y tratamiento:

- Se documentará y difundirá la información en el área de consulta externa, haciendo referencia a los procesos ya sean estos administrativos o asistenciales, teniendo como referencia el Decreto 1011 de 2006 donde se reglamenta el sistema de garantía de calidad.
- Se elaborarán formatos, registros y otros documentos que sean necesarios para establecer supervisión y control en el proceso a fin de minimizar las no conformidades.
- A medida que se obtenga, analice y corrija la información se elaborará el manual de calidad.

5.8 PLAN DE DIVULGACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la investigación se compilarán en un documento que será entregado al director del Hospital, quien deberá crear a su vez la coordinación de calidad y la de Control Interno y entregar la copia de los aportes de la investigación, para su posterior aplicación dentro del servicio de consulta externa de la institución.

5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

A partir de 1970 se han venido desarrollando unos principios que rigen la conducta ética en la atención en salud y que obrarían como << deberes prima facie >>, es decir, como aquello que hay que cumplir prioritariamente. De estos principios éticos fundamentales se derivan algunas normas éticas que el profesional de la salud debe tener siempre en cuenta, por ejemplo: obtener el consentimiento informado, honestidad en la información, respeto por la confidencialidad, evitar la discriminación, etc. Proporcionan estos principios un marco de referencia para alcanzar soluciones coherentes y razonadas a los problemas concretos de índole ética que se presentan en la práctica en la atención en salud. Estos principios no obedecen a una disposición jerárquica estricta y son todos válidos como prima facie. En caso de conflicto, será la situación concreta y sus circunstancias las que indicarán la primacía de uno u otro caso.

6. AUTODIAGNÓSTICO DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN GABRIÉL ARCÁNGEL DE VILLAGARZÓN - PUTUMAYO

6.1 AUTOEVALUACIÓN ANEXO TÉCNICO 1. RESOLUCIÓN No. – RESOLUCIÓN 1043. Abril de 2006

Con el objetivo dar cumplimiento a la normatividad existente para las entidades prestadoras del servicio de Salud mediante resoluciones 1011 de 2006 y resolución 1043 de 2006 y de fortalecer la calidad en la atención en salud en el servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón – Putumayo se realiza un autodiagnóstico de las condiciones que debe se deben cumplir para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de acuerdo al sistema obligatorio de garantía de calidad.

A continuación se describen los principales hallazgos del autodiagnóstico en los 8 estándares que aplican para el Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. y por ende al servicio de consulta externa, la calificación de cada uno de ellos se encuentra contenida en el [Anexo N° 1 Anexo Técnico 1 Resolución 1043 de 2006.doc](#).

6.1.1 Estándar 1. Recurso Humano. El servicio de consulta externa del hospital cuenta con el personal requerido y calificado de acuerdo a lo dispuesto por el manual único de estándares y de verificación del anexo Técnico 1 y da cumplimiento al respecto a los códigos 1.1, 1.3, 1.4, 1.39, 1.90. Sin embargo, para dar cumplimiento a los ítems 1.2 y 1.5 es necesario elaborar la documentación pertinente, ya que ésta no se encuentra completa o se carece de ella en su totalidad.

En el servicio de consulta externa no se tienen documentados procedimientos en los cuales se refleje los diferentes procedimientos de atención, pero cuenta con unos protocolos médicos que son la base para ciertos servicios de salud, estos protocolos no son revisados ni actualizados.

6.1.2 Estándar 2. Infraestructura. Al realizar el correspondiente autodiagnóstico, de la infraestructura del servicio de consulta externa, teniendo en cuenta que es una institución de baja complejidad, cumple con lo exigido en el código 2.8, de los lineamientos del anexo técnico No. 1, los demás ítems no aplican.

6.1.3 Estándar 3. Dotación mantenimiento. En el servicio de consulta externa se cumple con el código 3.1 referente al inventario, sin embargo, no cumple con el ítem 3.2 porque no existe un programa de mantenimiento de equipos. En relación

al código 3.21 y 3.22 todos los consultorios de las áreas asistenciales cuentan con la dotación básica, dando así cumplimiento a éstos.

6.1.4 Estándar 4. Medicamentos y dispositivos médicos. El servicio de consulta externa del hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón tiene diseñados y aplica los procesos exigidos en los códigos 4.1, por lo tanto cumple con los parámetros exigidos en el área de consulta externa.

6.1.5 Estándar 5. Procesos prioritarios asistenciales. En lo relacionado a las condiciones establecidas en los códigos 5.1 a 5.5, éstos se cumplen parcialmente, el código 5.9 se cumple en el servicio de consulta externa, igual resultado se obtiene en el código 5.15, los códigos 5.40 y 5.52 se cumplen parcialmente, 5.15, cumple con los estándares exigidos.

Este estándar es que el que mayor debilidad presenta en relación a las condiciones exigidas por el Sistema obligatorio de garantía de calidad para prestar servicios de salud y que aplican para el servicio de consulta externa.

6.1.6 Estándar 6. Historia clínica y registros asistenciales. Los códigos 6.1 a 6.7 se cumplen en su totalidad, de acuerdo a las características del servicio de consulta externa y del Hospital del primer nivel de atención.

6.1.7 Estándar 8. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos del diligenciamiento del anexo técnico 1, en este estándar se cumplen parcialmente las condiciones establecidas en el códigos: 8.1 que aplica a consulta externa.

6.1.8 Estándar 9. Seguimiento y riesgo en la prestación de servicios. En el servicio de consulta externa por las características del Hospital San Gabriel Arcángel, le aplican los códigos 9.1, 9.2, los cuales de acuerdo al autodiagnóstico se cumplen parcialmente.

Se considera importante analizar el sistema obligatorio de garantía de calidad desde el marco de la gestión integral de calidad, la cual combina tres elementos: el direccionamiento estratégico, la gerencia del día a día y la transformación de la cultura.

Así, desde la perspectiva de la calidad el direccionamiento estratégico significa orientar la organización hacia el futuro, focalizar sus esfuerzos y lograr solidaridad de todas las personas que la integran hacia propósitos comunes. La gerencia del día a día tiene como fin dar a cada persona de la organización la responsabilidad y los medios para controlar sus procesos y lograr que su resultado sea predecible. La transformación de la cultura es una propuesta que busca definir y llevar a cabo las acciones necesarias para modificar o promover creencias y actitudes de las

personas que trabajan en el área de consulta externa de la institución que impidan el logro de los propósitos organizacionales.

Para evaluar el sistema obligatorio de garantía de calidad del servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel E.S.S. de Villagarzón Putumayo, teniendo como referencia la gestión integral, se tiene en cuenta las diferentes etapas en el desarrollo de sus actividades como son: la planeación, donde se definen las metas y la forma como alcanzarlas, el hacer, donde se ejecutan las tareas planeadas y se orienta al personal en la forma de desarrollar esas tareas, verificar evaluando los logros de los objetivos propuestos y actuar en busca del mejoramiento continuo de los procesos en el área de consulta externa del hospital, con lo cual se da cumplimiento a los estándares de calidad para este servicio.

También es importante en el área de consulta externa del hospital, según la gestión integral de calidad evaluar criterios como:

- Direccionamiento estratégico.
- Liderazgo de la alta dirección.
- Satisfacción de los clientes.
- Gerencia de los procesos administrativos.
- Conformación y desarrollo del equipo humano.

Estos criterios se relacionaron dependiendo su naturaleza y se identifican como procesos prioritarios dentro del sistema de garantía de calidad del área de consulta externa.

Satisfacción del cliente.
Calidad en los procesos asistenciales.
Información sobre el usuario.

6.2 ANÁLISIS Y CALIFICIACIÓN DE LOS CRITERIOS A EVALUAR

Con el fin de lograr un autodiagnóstico más exacto y profundo del sistema de garantía de calidad para el servicio de consulta externa en el Hospital San Gabriel E.S.E. de Villagarzón, se dividió en varios puntos los grupos anteriormente escogidos, en los cuales se relacionan las características actuales del área de consulta externa del hospital, con esto se pretende obtener un listado de fortalezas y oportunidades de mejoramiento para cada grupo que sea objeto de estudio, por ejemplo, el direccionamiento estratégico y una calificación de los logros en cada uno de los puntos en los que se divide.

Direccionamiento estratégico. El servicio de consulta externa no ha formulado un direccionamiento estratégico que incluya la visión, misión y la política.

Despliegue del direccionamiento estratégico en el servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón. El

direccionamiento estratégico que contiene la política y algunas directrices y metas generales no son desplegadas y ocasionalmente se formulan planes operativos pero no se dan a conocer de manera adecuada a las demás.

Seguimiento al direccionamiento estratégico. En el Servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel no se cuenta con un proceso documentado de seguimiento al direccionamiento estratégico y a los planes, pero la dirección realiza un seguimiento y se revisan los planes formulados y el grado de desarrollo con el fin de garantizar el logro de las metas propuestas, mediante la utilización de algunos datos se realizan análisis. Con este seguimiento se contribuye a que el servicio de consulta externa tenga un comportamiento preventivo hacia los problemas.

Satisfacción del cliente. Para el desarrollo del sistema obligatorio de garantía de calidad en instituciones prestadoras de servicios de salud es fundamental contar con procesos en los cuales el objetivo principal sea conocer las necesidades y expectativas de los clientes, y su nivel de satisfacción.

Conocimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios. En la actualidad en el hospital se cuenta para este fin con un formato llamado cuestionario de satisfacción, sin embargo, este formato no es diligenciado por los usuarios de consulta externa, porque se ha limitado sólo en el área de atención de partos del hospital.

No existe una evaluación y mejoramiento de los elementos del proceso de recolección de información, como los formatos utilizados y la forma de llevar a cabo dicho proceso.

Interpretación de las necesidades y expectativas de los usuarios de consulta externa. El estudio que se realiza del cuestionario de satisfacción no contiene las necesidades y expectativas de los usuarios de consulta externa,

Relación con los clientes. En el servicio de consulta externa del Hospital se aplica un enfoque para el manejo de las relaciones con los clientes y se traduce en políticas con respecto a los servicios. Existe declaración de derechos y deberes de los pacientes y se aplican al proceso de atención. La accesibilidad de los usuarios hacia el servicio de consulta externa del hospital se hace de manera fácil, suministrando la información del servicio que se les puede brindar y cuando es necesario se les envía al área de servicio al cliente para que les sea proporcionada la información que ellos requieren.

Respuestas a usuarios. En el servicio de consulta externa del hospital no se cuenta con un sistema de manejo de quejas y reclamos pero si se realiza una recolección de información respecto a este tema mediante un buzón, el cual se encuentra a la vista de todos los clientes de consulta externa del hospital. La

dirección analiza esta información a partir de la cual genera algunas acciones para prevenir que estas fallas se vuelvan a presentar, y ofrecer algún tipo de respuestas.

Calidad en los procesos asistenciales. Aun cuando se cuenta con algunos documentos, hace falta complementarlos, se encuentran diseñadas algunas funciones pero no existe un manual como tal, igual sucede con los procedimientos, los protocolos y todos los otros mecanismos exigidos en los estándares del anexo técnico, tal como se puede observar en la interpretación del formato de autoevaluación.

Realización de acciones preventivas. No se cuenta con ningún mecanismo que conduzca a la realización de esta acción.

Auditoria interna de calidad. La alta dirección realiza auditorias internas a la mayoría de los procesos que se desarrollan en el área de consulta externa del hospital, con el fin de determinar si se está cumpliendo con ciertos estándares de calidad, con estas auditorias se identifican problemas para luego plantear recomendaciones o soluciones frente a ellos, estas auditorias no son planeadas, no se prioriza los procesos objeto de auditoria, no tiene indicadores de seguimiento del impacto del programa, no existe un programa de auditorias.

Información sobre el usuario

Descripción de la historia clínica. En el hospital existen procedimientos para el manejo de las historias.

No cuenta con indicadores para vigilar el adecuado manejo de las historias clínicas, se tiene establecido el comité de historias clínicas pero se han dejado de hacer reuniones y está desactualizado en cuanto algunos de sus integrantes.

Manejo de la información. Existe información asistencial y administrativa, pero no se cuenta con procedimientos que garanticen su validez y actualización, en muchas ocasiones la información se tiene en cuenta para la toma de decisiones. No se cuenta con un sistema de indicadores para mostrar tendencias acerca de los perfiles de los pacientes.

6.3 FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
El personal vinculado a la institución cumple con los requisitos exigidos por los estándares de calidad	Se necesita formular el direccionamiento estratégico del Servicio de Consulta externa.
Se realiza una evaluación permanente del desempeño de cada uno de los trabajadores	Se requiere aumentar el número de médicos que atienden en el servicio de consulta externa.
Los consultorios cuentan con el equipo necesario para la atención de los usuarios.	Falta de documentación que sirva de soporte para la realización de procesos y procedimientos , caracterización de las mismas.
Los consultorios del servicio de consulta externa cumplen con las especificaciones necesarias para dar un buen servicio en cuanto a presentación, asepsia y comodidad de los usuarios.	Capacitar constantemente a los empleados para garantizar que los conocimientos y técnicas en la atención en salud se actualicen.
Las historias clínicas se diligencian cumpliendo todos los requisitos exigidos	Agilizar las citas
Conocimiento por parte del personal vinculado al área de consulta externa del Hospital de los estándares de calidad con los que hay que cumplir para lograr la habilitación de la institución.	No tomar acciones correctivas y diseñar y aplicar normas, manuales, procedimientos, protocolos y demás documentación.

7. ADOPCIÓN DE LOS COMPONENTES EXIGIDOS POR EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL SAN GABRIEL ARCÁNGEL E.S.E DE VILLAGARZON – PUTUMAYO

Para dar cumplimiento a lo dispuesto por el El Sistema Único de Habilitación Resolución 1043 de 2006, Resolución 2680 de 2007, Resolución N° 3763 de 2007, relacionadas a las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención, se toma como fundamento el autodiagnóstico realizado en el servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E de Villagarzón Putumayo, se procede a desarrollar los componentes del sistema obligatorio para la correspondiente habilitación del servicio.

7.1 DESARROLLO DE LOS COMPONENTES DE LOS 8 ESTÁNDARES DE CALIDAD QUE APLICAN PARA EL HOSPITAL

7.1.1 Manual de administración y gestión del recurso humano [APÉNDICECconsultaexterna.doc](#)

7.1.2 Manual de procesos y procedimientos [APÉNDICEDconsultaexterna.doc](#)

7.1.3 Identificación de la documentación

Atendiendo lo dispuesto en la normatividad emitida por los entes reguladores y de control de los servicios de salud en Colombia, (Resolución 1043 de 2006 en su anexo Técnico N° 1), se diseña la documentación que debe ser adoptada por el servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel, para ello, en primer lugar se elabora un listado para la identificación de todos los documentos y su correspondiente codificación, tanto de documentos como de registro. [APÉNDICEEconsultaexterna.doc](#)

7.1.4 Documentación requerida para dar cumplimiento a estándares de calidad [anexos formatos hospital](#)

Atendiendo lo dispuesto por el sistema obligatorio de garantía de calidad para las empresas prestadoras del servicio de salud, se diseña debidamente la documentación contenida en el listado de documentos, con lo cual se da cubrimiento a todos los estándares de la norma.

7.1.5 Protocolos. Este método estándar que permite la estandarización de un proceso, es un conjunto de reglas y procedimientos que deben respetarse en la realización de un procedimiento en salud.

Este documento, forma parte de los requisitos exigidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud para todas las instituciones públicas o privadas que prestan servicios de salud.

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad emitida por los entes reguladores y de control de los servicios de salud en Colombia, (Resolución 1043 de 2006 en su anexo Técnico N° 1), se expiden los protocolos para los diferentes procedimientos que se ejecutan en el servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. del Municipio Villagarzón – Putumayo. [PROTOCOLOS DE MANEJO](#)

8. MANUAL DE CALIDAD

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO	PÁGINA
	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	VERSIÓN 1	FECHA 13 -10 -08

TABLA DE CONTENIDO

1. DESCRIPCIÓN DEL MANUAL
 - 1.1 OBJETIVO
 - 1.2 ALCANCE
 - 1.3 EXCLUSIONES
 - 1.4 CONTROL DEL MANUAL
2. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN
 - 2.1 RESEÑA HISTÓRICA
 - 2.2 CARACTERÍSTICAS
 - 2.3 DEFINICIÓN DE LA MISIÓN
 - 2.3.1 Misión
 - 2.4 DEFINICIÓN DE LA VISIÓN
 - 2.4.1 Visión
 - 2.5 VALORES
 - 2.6 OBJETIVOS GENERALES DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
 - 2.7 DOCUMENTACIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD
 - 2.7.1 Política de calidad
 - 2.7.2 Objetivos de calidad
3. ESTRUCTURA DE CALIDAD
 - 3.1 COMITÉ DE CALIDAD
 - 3.1.1 Misión del Comité de Calidad
 - 3.1.2 Trabajo del comité de calidad
 - 3.2 DIRECTOR DE CALIDAD
 - 3.3 UNIDAD DE GARANTÍA DE CALIDAD
 - 3.3.1 Trabajo de la unidad de garantía de calidad
 - 3.4 UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO
 - 3.4.1 Trabajo de la unidad de atención al usuario
 - 3.5 COMITÉS PARA APOYO Y SEGUIMIENTO A LA CALIDAD
 - 3.5.1 Comité de ética hospitalaria
 - 3.5.2 Comité de historias clínicas
 - 3.5.3 Comité de infecciones intrahospitalarias
 - 3.5.4 Comité técnico-científico
 - 3.6 DOCUMENTACIÓN DE LAS REUNIONES DE LOS COMITÉS

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO PL-MC-001	PÁGINA
	SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD	VERSIÓN 1	FECHA 3 -09 -08

3.7 CAPACITACIÓN DE LOS COMITÉS

3.8 TRABAJO DE LOS COMITÉS

3.8.1 Plan de trabajo de los comités

3.8.2 Definición, revisión, documentación, seguimiento y mejoramiento de los procesos en los comités

3.8.3 Apoyo a las metas en la documentación de procesos prioritarios

3.9 SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CALIDAD

3.9.1 Evaluación externa de calidad

4. SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

4.1 REQUISITOS GENERALES

4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

4.2.1 Generalidades

4.2.2 Manual de calidad

4.2.3 Control de documentos

4.2.4 Control de registros

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

5.2 ENFOQUE AL CLIENTE

5.3 POLÍTICA DE CALIDAD

5.4 PLANIFICACIÓN

5.4.1 Objetivos de calidad

5.4.2 Planificación del sistema de garantía de calidad

5.5 RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

5.5.1 Responsabilidad y autoridad

5.5.2 Representante de la dirección

5.5.3 Comunicación interna

5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

6. GESTIÓN DE RECURSOS

6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS

6.2 RECURSOS HUMANOS

6.2.1 Generalidades

6.2.2 Competencias, toma de conciencia y formación

6.3 INFRAESTRUCTURA

6.4 AMBIENTE DE TRABAJO

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO

7.1 PLANIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

- 7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE
 - 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el cliente
 - 7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el cliente
 - 7.2.3 Comunicación con el cliente
- 7.3 DISEÑO Y DESARROLLO
- 7.4 COMPRAS
 - 7.4.1 Proceso de compras
 - 7.4.2 Información de las compras
 - 7.4.3 Verificación de los productos comprados
- 7.5 PRESTACIÓN DEL SERVICIO
 - 7.5.1 Control de la prestación del servicio
 - 7.5.2 Validación de los procesos y la prestación del servicio
 - 7.5.3 Identificación y trazabilidad
 - 7.5.4 Propiedad del cliente
 - 7.5.5 Preservación del producto
- 7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN
- 8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA
 - 8.1 GENERALIDADES
 - 8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN
 - 8.2.1 Satisfacción del cliente
 - 8.2.2 Auditoría interna
 - 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos
 - 8.2.4 Seguimiento y medición del servicio
 - 8.3 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME
 - 8.4 ANÁLISIS DE DATOS
 - 8.5 MEJORA
 - 8.5.1 Mejora continua
 - 8.5.3 Acciones preventivas
- 9. DEFINICIONES

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO PL-MC-001	PÁGINA
	SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD	VERSIÓN 1	FECHA 3 -09 -08

1. DESCRIPCIÓN DEL MANUAL

1.1 OBJETIVO

El objetivo de este manual de calidad es describir el sistema obligatorio de garantía de calidad del servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. del Municipio de Villagarzón – Putumayo, enunciando la política y objetivos de calidad, así como también servir de guía para el personal en el desarrollo de sus funciones para obtener una excelente calidad en cada uno de los procesos que se desarrollan y poder así satisfacer de forma integral las necesidades y requerimientos de los clientes.

1.2 ALCANCE DEL MANUAL

Este manual de calidad se aplica al proceso de consulta externa relacionado en el mapa de procesos del Hospital San Gabriel Arcángel del Municipio de Villagarzón.

1.3 EXCLUSIONES

1.3.1 Diseño y desarrollo. (7.3 NTC-ISO 9901:2000). El Hospital San Gabriel Arcángel no realiza diseño y desarrollo de nuevos servicios ya que la prestación se basa en guías de atención clínicas fundamentadas en la evidencia y protocolos técnicos que respaldan la práctica de los profesionales, lo que se realiza es ajustar los procesos existentes a las nuevas condiciones propuestas, especialmente por las dictadas por el Ministerio de la protección social, para esto se apoya en lo relacionado en el numeral 5.4 planificación del SGC y 7.1 planificación de la realización del servicio.

1.3.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio. (7.5.2 NTC-ISO-9001:2000). Los servicios prestados el área de consulta externa del Hospital pueden ser evaluados al momento de su prestación o durante cualquier instante de su prestación, puesto que se cuenta con controles en los procesos, los cuales permiten identificar y corregir las deficiencias, además los resultados obtenidos en la prestación de los servicios dependen del estado clínico del paciente, por tal razón este punto de la norma no aplica.

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO	PÁGINA
	SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD	VERSIÓN 1	FECHA 3 -09 -08

1.4 CONTROL DEL MANUAL DE CALIDAD

El control del manual de calidad se lo ejercerá mediante el procedimiento control de documentos, donde se tendrá en cuenta aspectos referentes a la elaboración, identificación, revisión, difusión y disposición dentro del área de consulta externa del Hospital.

Fecha de edición: 13 de octubre de 2008

Versión: 01

Revisión: 01

2. DESCRIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

El área de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de acuerdo a los parámetros que rigen la institución por ser una institución del primer nivel de atención, presta los servicios de acuerdo a lo establecido por el estado para estas instituciones de salud, a 21.360 usuarios.

2.1 RESEÑA HISTÓRICA

El área de servicio de consulta externa se encuentra al servicio de la comunidad de Villagarzón Putumayo, desde el 31 de agosto de 2004, fecha en la cual fue constituida la institución como Empresa Social del Estado el Hospital San Gabriel Arcángel.

Se especializa en la prestación de servicios básicos de Salud de Primer Nivel de acuerdo a su capacidad resolutive de atención, apoyado en su talento humano capacitado y con una gran experiencia en salud. Se esfuerza en todo momento por prestar nuestros servicios con “humanismo y calidad”.

2.2 CARACTERÍSTICA

Población a la que se dirige. Los servicios de salud están dirigidos a la población de Villagarzón y las veredas que la circundan, siendo todas las EPS y ARS de la región sus contratistas.

Empleados. Para dar cumplimiento con los servicios de salud que brinda el servicio de urgencias, el hospital cuenta con un talento humano por nómina 4 empleados y 4 que presta sus servicios por contrato.

El servicio de consulta externa del hospital cuenta con los siguientes recursos para la prestación de sus servicios:

Consultorios	2
Sala de procedimientos menores	1

Crecimiento en las consultas. Paulatinamente comenzó a crecer la atención en consulta externa, teniendo los siguientes promedios a lo largo de los años.

AÑO	Consultas
2003	1.057
2004	5.745
2005	12.846
2006	13.721
2007	15.848

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO	PÁGINA
	SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD	VERSIÓN 1	FECHA 3 -10 -08

2.3 IDENTIDAD Y FILOSOFÍA

2.3.1 Misión

El servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzón está comprometido en mejorar el estado de salud y contribuir al desarrollo integral de la comunidad Villagarzonense y sus alrededores, a través de el diagnóstico oportuno de la enfermedad y promover hábitos de vida saludables para prevenir la enfermedad.

2.3.2 Visión

Para el 2010, ser un área líder en la institución como prestadora de servicio de salud, posicionada en la comunidad villagarzonense y de su área de influencia, por la calidad de atención y reconocida por el mejoramiento continuo en sus procesos.

2.3.3 Valores

ATENCION INTEGRAL: Como parte integral, el servicio de consulta externa de la E.S.E. cuenta con un equipo de salud altamente calificado, donde su actividad principal es brindar un servicio de excelente calidad, satisfaciendo a los usuarios, garantizando accesibilidad en forma oportuna y eficiente.

PARTICIPACION SOCIAL: Conjunto de interés social entre usuarios y funcionarios para intervenir en las decisiones concernientes a la salud, respondiendo a beneficios individuales y comunitarios en la gestión y dirección de procesos basados en los principios constitucionales y legales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano, desarrollo social y defensa de los derechos fundamentales, entre ellos el de la salud.

SATISFACCION DEL USUARIO: Garantía de la prestación del servicio, con la mejor información, orientación y atención general e integral de primer nivel en forma adecuada y oportuna, cumpliendo a satisfacción las necesidades de los usuarios, en peticiones, quejas, reclamos y sugerencias.

SOLIDARIDAD SOCIAL: Recurso humano con personal capacitado, con principios y valores éticos y morales propios, enfocados a la calidad en la prestación del servicio.

LIDERAZGO: Con solidaridad, unión, respeto y convivencia, basados en la calidad en la atención como proceso integral para adecuada prestación de servicios a la comunidad.

2.3.4 Política de calidad

El servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón, satisface las necesidades y expectativas de salud de sus usuarios, cumpliendo con los estándares de calidad exigidos, con el recurso humano idóneo, competente y comprometido con la calidad en el servicio, mediante el mejoramiento continuo de sus procesos.

2.3.5 Objetivos de calidad

Mejorar la satisfacción del cliente
Cumplir los estándares de calidad
Mejoramiento de los indicadores de proceso

3. ESTRUCTURA DE CALIDAD

La responsabilidad de garantizar calidad en la prestación de servicios es de todo el personal que trabaja en el área de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón – Putumayo, sin embargo, el coordinador del área asistencial es responsable ante los clientes por la calidad de la atención.

Todo el personal del servicio de consulta externa del hospital participan en la definición de estándares y detectan oportunamente los problemas, realizando algunas sugerencias y recomendaciones al jefe del área acerca de las diferentes situaciones que se presentan a diario con los clientes, esto se realiza mediante el procedimiento de comunicación interna. Este personal sigue los procesos como están definidos en los estándares de calidad y aseguran que los problemas se solucionen de manera eficaz con la utilización del procedimiento acciones correctivas.

La estructura de apoyo para la garantía de calidad está compuesta por el Comité de calidad, integrado por todos los funcionarios del servicio de consulta externa.

3.1 COMITÉ DE CALIDAD

El Comité de calidad debe desarrollar un programa permanente de calidad y plan de mejoramiento de calidad, que garantice el cumplimiento de los estándares de

calidad de acuerdo a los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

3.1.1 Misión del comité de calidad

Se formula una misión que tendrá el comité de calidad del servicio de consulta externa del hospital, teniendo en cuenta que hace el comité, para qué y cómo va a realizar sus funciones.

“Desarrollar un programa permanente de calidad y un plan de mejoramiento de calidad, con el fin de garantizar una excelente prestación de los servicios de salud, realizando una evaluación permanente de los procesos asistenciales, utilizando las diferentes herramientas de seguimiento y medición”.

3.1.2 Trabajo del comité de calidad

Diseñar y aprobar la política y estrategias de calidad. Es el encargado de revisar y aprobar la política de calidad definida por la dirección, así como también las estrategias que se plantean para lograr cumplir con lo definido. La aprobación de la política es un paso el cual está definido en el instructivo despliegue de la política de calidad.

Definir los objetivos y metas a desplegar. Éstos se replantean anualmente y son desplegados a cada proceso del área de consulta externa del hospital. Este despliegue representa que cada área tendrá una responsabilidad definida en la consecución de los resultados del servicio de consulta externa de la institución. Cuando la dirección del Hospital o el coordinador del área asistencial establezcan políticas, objetivos y metas, el comité de calidad las desplegará en forma de proyectos, luego como actividades para cada unidad operativa básica. Se utiliza el formato despliegue del direccionamiento. [APÉNDICE K consultaext..doc](#)

Asegurar los medios para cumplir metas y objetivos. Para alcanzar objetivos y metas el comité define responsabilidades y asigna los medios que se emplearán para su cumplimiento. Para este proceso se utiliza el formato plan de trabajo.

Seguimiento a los planes. En el seguimiento se debe tener en cuenta que los objetivos están interrelacionados, lo que significa que cada objetivo del hospital se cumple mediante la contribución de los objetivos de mejoramiento y éstos a su vez se cumplen por el logro de los objetivos de las áreas operativas.

Para cada uno de los objetivos propuestos los responsables deben llenar el formato, éste servirá como guía para el desarrollo de las actividades y definirá el ritmo de trabajo y será útil para realizar un seguimiento utilizando los indicadores definidos para cada meta.

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO	PÁGINA
	SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD	VERSIÓN 1	FECHA 13 -10 -08

Decisiones para la solución de problemas. Este formato de seguimiento al plan de mejoramiento lo deben presentar todos los responsables de un proyecto o el jefe de servicio, con la periodicidad que se determine, para identificar y solucionar oportunamente problemas que puedan impedir el logro de la meta trazada, y se pueda aplicar el procedimiento de acciones correctivas.

3.2 COORDINADOR DE CALIDAD

El es principal responsable del control de calidad, depende jerárquicamente del director, y es el encargado de manejar el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en el servicio de consulta externa.

El coordinador de calidad debe recopilar las mediciones que se relacionan con la calidad en los procesos, los resultados obtenidos de los indicadores de gestión propuestos para el seguimiento de cada proceso definidos en los estándares de evaluación, esta información se la da a conocer al Director del hospital teniendo en cuenta el procedimiento de comunicación interna, para que se gestionen acciones de ser necesario (acciones correctivas) para el cumplimiento de las metas propuestas.

Mediante la recopilación de información de medición de los indicadores propuestos en el plan de mejoramiento, estándares de evaluación, se puede remitir a los registros generados acerca de los reclamos procesos internos. Informe de auditoria. Una vez detectados los problemas se deben llevar a cabo acciones que eliminen esos problemas, según sea el caso puede utilizar los procedimientos son acciones correctivas, acciones preventivas, control de producto/servicio no conforme, mejoramiento de la calidad.

3.3 ATENCIÓN AL USUARIO

En el hospital se cuenta con un proceso de atención e información al usuario con el fin de que se garantice la recepción, información y asesoramiento de todas las personas que visita la institución, sin embargo, en el servicio de consulta externa se brinda la información solicitada por los usuarios, y se ofrece una respuesta satisfactoria a los usuarios frente a las diferentes quejas, solicitudes, sugerencias y reclamos, se aplica el procedimiento respuesta a los usuarios. Para la recolección de información se utiliza los registros de quejas, sugerencias y

reclamos (AU-RE-005), información del buzón de sugerencias, se realiza una evaluación acerca de los logros obtenidos referentes al número de quejas, reclamos, sugerencias hechas en períodos anteriores, los datos se consignan en el registro de logros.

Esta unidad por medio de las pautas establecidas en el procedimiento estudio de satisfacción, conoce que tan satisfecho está el cliente con los servicios recibidos. Para este propósito se cuenta con un cuestionario de satisfacción en el cual se identifica en uno de sus puntos el grado de satisfacción de los usuarios.

Un objetivo estratégico del servicio de consulta externa de la institución es mantener un alto grado de excelencia en la satisfacción de los clientes por tal motivo se ha desplegado este direccionamiento [APENDICE Fconsultaext.docx](#) a las áreas proponiendo indicadores, metas, estrategias y responsables para cumplir con este objetivo.

Mensualmente se recopila toda la información del período, esta se tabula y se realiza un análisis, posteriormente se compara con los resultados de los períodos anteriores y se determina los logros, avances o retrocesos obtenidos y de ser así, se toman acciones para su corrección y mejoramiento por medio de los procedimientos acciones correctivas.

Para la identificación de las necesidades y expectativas de los clientes actuales y potenciales, el procedimiento es escuchar sistemática y permanentemente la voz de sus usuarios y al encontrar problemas, identifica las causas, toma medidas correctivas.

Una vez identificadas las necesidades y expectativas de los clientes la unidad de atención al usuario es la encargada de convertirlas en especificaciones de servicio siguiendo el procedimiento interpretación de necesidades y expectativas, en este procedimiento el paso esencial es el desdoblamiento de la calidad que se realiza con base a las necesidades y expectativas para esto se utiliza el registro desdoblamiento de calidad, con base en esto se proponen planes, programas, proyectos e indicadores para satisfacer los requerimientos de los clientes, también se pueden desarrollar acciones correctivas, preventivas y de mejoramiento de calidad.

3.4 COMITÉ DE CALIDAD

El Comité de calidad debe desarrollar un programa permanente de calidad y plan de mejoramiento de calidad, que garantice el cumplimiento de los estándares de calidad de acuerdo a los lineamientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.

3.4.1 Documentación de las reuniones del comité

Para un buen funcionamiento del comité es fundamental tener una completa documentación del trabajo realizado tanto de registros y actas, como de aspectos concernientes a este como normas, leyes, sugerencias de la dirección u otra área del hospital.

3.6 SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE CALIDAD EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

Es necesario identificar como el sistema será revisado por la alta dirección, para esto debe haber un mecanismo de seguimiento al trabajo desarrollado en todos los servicios de consulta externa del hospital y de todos los procesos que intervienen en el plan de calidad. Para éste se desarrollará el procedimiento auditorías internas de calidad. Si con estas auditorías se encuentra algún tipo de inconformidad en los servicios se puede desarrollar el procedimiento acciones correctivas. También el seguimiento al sistema se lo realiza de acuerdo a las pautas establecidas en el numeral 5.6 de este manual.

4. SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD

4.1 REQUISITOS GENERALES

El sistema de garantía de calidad del servicio de consulta externa del Hospital está basado en los procesos relacionados en el mapa de procesos (Apéndice G), con el cumplimiento de estos procesos y su mejoramiento continuo se garantizará la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes.

Los procesos que integran el sistema obligatorio de garantía de calidad son:

- Procesos gerenciales
- Procesos asistenciales
- Procesos de apoyo

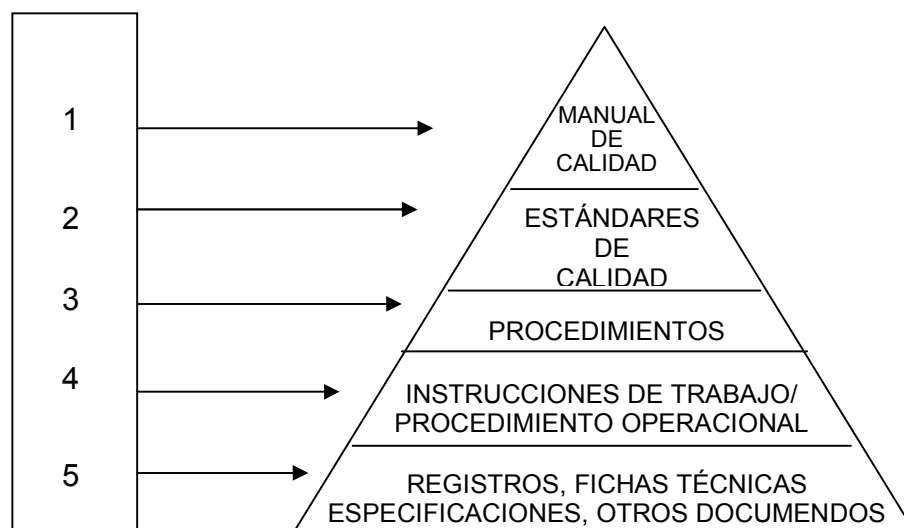
A los procesos relacionados en el mapa de procesos se les establecieron estándares de calidad, donde se clarifica el cliente, sus necesidades y contiene las especificaciones del resultado esperado, se define las partes de los procesos que se llevan a cabo en la prestación del servicio y estándares de evaluación donde se clarifica cada especificación de resultado y de las partes del proceso, qué medir, quién, dónde, cuándo y cómo medir, con el fin de que durante y al final del proceso de asegure que su operación y control sean eficaces y que se cuente con los recursos e información necesaria.

La medición y mejora se la realiza utilizando diferentes estrategias y procedimientos que se mencionan en el numeral 8.1 de este manual de calidad, los resultados obtenidos se presentan a la dirección con el fin de que se tomen acciones pertinentes para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.

4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

4.2.1 Generalidades. La documentación del servicio de consulta externa del hospital tiene una estructura jerárquica que aborda todos los temas desde lo general hasta lo específico, se encuentra dividida en 5 niveles. Los diferentes documentos conforman lo que suele llamarse “pirámide documental” del Sistema de Garantía de Calidad.

Pirámide documental



Se realiza una descripción de cada uno de estos niveles para facilitar su aplicación por parte de los funcionarios del Hospital.

NIVEL	DOCUMENTO	DESCRIPCIÓN
1	Manual de calidad	Es el documento de mayor nivel jerárquico, el cual soporta el sistema obligatorio de calidad.
2	Estándares de calidad	Son documentos que se elaboran con el objeto de unificar conceptos, clarificar y simplificar el trabajo, de tal manera que sea conveniente y benéfico para las personas involucradas, permite identificar responsabilidad, método para hacer algo, autoridad, la secuencia de las operaciones, la inspección requerida en cada actividad, procedimientos, instrucciones y recursos utilizados.
3	Procedimientos	Los procedimientos que están documentados en el sistema

		obligatorio de garantía de calidad, se constituyen en la documentación básica utilizada para la planificación de la calidad de los procesos y la gestión de las actividades.
4	Instructivos de trabajo/procedimiento operacional	Son documentos en los cuales se describen las actividades particulares que se desarrollan dentro del hospital.
5	Registro, fichas técnicas, especificaciones, otros documentos	Estos documentos son los que presentan las evidencias de las actividades desarrolladas en cada uno de los procesos.

4.2.1 Manual de calidad

Este manual de calidad presenta una estructura dividida en nueve capítulos, en los tres primeros se realiza una presentación del manual, se establece el objetivo, alcance, exclusiones y se realiza una descripción de la institución y la forma de control del manual. A partir del capítulo cuarto hasta el capítulo ocho se establece la forma como se da cumplimiento a los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad que el servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón utiliza para orientar las actividades que dan cumplimiento a cada uno de los requisitos de las mismas, así como las exigencias de nuestros usuarios, las legales y reglamentarias.

La interacción de los procesos se encuentra definida en el mapa de procesos [APÉNDICE G](#), adicionalmente se establecen los procedimientos necesarios para el cumplimiento de los requisitos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para un hospital del primer nivel de complejidad.

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

La dirección del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón Putumayo está conciente de la importancia de ofrecer al cliente un servicio de excelente calidad, por este motivo se realiza el compromiso en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en el servicio de consulta externa, así como a su mejora continua, el cumplimiento de los objetivos de calidad, realizar las auditorías internas, según sean programadas para verificar el cumplimiento del sistema, llevar a cabo las acciones correctivas y preventivas para la eliminación de no conformidades y lograr satisfacer íntegramente a los usuarios.

Así mismo, la dirección del hospital se compromete a revisar los elementos del sistema obligatorio de garantía de calidad en cuanto a su validez y actualización teniendo en cuenta los cambios en las normas y requisitos a cumplir teniendo como base el procedimiento control de documentos. También se debe evaluar constantemente la política y objetivos de calidad teniendo en cuenta la evolución del sistema.

La dirección también se compromete con el personal involucrado dentro del servicio de consulta externa del hospital en ofrecer capacitación en cuanto a calidad se refiere, con el fin de obtener mejores resultados en el sistema y lograr que los empleados se comprometan y tomen conciencia de la importancia de la prestación de un buen servicio.

5.2 ENFOQUE AL CLIENTE

La dirección del hospital con el propósito de asegurar un enfoque al cliente cuenta con la unidad de atención al usuario por medio del trabajo de ésta como se indica en el numeral 3.3.1, y el servicio de consulta externa ofrece información oportuna para dar cumplimiento a este requerimiento, se compromete a velar por el cumplimiento de los derechos y requerimientos de los clientes, se encarga de hacer la recepción de información y brindar el asesoramiento que ellos requieran, se realiza un manejo a sus reclamos, y un estudio permanente acerca de la satisfacción.

Su trabajo se enfoca en el cliente ya que la satisfacción de éste es un punto esencial para el cumplimiento de la política.

Para el trabajo se cuenta con el procedimiento respuesta a los usuarios, el procedimiento conocimiento de necesidades y expectativas, el procedimiento interpretación de necesidades y expectativas y el procedimiento estudio de satisfacción del usuario.

5.3 POLÍTICA DE CALIDAD

La alta dirección y el coordinador de servicios asistenciales plantean el compromiso con el sistema obligatorio de garantía de calidad a través de la política de calidad, esta política es revisada y aprobada por el comité de calidad tal y como se define en el punto 3.1.2 de este manual, su definición: El Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E. de Villagarzón Putumayo, satisface las necesidades y expectativas de salud de sus usuarios, cumpliendo con los estándares de calidad exigidos, con el recurso humano idóneo, competente y comprometido con la calidad del servicio y el mejoramiento continuo de sus procesos.

La política se hace realidad con los objetivos y metas concretas y con indicadores que se usarán para el seguimiento de estas metas.

Con el fin de realizar la formulación, aprobación, difusión, implementación y mantenimiento de la política de calidad, se ha desarrollado el instructivo de despliegue de la política de calidad donde se especifican los responsables, los métodos utilizados y los documentos y registros necesarios.

5.4 PLANIFICACIÓN

5.4.1 Objetivos de calidad

Los objetivos del servicio de consulta externa del hospital son un medio por el cual se hace realidad la política de calidad y están definidos por:

Mejorar la satisfacción del cliente.

Dar cumplimiento de los estándares de calidad.

5.4.2 Planificación del sistema obligatorio de garantía de calidad

La planificación del sistema obligatorio de garantía de calidad se logra a través del trabajo realizado por el comité de calidad del servicio de consulta de externa, con la definición de objetivos y metas y su despliegue a cada servicio del hospital tal y como se indica en el numeral 3.1.2 de este manual.

La planificación del sistema se realiza con el propósito de cumplir con las especificaciones realizadas en el numeral 4.1 de este manual, estas especificaciones están documentadas en los diferentes procesos y procedimientos estándares e instrucciones donde se determinan las diferentes actividades y sus responsables, también se relacionan los registros generados de esas actividades.

En la planificación del sistema se tiene en cuenta la caracterización de procesos. Adicionalmente se verifican los estándares de calidad exigidos por el sistema obligatorio de garantía de calidad APÉNDICE definidos para cada proceso prioritario del hospital con el fin de identificar si los indicadores propuestos se están cumpliendo y las actividades se están realizando de acuerdo a lo planeado, y poder de esta manera buscar oportunidades de mejoramiento.

Una parte de la planificación de la calidad es la actualización y control de la documentación generada en el sistema como son los procedimientos, estándares, instructivos y registros generados, esta actividad se realiza de acuerdo a lo descrito en el numeral 4.2.3 de este manual.

En la planificación de los cambios del sistema es necesario realizar unas revisiones periódicas por la dirección numeral 5.6 de este manual y unas auditorías de calidad numeral 8.2.2 de este manual.

El servicio de consulta externa del hospital planifica la calidad con la participación de todo el personal, siendo el principal responsable el comité de calidad quien es el responsable de la investigación y para lo referente a la adopción de las diferentes normas referentes al manejo de historias clínicas, se concerta con el Comité de Historias Clínicas del Hospital.

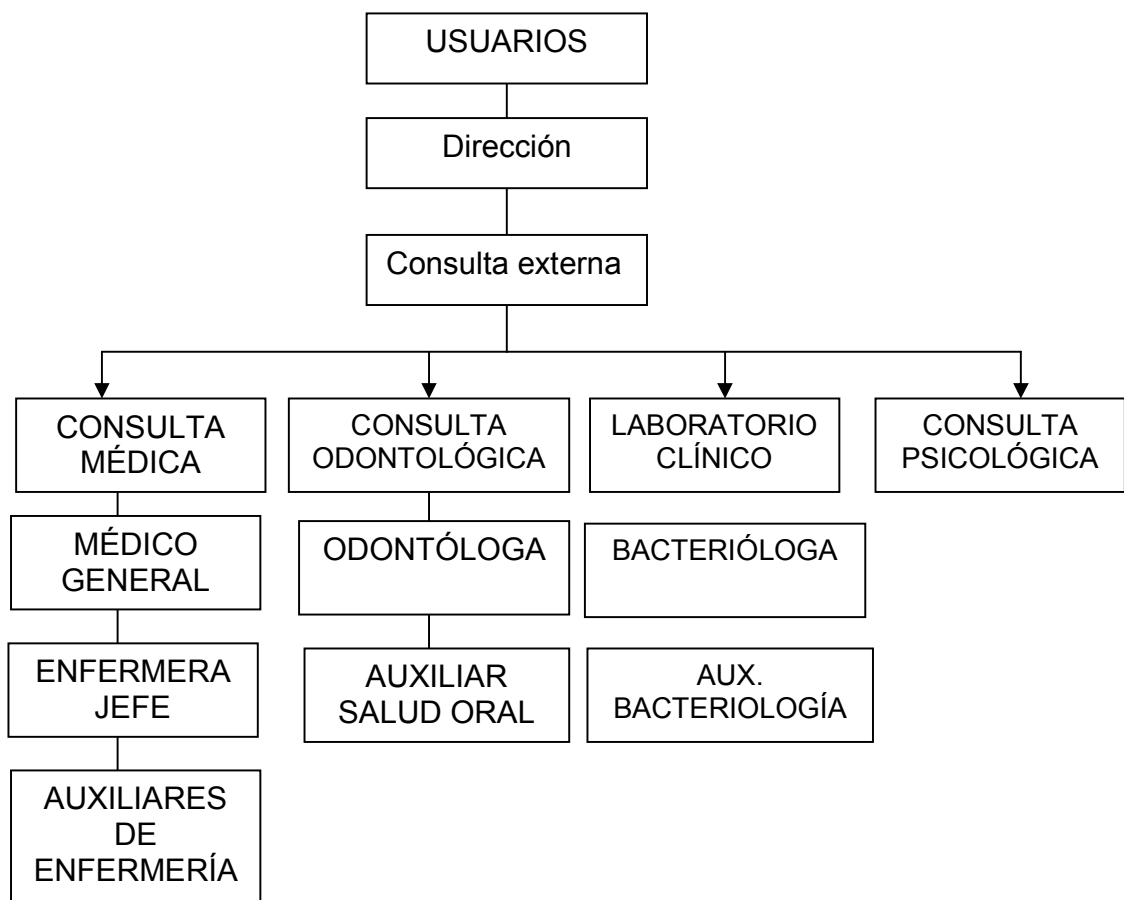
5.5 RESPONSABILIDAD AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

5.1.1 Responsabilidad y autoridad

La responsabilidad y autoridad de los elementos que componen la estructura del servicio de consulta externa del hospital se encuentran definidos en los diferentes procedimientos, estándares en los cuales se sustenta el sistema obligatorio de garantía de calidad, también la responsabilidad y autoridad de los trabajadores del servicio de consulta externa del hospital se establecen en el manual de perfiles por cargo definida para la institución. Adicional a esto se establece un organigrama donde se encuentra determinada la estructura jerárquica de la Institución.

5.5.1.1 Organigrama

El organigrama del servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel E.S.E de Villagarzón Putumayo muestra la estructura de la organización o el ordenamiento jerárquico, según el cual se especifica la función que cada uno debe ejecutar en la institución. Se indican las líneas de autoridad y responsabilidad, así como también los canales de comunicación y supervisión que acoplan las diversas partes del servicio.



	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO PL-MC-001	PÁGINA
---	--------------------------	-----------------------------	---------------

5.5.2 Representante de la dirección

El coordinador de calidad del hospital se ha designado como representante de la dirección para el sistema de obligatorio de garantía de calidad, a quien aparte de las responsabilidades que le son propias como coordinador le corresponden las siguientes actividades:

Aseguramiento de la implantación, seguimiento y mantenimiento de los procesos establecidos por el Sistema obligatorio de Garantía de Calidad para el servicio de consulta externa.

Informar a la dirección acerca del funcionamiento del sistema. Plantea a la dirección las posibles necesidades de recursos y las posibles mejoras.

Promueve y asegura que todos los procesos y procedimientos del servicio de consulta externa del hospital y sus responsables entiendan los requisitos de los clientes y se involucren con el fin de lograr su satisfacción.

5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

Para hacer efectiva la revisión por la dirección en el hospital se cuenta con el procedimiento revisión por la dirección, en el cual se establecen los parámetros para la revisión mensual y anualmente del sistema, con el fin de llevar a cabo la actualización pertinente y poder cumplir con todos los requerimientos de los clientes y los propios del sistema obligatorio de garantía de calidad.

La dirección del hospital ejerce un control sobre los diferentes procesos mediante la revisión de los planes detallados de calidad del servicio de consulta externa, en este caso el plan, por medio del cual se verifica el cumplimiento de las etapas y el desempeño de los responsables.

5.6.1 Entradas para la revisión

La dirección del hospital convoca a los responsables de los procesos para que se le facilite la información requerida para realizar la revisión por la dirección del sistema, las entradas deben ser:

- Los resultados de auditorias.
- Retroalimentación de los clientes.
- Desempeño de los procesos y conformidad del producto.
- Situación de las acciones correctivas y preventivas.
- Seguimiento de las acciones derivadas de las revisiones anteriores de la dirección.
- Cambios planeados que podrían afectar al sistema de gestión de garantía de calidad.
- Recomendaciones de mejora.

5.6.2 Salidas de la revisión

Los resultados obtenidos se evidencian en la información descrita en el numeral 5.6.1 de este manual, con esto se establece un plan de acción y el responsable de su aplicación con el objeto de mejorar la efectividad del sistema obligatorio de garantía de calidad del servicio de consulta externa del hospital, así como también ofrecer un servicio que satisfaga las necesidades de los clientes.

6. GESTIÓN DE RECURSOS

La dirección del hospital proporciona la cantidad de recursos técnicos y de talento humano necesarios para mantener e implementar el sistema obligatorio de garantía de calidad en el servicio de consulta externa, estos recursos son brindados oportunamente a los servicios donde se requiera, de acuerdo a la disponibilidad presupuestal con que cuenta la institución.

Principalmente los recursos brindados se utilizan en:

- El desarrollo de las actividades para la prestación de los servicios
- La planificación del sistema obligatorio de garantía de calidad.
- Educación y capacitación del personal con el fin de incrementar la competencia de los responsables de la prestación de los servicios de salud.
- Mantenimiento y compra de equipos.
- Contratación de profesionales en el área de salud.
- Adecuación de instalaciones físicas

El comité de calidad gestiona la provisión de recursos para garantizar la realización de los planes propuestos mediante la formulación de planes detallados de calidad haciendo uso del formato plan de trabajo, tal como se describe en el numeral 3.1.2 de este manual.

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO PL-MC-001	PÁGINA
---	--------------------------	-----------------------------	---------------

6.2 RECURSOS HUMANOS

6.2.1 Generalidades

La dirección del hospital es la responsable de los mecanismos utilizados para asegurar que las personas que se encuentran laborando en la institución cumplen con los requisitos para desempeñar los diferentes cargos que se desarrollan.

El hospital debe garantizar la idoneidad de las personas a quienes se les encarga prestar los servicios de salud a los pacientes, se valora permanentemente las capacidades individuales de cada trabajador mediante la aplicación de una evaluación de desempeño y con base en ella se diseñan programas de capacitación de personal, también teniendo en cuenta el resultado de la evaluación de desempeño se toma decisiones para la desvinculación o reafirmación de la vinculación del personal.

En el caso de presentarse una desvinculación de algún empleado, o la creación de un nuevo puesto de trabajo, el hospital necesita reclutar o conseguir recurso humano capacitado para desarrollar las actividades, para este propósito debe adoptar un procedimiento contratación de personal, en cuyo proceso el aspirante se debe obligatoriamente ajustar a los requerimientos establecidos en el manual de perfiles por cargo.

6.3 INFRAESTRUCTURA

El servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel, se haya ubicado en la calle 3ª No. 12-54 de Villagarzón, Putumayo. La Dirección gestiona continuamente la dotación de la infraestructura existente para dar cumplimiento a lo establecido por los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

En el hospital se cuenta con unos cargos de servicios generales referidos en el manual de perfiles por cargo (PL-DA-002) a través del cual se asegura el mantenimiento de las instalaciones físicas del hospital como son su limpieza,

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO PL-MC-001	PÁGINA
--	--------------------------	-----------------------------	---------------

adecuación de redes hidráulicas, eléctricas, etc., y se sigue la programación de mantenimiento preventivo, que se evidencia con el documento MA-PO-001.

Cada puesto de trabajo es dotado por la infraestructura necesaria tanto de espacio físico como de maquinaria y equipo, para el desarrollo pleno de sus funciones y cumplir con todos los requerimientos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

6.4 AMBIENTE DE TRABAJO

En el hospital se ha generado a través de la dotación de infraestructura, condiciones ambientales propicias para el personal de manera que el desarrollo de las funciones sea confortable, mejorando la satisfacción del empleado.

Los empleados reciben una formación permanente basada en el procedimiento inducción y capacitación (PL-PR-007), en temas relacionados con accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, se informa acerca de los riesgos existentes y de las medidas de adecuación y prevención que es necesario tomar.

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO

7.1 PLANIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El Hospital ha definido una política de calidad y unos objetivos de calidad (numerales 5.3 y 5.4.1) de este manual), que son un instrumento para realizar la planificación de la prestación de los servicios de salud que se ofrecen en el hospital.

Además se han establecido dentro del sistema obligatorio de garantía de calidad una serie de procedimientos, plan de calidad y estándares de procesos prioritarios, que definen como se cumplirán los requisitos establecidos en cada proceso. Estas herramientas forman parte de la planificación del sistema obligatorio de calidad del hospital y es necesario que sean implantadas eficientemente para asegurar el correcto desarrollo de las actividades en pos de la prestación de un buen servicio.

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO PL-MC-001	PÁGINA
---	--------------------------	-----------------------------	---------------

7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el cliente

La determinación de los requisitos de los clientes se realiza a través de la información recogida en el buzón de sugerencias, el procedimiento necesidades y expectativas de los clientes, ubicado en consulta externa y del trabajo de la oficina de atención al usuario, donde una de las actividades es la identificación e interpretación de las necesidades y expectativas de los clientes, tal y como se relaciona en el numeral 3.4.1 de este manual.

Revisión de los requisitos relacionados con el cliente

Los requisitos de los servicios de consulta externa del hospital son revisados para asegurar que se presten de acuerdo a lo establecido por los clientes.

En la prestación de cada uno de los servicios de salud se realiza un seguimiento continuo a través de los diferentes indicadores propuestos, con el seguimiento continuo a través de los diferentes indicadores propuestos, con el fin de garantizar su adecuada realización, cumplimiento con las especificaciones, y verificar el grado de satisfacción del cliente.

7.2.3 Comunicación con el cliente

El servicio de consulta externa realiza la comunicación con el cliente haciendo uso de diferentes medios, como contacto directo, llamadas telefónicas, formatos de satisfacción y por medio de reuniones, donde se hace de manera efectiva la recepción de sugerencias, solicitudes, reclamos e inquietudes, pudiéndose además emitir información relacionada con los logros obtenidos acerca del sistema obligatorio de garantía de calidad.

7.3 DISEÑO Y DESARROLLO

Este punto del Sistema de Gestión de Calidad no aplica en la institución.

7.4 COMPRAS

7.4.1 Proceso de compras

No aplica para el servicio. Los requerimientos se tramitan directamente a dirección.

7.5 PRESTACIÓN DEL SERVICIO

7.5.1 Control de la prestación del servicio

Para ejercer un control eficaz sobre los servicios de salud que se prestan en el servicio de consulta externa del Hospital San Gabriel Arcángel se han documentado los procesos, se han establecido procedimientos y protocolos necesarios para el desarrollo de dichos procesos.

La documentación de los procesos incluye la caracterización de procesos y los estándares de calidad de los mismos, donde se encuentran las especificaciones con las cuales debe cumplir cada proceso (Apéndice I). Igualmente se encuentran las especificaciones de los pasos y los estándares de evaluación definidos.

7.5.2 Validación de los procesos y la prestación del servicio

La validación de los procesos existentes puede ser ejecutada haciendo uso de los diferentes métodos de seguimiento como estándares de calidad, plan de calidad, en cualquier instante de su realización, o al finalizar la prestación de los diferentes servicios de salud. Un punto a tener en cuenta son las necesidades y expectativas de los usuarios vs. las especificaciones de los servicios prestados.

7.5.3 Identificación y trazabilidad

El servicio de consulta externa hospital conoce los datos de interés a través de todos los documentos relacionados a cada proceso y los registros generados durante la prestación del servicio. Se puede identificar al usuario, el servicio prestado a ese usuario, los procedimientos que le fueron realizados y las características de estos procedimientos, esto permite obtener una trazabilidad de los servicios como de los procesos y actividades que se desarrollan.

7.5.4 Propiedad del cliente

Los bienes que son propiedad del cliente son identificados y protegidos con el fin

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO PL-MC-001	PÁGINA
---	--------------------------	-----------------------------	---------------

de guardar su confidencialidad e integridad, los bienes son principalmente: Resultado de exámenes que son solicitados para apoyar la prestación del servicio, la indumentaria del usuario. Cuando se presente cualquier tipo deterioro o pérdida de los productos que son propiedad del cliente se comunicará inmediatamente de esta situación.

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 GENERALIDADES

El coordinador de calidad es el responsable de hacer la recolección de información relacionada con la calidad de los procesos del servicio de consulta externa del hospital tal y como se indica en el numeral 3.3.1 de este manual.

Las actividades de seguimiento y medición del sistema obligatorio de garantía de calidad son las descritas en el numeral 7.1 planificación de la prestación del servicio y en el numeral 7.5 prestación del servicio, correspondientes al manual. Además se da pleno cumplimiento con la realización de actividades relacionadas en el numeral 8.2.

Para el análisis y la mejora de los procesos descritos en el sistema de garantía de calidad se cuenta con los siguientes procedimientos:

Auditorías internas de calidad
Control del producto no conforme
Acciones correctivas
Mejoramiento de calidad

El sistema se controla mediante los estándares establecidos, donde están relacionados los indicadores con el propósito de identificar las metas, los recursos utilizados y los responsables y posteriormente realizar una mejora a los procesos. [APÉNDICE Jconsultaext.doc](#) Para lograr una mejora continua, también se realiza una revisión periódica de todo el sistema obligatorio de garantía de calidad en el servicio de consulta externa.

	MANUAL DE CALIDAD	CÓDIGO PL-MC-001	PÁGINA
---	--------------------------	-----------------------------	---------------

8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

8.2.1 Satisfacción del cliente

De acuerdo a las necesidades y expectativas de los usuarios, el servicio de consulta externa del hospital plantea mediante los diferentes planes de acción y de calidad mecanismos para el cumplimiento de esas necesidades y expectativas, así como también las estrategias para lograr la satisfacción del usuario, y se proponen indicadores que permitan realizar un seguimiento continuo sobre los servicios ofrecidos y sea posible tomar acciones correctivas y preventivas si es necesario.

El servicio de consulta externa del hospital utiliza mecanismos como el buzón de sugerencias y el cuestionario de satisfacción, con el fin de medir el grado de cumplimiento de la institución frente a las necesidades y expectativas planteadas por los clientes. Se realiza un estudio acerca de la satisfacción del usuario siguiendo las pautas establecidas en el procedimiento satisfacción del usuario.

A fin de cada mes se reúne esta información y se analiza, logrando identificar los logros que se obtuvieron respecto al periodo anterior y tomar acciones de acuerdo a los resultados.

8.2.2 Auditoria interna

En el sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema del servicio de consulta externa hospital se cuenta con un procedimiento de auditorias internas de calidad, en donde se indican todos los pasos que se deben seguir para la planeación, ejecución y documentación de una auditoria interna.

Las auditorias son planificadas haciendo uso del registro plan de auditorias, los resultados de las auditorias son registrados en el informe de auditorias que se tiene en cuenta para la toma oportuna de acciones correctivas, para la solución de las causas de las no conformidades encontradas.

Estas auditorias son realizadas por personal calificada independiente al área que se audita, con el propósito de garantizar la objetividad en la realización.

Los puntos más relevantes evaluados en una auditoria son los concernientes a:

- Los estándares de calidad básicos del sistema obligatorio de garantía de calidad concernientes del sistema único de habilitación.
- Los estándares de calidad y evaluación propios del hospital
- La gestión de salud mediante indicadores trazadores de calidad de la atención.
- Implantación, operación y mantenimiento del sistema obligatorio de garantía de calidad.

8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos

Por medio de los indicadores propuestos en el plan detallado de mejoramiento de la calidad [APENDICE F](#), el servicio de consulta externa del hospital a través del comité de calidad está en la capacidad de medir la eficiencia del sistema obligatorio de garantía de calidad, por medio del seguimiento de las actividades en los diferentes procesos que se desarrollan en el servicio de consulta externa del hospital, para este propósito se utilizará el formato seguimiento al plan de mejoramiento.

Cuando al momento de la medición de los diferentes indicadores no se encuentre un cumplimiento completo con las metas establecidas se implantaran acciones ya sean correctivas o de mejora con el fin de alcanzar los objetivos propuestos en cada proceso.

8.2.4 Seguimiento y medición del servicio

La actividad económica del hospital es la prestación de servicios de salud y debido a las características intrínsecas de estos servicios, las actividades de seguimiento y medición de los procesos y del servicio tienen gran similitud. Ya que para cada proceso prioritario se encuentran definidos unos indicadores los cuales están encaminados a lograr la prestación de un servicio de salud con calidad.

8.3 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME

Para la identificación, tratamiento y disposición de los servicios no conformes, el servicio de consulta externa del hospital cuenta con el procedimiento control de producto/servicio no conforme, mediante el cual se garantiza el no uso, o en este caso la no prestación de servicio, en condiciones en que no se cumpla con los requisitos mínimos para ofrecerlo. El procedimiento también garantiza el mejoramiento continuo en la prestación de servicios y en el cumplimiento con el sistema obligatorio de garantía de calidad. Aquí se establecen los responsables de la identificación de las no conformidades y de su tratamiento, así como también los documentos mediante los cuales se puede realizar un control y manejo de las

no conformidades como son el registro control de producto/servicio no conforme y registro de reclamaciones.

8.4 ANÁLISIS DE DATOS

En el servicio de consulta externa del hospital se registran todos los datos generados en la prestación de los servicios y algunos de estos son proyectados para identificar la tendencia que presentan.

Se recopila y analiza los datos generados en la prestación de los servicios de salud, principalmente los relacionados con

- Satisfacción del cliente
- Cantidad de consultas y procedimientos realizados en el período

También se recopila y analiza información relacionada con:

- La conformidad de los requisitos establecidos por los clientes y por el sistema obligatorio de garantía de calidad.
- Las características y tendencia de evolución de los procesos.

Toda la información antes mencionada se tabula y analiza y de acuerdo a los resultados obtenidos de este análisis se puede tener las bases suficientes para tomar decisiones o realizar acciones, ya sean correctivas, preventivas o de mejora.

8.5 MEJORA

8.5.1 Mejora continua

El procedimiento de mejoramiento no solo se enfoca en corregir las fallas encontradas en las actividades de los procesos, sino que es necesario que se prevengan los errores potenciales o futuros, para esto es muy útil en análisis de la información relacionada en el numeral 8.4 de este manual, ya que con sus resultados se puede proyectar el funcionamiento y comportamiento de los diferentes procesos y de sus características.

8.5.2 Acciones correctivas

El servicio de consulta externa realiza acciones de tipo correctivo para eliminar las causas de no conformidades y de esta manera garantizar la calidad en los procedimientos, actividades y en los diferentes mecanismos efectuado en forma

previa y durante la prestación del servicio. Para este fin se cuenta con el procedimiento realizado de acciones correctivas cuyo objeto es asegurar el resultado del proceso de atención.

Este procedimiento se aplica a las no conformidades encontradas mediante las auditorías internas de calidad, el procedimiento de producto no conforme, procedimiento de conocimiento de necesidades y expectativas, cuestionario de satisfacción, entre otros.

En la realización de acciones correctivas se tiene en cuenta o se evalúan principalmente los siguientes puntos:

- Las políticas y procedimientos sobre el curso de la atención al paciente.
- Estándares de los procesos
- Protocolos y guías de atención médica.
- Capacitación al personal.

Las acciones correctivas establecidas serán objeto de un seguimiento para determinar la eficacia en la solución del problema, para este propósito se utiliza el registro informe y seguimiento de acciones correctivas.

8.5.3 Acciones preventivas

En el servicio de consulta externa del hospital realiza actividades de tipo preventivo basándose en el procedimiento acciones preventivas, este procedimiento comienza con la identificación de un riesgo potencial para los procesos o servicios prestados en la institución, esta identificación se la realiza de manera similar a las acciones correctivas.

Este procedimiento garantiza la calidad en los servicios en forma previa a su prestación.

Estas acciones preventivas también serán objeto de un seguimiento, haciendo uso del registro informe y seguimiento de acciones preventivas, para determinar su eficacia en la solución del problema potencial.

9. DEFINICIONES

A continuación se relacionan algunos términos importantes para una mayor comprensión de este manual.

Auditorías de calidad: es un examen, que realiza el hospital a través de la oficina de auditoría médica para determinar si las actividades de calidad y los

resultados de los procesos especialmente los de atención cumplen con los requerimientos propuestos.

Clientes internos: individuos o proceso dentro del propio hospital, los cuales reciben productos o servicios para utilizarlos en el trabajo.

Clientes externos: usuario individual de los servicios de salud del hospital, en ocasiones los clientes también pueden ser las diferentes instituciones con las cuales se tienen establecidos convenios de servicio como son las EPS.

Manual de calidad: documento en el cual se especifica el sistema obligatorio de garantía de calidad del hospital.

Política de calidad: intenciones globales del hospital formuladas por la dirección, la cual ofrece una orientación para el desarrollo de los diferentes planes de calidad de la institución.

Registro: documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades desempeñadas.

Reclamación: manifestación e insatisfacción, la cual exige una respuesta o comprensión por parte de la institución.

No conformidad: incumplimiento de un requisito especificado, puede ser un requisito proveniente del cliente, un problema de alguna etapa de la prestación del servicio, o una deficiencia en el sistema obligatorio de garantía de calidad.

Acción correctiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada en el hospital.

Acción preventiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad potencial.

Procedimiento: forma especificada de llevar a cabo una actividad o un proceso.

Protocolo: documento en el que se especifican los procedimientos que debe seguirse en la prestación de un determinado servicio.

Tratamiento: cuidado o atenciones prestadas a un paciente con el objeto de prevenir, combatir y mejorar una enfermedad, un trastorno o una lesión.

Calidad: grado en el que un conjunto de características y propiedades cumplen con los requisitos en la prestación de los servicios de salud.

Usuario: cualquier individuo, familia, grupo o comunidad que recibe cuidados, servicios o tratamientos de la institución.

Satisfacción del cliente: percepción del cliente sobre el grado en que el hospital ha cumplido con sus requisitos.

SGSSS: sigla utilizada para identificar el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Idoneidad del talento humano: desarrollo de competencias profesionales de los trabajadores del hospital.

8. CONCLUSIONES

El autodiagnóstico aplicando el anexo Técnico No. 1 de la Resolución 1043 de 2006, dio una perspectiva clara acerca del grado de cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en el servicio de consulta externa, a través del cual se encontraron las bases fundamentales para direccionar el trabajo con el objeto de dar cumplimiento al Decreto 1011 de 2006 para habilitación del servicio en el Hospital San Gabriel Arcángel de Villagarzón Putumayo.

De los hallazgos del audiagnóstico y el DOFA aplicado al servicio de consulta externa del Hospital, se procedió a dar cumplimiento de los estándares exigidos y se elaboró el manual de calidad para el servicio de Consulta Externa.

Los estándares de calidad definidos contribuirán a obtener un mayor control sobre los procesos, mediante el seguimiento con indicadores y a identificar de manera efectiva fallas y a tomar acciones pertinentes. Todo esto permitirá ofrecer un servicio acorde a las necesidades de los clientes para dar cumplimiento a lo dispuesto por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

9. RECOMENDACIONES

Aplicar los estándares del Sistema obligatorio de garantía de calidad formulados, con el fin de cumplir con las rutinas de trabajo y evitar su alteración por fallas o errores, facilitar las labores de auditoria y ofrecer un servicio acorde a las exigencias del Sistema de Obligatorio de Garantía de Calidad y a los requerimientos de los usuarios.

Fortalecer el comité de calidad, puede servir de apoyo en el trabajo de todos los procesos del hospital para dar cumplimiento a las disposiciones legales promulgadas por el estado.

Continuar con el enriquecimiento del presente trabajo, el cual se constituye en una herramienta fundamental para la evaluación que debe realizar la Secretaría de Salud para su habilitación.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- (1) Boorstin, Daniel J. citado por ICONTEC. Guía básica para implementar un sistema de Gestión de Calidad.
- (2) Instituto Colombiano de Normas Técnicas. ICONTEC. Normas ISO 9000:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad Fundamentos y Vocabularios. Bogotá: Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. p. 21-83:235
- (3) ARTURO NELSON. Productividad para la competitividad. Pasto Universitaria. UNARIÑO, 1997. p. 57: 97
- (4)ARTURO NELSON. Productividad para la competitividad. Pasto Universitaria. UNARIÑO, 1997. p. 57:97
- (5) ARTURO NELSON. Ibíd. p. 57: 97
- (6) Instituto Colombiano de Normas Técnicas. ICONTEC. Guía básica para la acreditación en salud. Servicios de Diseño ICONTEC. Santafé de Bogotá, 2004. 21-65:172
- (7) Colombia. Ministerio de Seguridad Social. Decreto 1011 de abril 3 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El mismo ministerio. 2006.
- (8) Colombia. Alcaldía de Bogotá. Guía práctica para la habilitación y certificación de prestadores de servicio de salud. Decreto 1011 y Resolución 1043 de 2006, Resoluciones 2680 y 3763 de 2007. (sitio en internet) <http://saludbogotá.gov.co>. Consultado en julio de 2008.
- (9) Organización panamericana de la salud. Unidad de políticas y Sistemas de Salud, Análisis de La Reforma del Sector Salud en los Países de la Región Andina; Julio 2002.
- (10) Espacio Abierto, ¿Qué enseña Reforma Colombiana Sobre los Mercados de Salud?; Pag 65, Restrepo Zea J.2004