

**AUDITORIA INTERNA PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN EL
HOSPITAL ÁLVARO RAMÍREZ GONZÁLEZ DE SAN MARTÍN CESAR EN EL
AÑO 2017**

**SAÚL FERNANDO CELIS LOAIZA
OSCAR FERNANDO GALAN REMOLINA
PEDRO ALFONSO JAIME MIRANDA
MARTHA ISABEL MORENO DUARTE**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
CONVENIO UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
BUCARAMANGA
AÑO 2017**

**AUDITORIA INTERNA PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN EL
HOSPITAL ÁLVARO RAMÍREZ GONZÁLEZ DE SAN MARTÍN CESAR
AÑO 2017**

**SAÚL FERNANDO CELIS LOAIZA
OSCAR FERNANDO GALAN REMOLINA
PEDRO ALFONSO JAIME MIRANDA
MARTHA ISABEL MORENO DUARTE**

**DIRECTOR DEL PROYECTO
BEATRIZ ELENA GÓMEZ VÁSQUEZ**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
CONVENIO UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
BUCARAMANGA
AÑO 2017**

CONTENIDO

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 7 |
| 1.1. | ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN | 7 |
| 1.2. | JUSTIFICACIÓN | 8 |
| 2. | MARCO TEORICO..... | 11 |
| 2.1. | MARCO CONCEPTUAL | 11 |
| 2.1.1 | Atención en Salud | 19 |
| 2.1.2 | Calidad de la atención en salud | 19 |
| 2.1.3 | Mejoramiento continuo de la calidad | 19 |
| 2.1.4 | Planear (P) | 20 |
| 2.1.5 | Hacer (H)..... | 21 |
| 2.1.6 | Verificar (V) | 21 |
| 2.1.7 | Actuar (A) | 21 |
| 2.1.8 | Atención centrada en el cliente | 21 |
| 2.1.9 | Planear con enfoque sistémico. | 22 |
| 2.1.10 | Ejecutar con enfoque sistémico..... | 22 |
| 2.1.11 | Evaluar con enfoque sistémico..... | 23 |
| 2.1.12 | Hacer seguimiento con enfoque sistémico..... | 23 |
| 2.2. | MARCO NORMATIVO | 23 |
| 2.3. | MARCO CONSTITUCIONAL | 29 |
| 2.3.1. | Objetivos estratégicos | 30 |
| 2.3.2. | Misión Institucional | 30 |
| 2.3.3. | Visión Institucional..... | 31 |
| 2.3.4. | Organigrama Institucional. | 31 |
| 2.3.5. | Aspectos administrativos..... | 33 |
| 2.3.6. | Planeación estratégica | 34 |
| 2.3.7. | Oferta de servicios prestados y habilitados..... | 38 |
| 3. | OBJETIVOS | 41 |
| 3.1. | OBJETIVO GENERAL | 41 |
| 3.2. | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 41 |
| 4. | METODOLOGÍA..... | 42 |
| 4.1. | TIPO DE INVESTIGACIÓN | 42 |

| | | |
|--------|--|-----------|
| 4.2. | POBLACIÓN | 43 |
| 4.3. | MUESTRA..... | 43 |
| 4.3.1. | Criterios de inclusión | 43 |
| 4.3.2. | Criterios de exclusión | 43 |
| 4.4. | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | 43 |
| 4.5. | PRUEBA PILOTO | 45 |
| 4.6. | MATRIZ DE PLANIFICACIÓN..... | 46 |
| 4.7. | PLAN DE DIVULGACIÓN | 49 |
| 4.8. | CONSIDERACIONES ÉTICAS | 49 |
| 4.8.1. | Beneficios que recibirá la población seleccionada y beneficios para la sociedad | 49 |
| 4.8.2. | Riesgos contemplados | 50 |
| 4.8.3. | Forma de presentación de los resultados del proyecto | 50 |
| 4.8.4. | Formatos que serán usados en el proyecto. | 50 |
| 4.8.5. | Formato de compromiso de confidencialidad de los estudiantes diligenciado..... | 51 |
| 4.8.6. | Impacto ambiental ocasionado por el proyecto. | 51 |
| 4.8.7. | Medidas para afrontar las complicaciones (accidentes durante la realización de los procedimientos)..... | 51 |
| 4.8.8. | Forma establecida para dar a conocer los resultados y planes de uso de los resultados del proyecto. | 51 |
| 5. | ASPECTOS ADMINISTRATIVOS | 52 |
| 5.1. | FICHA TÉCNICA DEL PROYECTO..... | 52 |
| 6. | RESULTADOS | 62 |
| 6.1. | PLAN DE INTERVENCIÓN | 68 |
| 7. | CONCLUSIONES..... | 78 |
| 8. | RECOMENDACIONES | 80 |
| | BIBLIOGRAFÍA | 82 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. DOFA Hospital Álvaro Ramírez González | 35 |
| Tabla 2. Procesos de Evaluación en el Hospital Álvaro Ramírez González, 27 de septiembre de 2017 | 37 |
| Tabla 3. Portafolio de servicios habilitados por punto de atención y horarios en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, año 2012 | 39 |
| Tabla 4. Fases y actividades de la auditoría en el Hospital Álvaro Ramírez González, 2017..... | 44 |
| Tabla 5. Matriz de planificación de auditoria interna al servicio de consulta externa del Hospital Local Álvaro Ramírez González del Municipio de San Martín Cesar, 2017..... | 47 |
| Tabla 6. Plan de divulgación del estudio de auditoria interna en el servicio de consulta externa del Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar | 49 |
| Tabla 7. Ficha técnica del proyecto titulado Auditoria interna para el servicio de consulta externa en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, año 2017 | 53 |
| Tabla 8. Plan de intervención de mejoramiento continuo del hospital Álvaro Ramírez González, septiembre 2017..... | 70 |

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

El Diccionario de Ciencias Médicas Dorland, define el Hospital como una institución pública o privada, organizada, atendida y dirigida por personal competente y especializado, cuya misión es la de proveer, en forma científica, eficiente, económica o gratuita, los complejos medios necesarios para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades(1). Para ello se debe contar con elementos y dependencias destinados a la preparación de profesionales especializados en los diversos campos de la ciencia médica, con personal técnico auxiliar, y ha de mantener contacto con otros hospitales, escuelas de medicina y cualquier otra institución empeñada en el cuidado y en el mejoramiento de la salud pública(2,3).

Para la Organización Mundial de la Salud, el Hospital es la parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar(2).

Entre los servicios prestados por los Hospitales se incluyen, el servicio de consulta externa, el cual está destinado a la recepción, valoración, examen y tratamiento de los pacientes que por su patología no requieren atención médica de urgencias; donde uno de los aspectos más importantes es la atención del paciente con calidez y profesionalismo, buscando mejorar la calidad de vida de todos los usuarios(4,5).

El Hospital Álvaro Ramírez González es una Empresa Social del Estado situado en el municipio de San Martín Cesar que contribuye al bienestar y la calidad de vida de sus usuarios, a través de la prestación de servicios de salud de baja

complejidad, haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en pro de la satisfacción de los usuarios y sus familias, mediante la atención humanizada y el mejoramiento continuo(6). Uno de los principales problemas que afronta toda institución que presta asistencia a diferentes poblaciones está relacionado directamente con la calidad de los servicios prestados, situación que se presenta en el servicio de consulta externa del Hospital Álvaro Ramírez González ya que los usuarios presentan quejas, las cuales deterioran la imagen institucional poniendo en tela de juicio la calidad de atención(7,8).

El Hospital Álvaro Ramírez González promueve la participación de la comunidad a través de encuestas de satisfacción permitiendo conocer los puntos críticos de los servicios. Durante el año 2016 se realizaron en el servicio de consulta externa 27462 atenciones identificando mediante encuestas que las quejas más frecuentes de los usuarios son demora en la atención (55%), insatisfacción en los servicios recibidos (28%) y falta de personal médico (17%), estas quejas no han tenido el análisis necesario para solucionar las causas que las generan. Lo anterior motivo a la implementación de acciones de mejora como por ejemplo: herramientas o instrumentos de auditoría, plan de auditoría con análisis de causas, priorización y planes de intervención, que permitan solucionar las quejas de los usuarios, mejorando la imagen institucional y la prestación de un servicio de calidad(9,10).

1.2. JUSTIFICACIÓN

El concepto de calidad es un aspecto que también se aplica en las entidades prestadoras de servicios de salud, es por esta razón que se hace necesario implementar procesos internos que busquen el fortalecimiento y el desarrollo institucional; el Hospital Álvaro Ramírez González no ha sido ajeno a presentar deficiencias en la prestación de los servicios de salud, especialmente en lo que se

refiere al servicio de consulta externa, donde se observan quejas por parte de los usuarios, generando una imagen de mala calidad en la prestación del servicio.

El incumplimiento en la capacidad instalada, por parte del recurso humano en el servicio de consulta externa del Hospital Álvaro Ramírez González afecta directamente al atributo de calidad de accesibilidad, esto ocasiona una insuficiente calidad en los servicios e insatisfacción del usuario. Saucedo-Valenzuela et al(11) Señala que se han documentado varios factores que afectan en la calidad percibida y la satisfacción del usuario: el tiempo excesivo de espera, trato del personal médico, deficiente información.

De mejorar este aspecto de manera relevante en el Hospital Álvaro Ramírez González, se hace necesario desarrollar una auditoria interna en el servicio de consulta externa, en el que se evalúen aspectos como: la demanda del servicio, los motivos más comunes de consulta, las causas de inasistencia y de inconformidad de los usuarios(10); además de la oferta en cuanto a: capacidad, calidad, oportunidad y cumplimiento; esto con el propósito de plantear una solución óptima para las problemáticas identificadas, mejorando la imagen y la calidad en la prestación de los servicios por parte del Hospital Álvaro Ramírez González(12,13).

En el marco de las observaciones anteriores se hace necesario identificar y tratar las oportunidades de mejora con el objetivo de satisfacer las necesidades y atender los requerimientos que fortalecen los procesos de mejora continua para los pacientes y la institución respectivamente

Con la presente investigación se trata de realizar la auditoria a la calidad de la atención en el servicio de consulta externa que presta el Hospital Álvaro Ramírez González, apoyándose en instrumentos válidos y confiables que permitan identificar las diferentes fallas que se presentan en la prestación del servicio y

obtener resultados que promuevan una mejora en el servicio de consulta externa que presta este hospital; teniendo presente que los problemas de salud de las personas requieren de una debida atención, y que es de esta necesidad que nacen instituciones como esta.

2. MARCO TEORICO

2.1. MARCO CONCEPTUAL

La formulación del modelo de auditoría interna para el servicio de consulta externa en el Hospital Álvaro Ramírez González se fundamenta en consideraciones teóricas, que se constituyen en el soporte conceptual del estudio.

Tomando como referencia una atención de calidad, donde el eje principal es la auditoría médica, es necesario tener en cuenta un esquema secuencial que permita coordinar la división y coordinación del trabajo, este esquema se compone de los siguientes factores: delimitación de las acciones para alcanzar los objetivos, estructurar lógicamente las actividades agrupadas, asignación de las tareas y definición de los puestos de trabajo; este modelo asegura la calidad de la atención basada en primera medida en la auditoría médica(14).

La auditoría médica está atada a la calidad del cuidado del paciente determinado por códigos de práctica médica que datan de miles de años, a continuación, se presenta una reseña mundial, en América Latina y a nivel Colombia; la primera referencia mundial es el código de leyes Hammurabi (1.750 AC) en el que se acepta la pena del Talión (Ojo por ojo y diente por diente) y castiga severamente la negligencia(15). Otro código conocido en el área de la salud es el juramento hipocrático el cual data de 460 AC, el cual señala en uno de sus párrafos que «no practicaré la talla vesical quien no sabe hacerla» manifestando un tema de calidad(16).

Durante la Guerra en Crimea en 1.854 se presentaron 3.168 fallecimientos: 83 por heridas, 2.761 por enfermedades infecciosas y 300 por otras causas; la enfermera Florence Nightingale por método de observación pudo identificar que fuera de los hospitales se encontraba con aguas de cloaca y no había provisión de agua

potable, además propuso soluciones a corto plazo, permitiendo conocer este caso como el reporte pionero sobre calidad del cuidado médico y soluciones viables ya que en los seis meses siguientes bajó la mortalidad de 40% de soldados admitidos a los hospitales a 2%(17). En 1.914 se inician los esfuerzos para establecer estrategias hospitalarias que permitan decidir si el tratamiento fue exitoso o no, con la finalidad de prevenir errores. Posteriormente en 1.918 el Colegio Americano de Cirujanos define los criterios mínimos de acreditación en salud(16).

La calidad es entendida como un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad en la cobertura, estrategia e impacto de los servicios de salud en donde la satisfacción del usuario constituye el principal elemento en la dimensión de resultado de la atención(18).

La definición de la calidad de la atención a la salud se expresa bajo tres conceptos, el primero que calidad ~~es~~ la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien o servicio+. No hay calidad que se pueda medir por solamente la apreciación o el análisis de alguna de las partes constitutivas del servicio recibido. La calificación se hace con carácter integral, es decir, evaluando ~~todas~~ las características, funciones o comportamientos+(19).

El segundo concepto es que ~~se~~ considera un bien o un servicio con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores+. Aquellos que no lo logra, no se consideran que son de calidad. Cliente que no sale satisfecho de un consultorio de un médico, no percibirá que fue atendido de buena manera (como a él le hubiera gustado, habiendo satisfecho sus expectativas) no habrá recibido una atención ~~de~~ calidad+(20).

Por último, el tercer elemento fundamental de la definición es que la calidad es un concepto subjetivo. El grado de exigencia depende de una serie de circunstancias

siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico. En salud se sabe que las personas de bajo nivel social se conforman con ser atendidos por el profesional, no importándoles en muchos casos, tener que sufrir largos períodos de espera y que le sean otorgadas citas muy espaciadas y otras circunstancias que no son aceptadas por personas de otro nivel quienes están acostumbradas a otro tipo de atención y que por ende, exigen más(20).

Adicionalmente, la definición de calidad creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarca las perspectivas de todos estos grupos: La calidad de atención consiste en el desempeño adecuado (según los estándares) de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición(21).

Por otra parte, en la segunda mitad del siglo XIX se instauró en la Prusia de Bismarck la primera tentativa de un seguro de salud y solo en la segunda guerra mundial los gobiernos comenzaron a asumir las políticas frente al sector salud(22) partiendo de la búsqueda de contar con una cobertura mucho mayor para la población. Durante los años 70s, los países del mundo han concentrado la atención en el tema de la salud, viéndolo como un elemento esencial sobre el cual se enmarca no solo el mejoramiento del capital humano(22).

A nivel latinoamericano, en el Perú en 1.979 se presentó en el Seminario Taller sobre Auditoría Médica los resultados de auditorías de historias clínicas y casos de atención en salud reportados por el personal asistencial, concluyendo que existe una debilidad en la estandarización de protocolos para escribir la historia clínica, el funcionamiento inadecuado de los Comités de Historias Clínicas y Auditoría Médica; además propone organizar Comités de Historias Clínicas y Auditoría Médica(23).

Adicionalmente, en 1.987 se tiene la primera referencia de propuesta de inicio de Auditoría Médica en el Hospital Almenara del Seguro Social del Perú, estableciendo las bases de un Servicio de Auditoría Médica el cual es el referente obligado a nivel nacional, estableciendo el modelo único de historia clínica y la oficina de auditoría médica, con dependencia directa de la misma dirección general encargada de la inspección, auditoría médica y análisis de costos(24). Posteriormente se presenta una propuesta denominada ~~propuesta de Barkin~~(25) ya que es más práctica; la implementación de esta propuesta permitió proponer una nueva ficha de calificación simplificada que se utiliza en la actualidad debido a la aprobación del Comité de Auditoría Médica, la que ha permitido superar las dificultades de las anteriores fichas y procesar una evaluación más objetiva del procedimiento(26).

En 1.991, el director del hospital Guillermo Almenara, creó el servicio de auditoría médica desarrollando una metodología propia adecuada a las necesidades del hospital permitiendo mejorar la calidad de atención médica y planteando indicadores como: competencia, suficiencia y eficiencia(27).

Por otra parte, en 1.993 Humberto de Morales presenta un informe señalando que casi todos los hospitales de Latinoamérica presentan un problema común, no haber implementado una estrategia de garantía de la calidad, esto refleja una vulnerabilidad en la atención de los pacientes aumentando la probabilidad de las demandas legales; para lo anterior Estados Unidos desarrolló programas de garantía de la calidad para corregir este problema(28).

Un estudio realizado en el 2.003 en Perú, relacionado con la determinación de la calidad intrínseca del acto médico, mediante la auditoría médica de las historias clínicas de los pacientes del programa de atención domiciliaria de EsSalud, para lo anterior se diseñó un modelo de auditoría médica para la atención domiciliaria definiendo los criterios para realizar la evaluación de las historias clínicas,

encontrando deficiencias en la calidad de las historias clínicas principalmente en la anamnesis, al examen clínico y tratamiento. Gracias a los hallazgos se pudo recomendar la implementación de la auditoría médica como procedimiento de rutina para el aseguramiento de la calidad de la atención(29).

Por el contrario, en el 2011 en Guayaquil, se realizó una evaluación de la calidad y calidez de atención a los usuarios del subcentro de salud ~~del~~ Bosque+; para esta evaluación se necesitó realizar identificación la demanda de servicios, las coberturas de vacunación y la filiación de los usuarios considerando edad, sexo y procedencia, caracterizando el criterio de los usuarios sobre infraestructura, equipamiento, calidad técnica y calidez de atención, encontrando que se requiere de un plan de mejoramiento en la calidad y calidez de la atención estableciendo estrategias que conduzca a fortalecer el proceso de atención al usuario en un mediano y largo plazo(30).

De igual manera, se realizó un estudio para identificar los procedimientos de auditoría interna para evaluar la calidad con que se brindan los servicios de salud a los usuarios del Instituto Salvadoreño del seguro social. El estudio se desarrolló, mediante técnicas e instrumentos de investigación cualitativa como la investigación de campo a través de la cual se obtuvo de manera directa la información y se utilizó como técnica la entrevista dirigidas a los directores de los hospitales sujetos de estudio, logrando identificar que el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, no ha logrado cubrir todas las necesidades ni mantener la satisfacción del servicio brindado en todas sus áreas, afectando a todos los usuarios que buscan el bienestar y su salud(31).

La valoración de la satisfacción al usuario en consulta externa es uno de los estudios más frecuentes en Latinoamérica, esto lo demuestra Sánchez L.(32) en el análisis de satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León, donde se aplicó una encuesta

adaptada del programa SICALIDAD de 28 ítems de satisfacción a los usuarios de la consulta externa al momento de salir de la unidad, es decir después de haber utilizado el servicio, logrando identificar que la satisfacción percibida por el usuario de la consulta externa está asociada a dimensiones como la infraestructura en donde se percibió en general las instalaciones como muy confortables: bien iluminadas, mobiliario confortable, temperatura ambiente agradable y de limpieza en general adecuada(32).

Los países de América Latina iniciaron con las reformas del sector de la salud, donde Colombia en 1.993 realizó una gran reforma adoptando un modelo de competencia controlada debido al cambio del modelo económico que estaba presentándose en el país, dando mayor injerencia al sector privado en los asuntos que en el momento eran del estricto alcance público(22).

En el 2.005 en la ciudad de Bucaramanga se diseñaron los aspectos técnicos y metodológicos de un modelo de auditoria de calidad de la atención en salud para la IPS clínica Revivir S.A.; para lo anterior fue necesario realizar visitas a la clínica para identificar el modelo de atención, teniendo en cuenta la percepción de los clientes, con el fin de identificar los procesos críticos que requerían modificaciones o actualizaciones definiendo indicadores para medir el desempeño y mejora de la intervención. Se logró identificar todos los procedimientos de los procesos críticos interviniendo en los aspectos por mejorar y definiendo los atributos de calidad que cada proceso necesitaba(33).

Por otra parte, en el 2.009 en Risaralda se realizó un estudio en la ESE Hospital San Vicente de Paul para determinar el nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias frente a la atención de enfermería, para lo cual se utilizó un cuestionario que mide la escala de satisfacción del cuidado midiendo los comportamientos de la enfermera (accesibilidad, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza, monitorea y hace seguimiento). Se logró

identificar que los pacientes que participaron en el estudio manifiestan sentir agrado con la atención de enfermería en cada uno de los comportamientos, a su vez se pudo identificar que la principal dificultad del personal de enfermería es la falta de información clara y precisa sobre la situación de salud(34).

De igual manera en el 2013 en la ciudad de Pereira se diseñó e implementó un modelo de auditoria de historias clínicas para una IPS domiciliaria, desarrollando un software que facilita la labor del auditor médico, lo cual requirió la investigación de modelos de auditoria de historias clínicas que presentaran resultados adecuados teniendo en cuenta la necesidad de la institución, determinando variables de identificación, variables de evolución, grupos de evaluación y sus elementos. Este software logró reducir los costos operativos y logísticos de la IPS, ya que facilita el control y seguimiento a la información de los pacientes, permitiendo a su vez evaluar la calidad de la atención(35).

En el 2011 se realizó un estudio para establecer planes de mejoramiento a las no conformidades encontradas en la atención al cliente que afectan la calidad de la prestación del servicio en la Clínica de Optometría de la Universidad de la Salle, fue necesario identificar los estándares de acreditación dispuestos por el Ministerio de la Protección Social, encaminados al proceso de acreditación institucional de alta calidad, con base en la observación directa y otros estudios precedentes. Este estudio logró aplicar las mejoras necesarias para el mejoramiento de forma directa e indirecta hasta la inclusión de estos mecanismos en el proceso de sistematización de la clínica(36).

Otro plan de mejoramiento continuo para una IPS se realizó en Bogotá en el 2.012, creando un modelo de programa de mejoramiento de la calidad para instituciones prestadoras de servicios de salud . IPS que garantice para la entidad, el cumplimiento de la normatividad vigente y una serie de acciones coordinadas hacia la seguridad del paciente en el proceso asistencial y el logro de

la satisfacción, por la calidad de cada uno de los procesos asistenciales y administrativos que intervienen en la atención. El plan nació con la aplicación de la auto evaluación de los estándares de acreditación para detectar fortalezas y oportunidades de mejora, con la definición de los procesos prioritarios y la calidad deseada y con el establecimiento de los tipos de medición de los procesos(37).

Mosquera A. et al.(38) realiza una medición de la satisfacción del cliente del servicio de consulta externa del Hospital San José de Tado, aplicando un cuestionario con preguntas guiadas para posteriormente cuantificar los resultados, empleando herramientas estadísticas como el diagrama causa y efecto, técnica de grupo nominal, diagrama de Pareto y gráfico de control para identificar y establecer las acciones correctivas, preventivas y de mejora que tengan lugar. El estudio permitió identificar que el porcentaje de satisfacción global es superior al 80% indicando que existen fortalezas en la prestación del servicio de consulta externa y que se cuenta con insumo suficiente para el establecimiento de medidas tendientes a mantener y mejorar la imagen positiva del servicio(38).

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en Colombia está regida por el Decreto 1011 de 2006 considerándola como un modelo de auditoría integral sistémica, instando a que todos participen en la consecución de la efectividad del sistema, ya que se pretende articular las fallas encontradas con un conocimiento integral de la institución, logrando así el aprendizaje organizacional e individual, elementos principales del mejoramiento continuo(12). A continuación, se presenta el marco conceptual definido para Colombia.

2.1.1 Atención en Salud. La auditoría en particular y el sistema de garantía de calidad en general de Colombia apunta específicamente hacia la atención en salud definida como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población(39).

2.1.2 Calidad de la atención en salud. La Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define como: la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios(39).

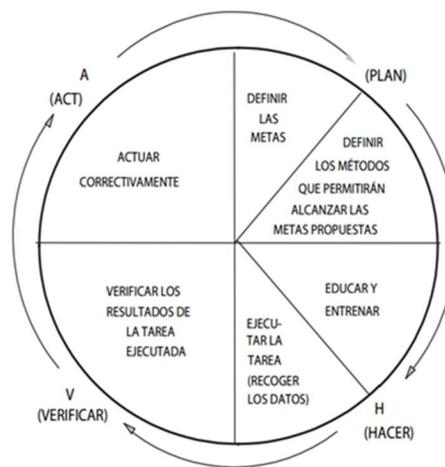
2.1.3 Mejoramiento continuo de la calidad. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; esto tiene implicaciones conceptuales y metodológicas(13):

✓ La filosofía de mejoramiento continuo nace en la industria como el resultado del desarrollo y aplicación de herramientas y métodos de calidad(40), en la década de los 90, integrándose y potenciándose con los conceptos y métodos provenientes del modelo asistencial(41). Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas en la organización.

✓ El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) ocasiona una inversión económica relativamente pequeña, ya que se centra en esfuerzos de mejoramiento constante, constituyendo un modelo de bajo riesgo(13).

✓ El MCC procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos, fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. Una buena forma de representar el enfoque del mejoramiento continuo es el ciclo de mejoramiento o PHVA (ver Figura 1)(13).

Figura 1. Ciclo PHVA



Fuente: Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud(13)

2.1.4 Planear (P). Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas(13).

2.1.5 Hacer (H). Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o métodos establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos(13).

2.1.6 Verificar (V). Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad, incluidos aquellos que forman parte de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos(13).

2.1.7 Actuar (A). En el caso de que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso o cuando no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada(13).

2.1.8 Atención centrada en el cliente. Se entiende como cliente al usuario, es decir, al cliente externo. Para lograr una atención centrada en el usuario se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención(13).

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como un sistema de control, enfocándose más que a detectar fallas en la institución, o

elaborar una lista de fallas que se limitan a explicar por qué no funciona, es garantizar que los resultados estén centrados en el usuario y debe propender al mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud. Por lo anterior, es necesario contemplar las etapas de planear, ejecutar, evaluar y realizar acciones de mejoramiento(12).

2.1.9 Planear con enfoque sistémico. Para diseñar el programa de auditoría con enfoque sistémico, se debe observar la institución en su totalidad, en su conjunto, en su complejidad, en sus interacciones y en sus procesos, teniendo en cuenta los principios de universalidad, unicidad, de identidad, de integralidad y de continuidad de toda la organización(12).

De esta manera se puede elaborar un diagnóstico de la institución, definir los procesos prioritarios objeto del programa de auditoría para definir los puntos de trabajo de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, para que posteriormente se detallen los instrumentos con que se va a evaluar(12).

2.1.10 Ejecutar con enfoque sistémico. Consiste en establecer si los procesos cumplen con los objetivos para los cuales fue creado, para esto debe analizar el propósito de la institución. Para lo anterior es necesario recolectar información apoyándose de informes estadísticos, entrevistas, comunicación y dialogo con los colaboradores de la institución, con el fin de obtener un conocimiento completo de la organización con el fin de medir la efectividad de manera correcta(12).

Es muy importante empalmar todas las estrategias que determinen el manejo de los aspectos que puedan impactar en el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud.

2.1.11 Evaluar con enfoque sistémico. La evaluación realizada utilizando la dinámica del pensamiento sistémico consiste en que los hallazgos de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud deben permitir realimentar o retroalimentar a la institución, para que se siga fortaleciendo la cultura del autocontrol, para estructurar el plan de mejoramiento de los procesos y establecer si se requieren recursos para la ejecución de este(12).

La auditoría debe considerarse como una función de un sistema que hace posibles la autointerpretación, la autointervención y el autodiseño del sistema como sistema viable, llevando a generar compromisos de mejoramiento continuo(12).

2.1.12 Hacer seguimiento con enfoque sistémico. A la implementación de las mejoras hay que verificarle su cumplimiento y se puede estimar los efectos favorables tales como disminución franca de la ocurrencia del evento adverso, para medir el efecto en el mejoramiento continuo de la calidad(12).

2.2. MARCO NORMATIVO

El Sistema General de Seguridad Social en Colombia está constituido por varios componentes, uno de ellos es el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, el cual tiene unos requisitos que dan cumplimiento a los derechos y deberes de los pacientes y establecer herramientas y protocolos que garanticen una atención de calidad en cada una de las instituciones de salud del país.

La Constitución Política de Colombia de 1991(42) en sus artículos 48, 49 y 365, establece que la prestación de los servicios de salud está sujeta a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, lo cual garantiza el acceso de toda la población a los servicios de salud y determina que es el estado al que le

corresponde la responsabilidad de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los mismos.

Por otra parte, la Ley 10 de 1990(43) organizó el Sistema Nacional de Salud, declarando el servicio de salud como un servicio público de obligatoria prestación por parte del estado, donde este debe controlar a que todos los servicios cuenten con los atributos de calidad, garantía de acceso de la población y tarifas, cuando son prestados por los hospitales públicos o privados que actúan por contrato con el propio estado.

Adicionalmente, esta Ley define que el servicio público en salud y determina que el estado vigilará en la prestación del servicio con el fin de establecer un sistema de fijación de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para controlar, vigilar su cumplimiento y regular los procedimientos para autorizar a las entidades privadas la prestación de servicios de salud en los diferentes niveles y grados de complejidad(43).

Así mismo, la ley determina las funciones de la dirección nacional del sistema de salud las cuales corresponden al Ministerio de la Protección Social, estableciendo la programación de la distribución de los recursos recaudados para el sector salud, teniendo en cuenta la cantidad, calidad, costo de los servicios, la eficiencia y méritos de las entidades que prestan el servicio de salud(43).

Igualmente, la Ley 100 de 1993(44) desarrolla el principio de eficiencia, resultante del mejor funcionamiento de cada una de las instituciones de salud, instando a las instituciones en el mejoramiento de la infraestructura y la introducción de instrumentos de gestión como el sistema de costos, la auditoria médica y el control de calidad.

El objetivo principal de la Ley 100 de 1993 es desarrollar los fundamentos que lo rigen, determinar su dirección, organización, funcionamiento, sus normas administrativas, financieras, de control, y las obligaciones que se derivan de su aplicación(44). Así mismo, determina que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben tener como principios básicos la calidad, la eficiencia y que tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera(44).

En cuanto al sistema de acreditación, en el artículo 186 de la ley establece que el gobierno nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), para brindar información a los usuarios sobre su calidad, y promover el mejoramiento de los servicios que prestan a la comunidad. Plantea además en el artículo 227, que es facultad del gobierno nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en todas las empresas administradoras de planes de beneficios(44).

En el 2011 con la Ley 1438 de 2011(45) se reforma el sistema general de seguridad social en salud, mencionando que el Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud(45).

De igual manera, la Ley 1438 de 2011 menciona que para implementar la atención primaria en el sistema general de seguridad social en salud se tendrán en cuenta elementos como el sistema de atención primaria en salud, énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud, cultura del autocuidado, orientación individual, familiar y comunitaria, atención integral, integrada y continua, Interculturalidad, talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y

cualificado, el fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutiveidad, participación activa de la comunidad y enfoque territorial(45).

La ley 1438 también establece que la garantía de calidad y los resultados en la atención en el sistema general de seguridad social de salud definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad con orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados. Estos resultados deben contar con(45):

- ✓ La consolidación del componente de habilitación exigible a direcciones territoriales de salud
- ✓ El establecimiento de incentivos al componente de acreditación aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud
- ✓ El fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y entidades promotoras de salud.

En el 2006 se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud con el Decreto 1011 de 2006(39), éste establece los cuatro componentes que deben operar dentro de los planes de mejoramiento continuo de los prestadores de servicios de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios en salud y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, como son(39):

- ✓ El sistema único de habilitación
- ✓ La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud
- ✓ El sistema de información para la calidad
- ✓ El sistema único de acreditación en salud.

El sistema único de acreditación en salud se ajustó bajo el Decreto 903 de 2014(46) dictando disposiciones frente al componente del sistema obligatorio de

garantía de calidad de la atención de salud, así como la definición de reglas para la operación en los sistemas generales de seguridad social en salud y riesgos laborales(46).

En el 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social realizó una actualización normativa expidiendo el Decreto 780 de 2016(47) o Decreto reglamentario único del sector salud y protección social, el cual compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud. Además presenta todas las normas que actualmente rigen en la afiliación de los usuarios al sistema general de seguridad social en salud para el régimen contributivo y subsidiado, traslado y movilidad de EPS, portabilidad, e implementación de sistema de información transaccional que permite el acceso en tiempo real a los datos de información básica y complementaria de los afiliados(47).

Por otra parte, el decreto recopila las disposiciones para el funcionamiento adecuado del sistema obligatorio de calidad en la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud . SOGCS, con el objetivo de mejorar los resultados en la atención en salud, teniendo en cuenta los componentes del SOGCS, disponiendo una atención centrada en los usuarios a través de los atributos de calidad(47):

- ✓ Accesibilidad
- ✓ Oportunidad
- ✓ Seguridad
- ✓ Pertinencia
- ✓ Continuidad.

En el 2008 el Ministerio de Salud y protección Social estableció una guía aplicativa del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud para las instituciones prestadoras de servicios de salud, descrita en la Resolución 2181 de 2008, para lo cual instauró los siguientes lineamientos(48):

- ✓ Dar cumplimiento en su totalidad las condiciones de habilitación
- ✓ Implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio
- ✓ Implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud
- ✓ Implementar el Sistema de Información para la calidad
- ✓ Ajustar a los contenidos de la guía aplicativa en el anexo de esta Resolución.

Por otra parte el Ministerio de salud y protección social establece con la Resolución 2003 de 2014(49) las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad y se dictan otras disposiciones(49). Consecutivamente en el 2014 el ministerio emite la Resolución 2082 de 2014(50) dictando disposiciones para la operatividad del sistema único de acreditación en salud como componente del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud, presentando el proceso de autoevaluación de estándares de acreditación involucrando la identificación de las dimensiones en el cumplimiento de los estándares(50).

En el 2016 el Ministerio de Salud y Protección establece los indicadores de monitoreo de la calidad en salud, disponiendo en la Resolución 256 de 2016(51) una estructura robusta en relación con el sistema de información para la calidad; menciona que estos indicadores deben estar constituidos bajo el presupuesto de su interrelación entre sí y el enfoque al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad primordial de los diferentes componentes de dicho sistema(51).

Por otra parte, la Superintendencia Nacional de Salud da instrucciones sobre el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) y al Sistema de Información de Calidad en la Circular 012 de 2016(52).

Esta circular dispone que todas las instituciones de salud deben suministrar información que permita evaluar la efectividad en la utilización de la herramienta de mejoramiento PAMEC, con el fin de buscar la efectividad en la aplicación de la Ruta Crítica del PAMEC en cada Institución Prestadora de Servicios de Salud(52). Además, imparte instrucciones sobre los tres puntos clave de esta ruta crítica:

- ✓ Evaluación de la ejecución de acciones de mejoramiento
- ✓ Evaluación de la ejecución de auditorías internas frente a la ejecución de sus planes de mejora
- ✓ Evaluación del aprendizaje organizacional, etapa no incluida dentro del alcance de este estudio.

Adicional a la normatividad legal vigente en Colombia, existe una norma internacional la cual no es de obligatorio cumplimiento pero que proporciona directrices sobre la auditoría interna a sistemas de gestión, esta es de la Norma Internacional ISO 19011:2012. Esta es aplicable a todas las organizaciones que requieren llevar a cabo auditorías internas o externas a sistemas de gestión o manejar un programa de auditoría(53).

2.3. MARCO CONSTITUCIONAL

El Hospital Local Álvaro Ramírez González, mediante acuerdo número 036 de fecha diciembre 19 de 1995, emanado del Concejo Municipal, del municipio de San Martín Cesar, se creó como Empresa Social del Estado, con servicios de baja complejidad, cuenta con once puestos de salud ubicados en la parte rural (Corregimientos) del municipio(54).

El Hospital Álvaro Ramírez González a través del ejercicio del proceso misional de diagnóstico de necesidades y expectativas en salud de las familias locales, ha evidenciado las condiciones generales, particulares y singulares de la población,

profundizando en el análisis de los diferenciadores locales, para orientar la respuesta de la prestación de servicios de salud(54).

2.3.1. Objetivos estratégicos. Los objetivos Estratégicos de la ESE HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ son(54):

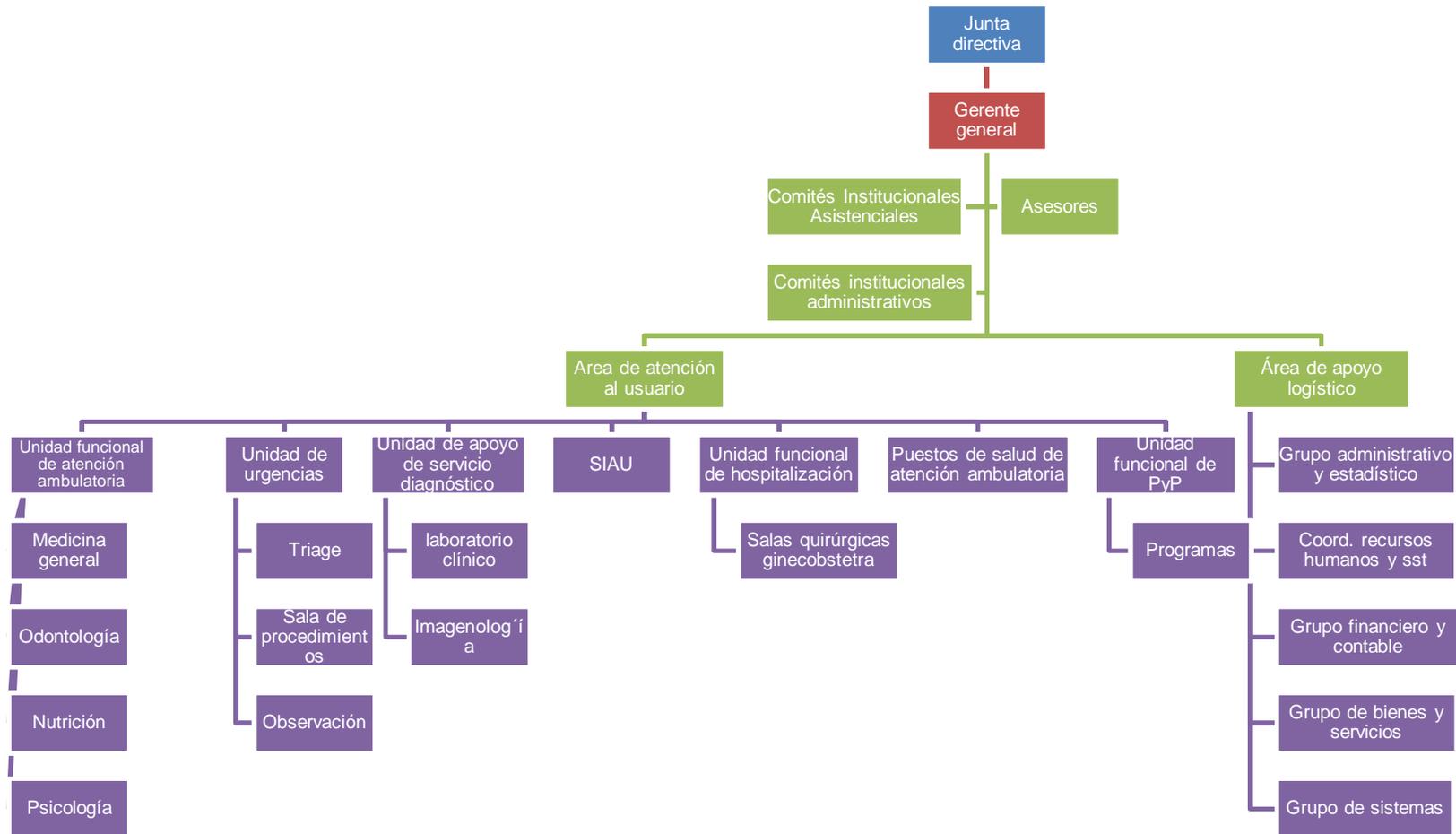
- ✓ Garantizar el desarrollo estratégico, Gerencial de la ESE HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ, que permita el fortalecimiento institucional en cumplimiento de la misión y visión.
- ✓ Garantizar la Gestión en la Prestación de Servicios de Salud que conlleve a la Satisfacción de todos los usuarios y sus familias
- ✓ Garantizar la Gestión Administrativa y Financiera para alcanzar la estabilidad financiera y funcional que garantice el logro de las metas institucionales.

2.3.2. Misión Institucional. En la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ contribuimos al bienestar y la calidad de vida de nuestros usuarios, a través de la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad, haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en pro de la satisfacción de los usuarios y sus familias, mediante la atención humanizada y el mejoramiento continuo(54).

2.3.3. Visión Institucional. Ser en el 2016 la Empresa Social del Estado líder en la prestación de servicios de salud de primer nivel de complejidad del Departamento del Cesar, con altos atributos de calidad, ofreciendo los mejores programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, logrando el reconocimiento de los usuarios y sus familias(54).

2.3.4. Organigrama Institucional. En la Figura 2 se puede observar el organigrama del Hospital Local Álvaro Ramírez González.

Figura 2. Organigrama Institucional

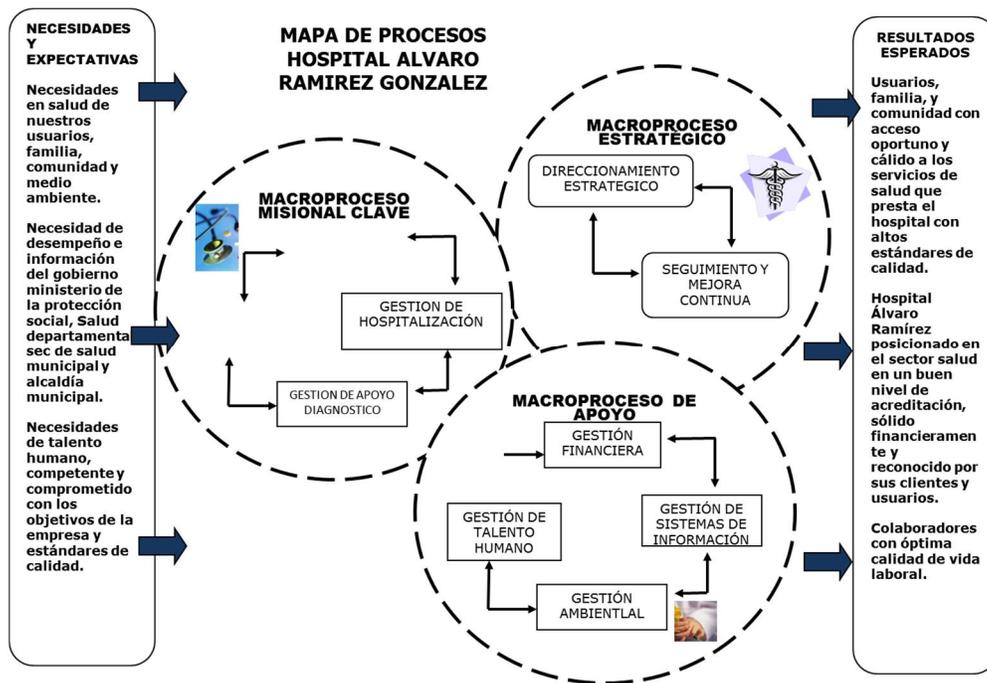


Fuente: Informe de saneamiento fiscal y financiero Hospital Álvaro Ramírez González(54).

2.3.5. Aspectos administrativos. A raíz del inicio de la implementación del sistema de gestión de calidad, ligado al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, el Hospital asumió un modelo de gestión con un eje central que articula los diferentes requisitos de los subsistemas al Sistema Único de calidad y mejoramiento continuo, lo que permite direccionar las estrategias de gestión hacia el cumplimiento de la misión y visión de la ESE Álvaro Ramírez González en el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios(54).

Dentro del marco normativo, la gestión se organiza a través de un enfoque de procesos que se ha venido configurando como parte del avance en el mejoramiento continuo (ver Figura 3)(54).

Figura 3. Mapa de Procesos



Fuente: Informe de saneamiento fiscal y financiero Hospital Álvaro Ramírez González(54).

2.3.6. Planeación estratégica. La planeación estratégica del Hospital Álvaro Ramírez González tiene como objetivo potencializar las oportunidades presentes en el mercado, la organización de la red de servicios de salud, así como la mayor eficiencia de los procesos asistenciales con el fin de brindar respuestas acordes a las necesidades de los usuarios(54).

De esta forma, se convierte en una fortaleza para el hospital el hecho de contar con una plataforma estratégica que genera el direccionamiento de la Institución hacia la búsqueda de la sostenibilidad financiera, con el apoyo de unos sistemas administrativos robustos y la prestación de servicios de salud basada en el modelo de atención que permite guiar las actividades, procedimientos e intervenciones hacia los preceptos de calidad y humanización, con recurso humano idóneo comprometido y fortalecido en sus competencias para alcanzar tal fin(54).

La producción del Hospital en los últimos cuatro años muestra la necesidad de realizar una reorganización dinámica de los servicios ofertados, sustentados en la demanda y el fortalecimiento del trabajo en red. Por lo anterior, se puede determinar la intervención de la reorganización con la identificación de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas con el fin de diseñar el plan de trabajo(54).

Tabla 1. DOFA Hospital Álvaro Ramírez González

| FORTALEZAS | OPORTUNIDADES |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de aseguramiento del 99,9% en el régimen subsidiado • Mecanismos judiciales para defender los derechos del hospital • Se cuenta con personal idóneo para prestar el servicio de baja complejidad. • Equipos biomédicos idóneos para la prestación de los servicios en consulta externa y urgencia. | <ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento de la oferta en salud • Respaldo del Ente Territorial • Pueblos aledaños de otros Municipios • La incorporación de Empresas Petroleras al Municipio. |
| DEBILIDADES | AMENAZAS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Falta fortalecimiento de la cultura de calidad y mejoramiento continuo en el personal operativo asistencial y administrativo. • Incapacidad para ejercer poder sobre las determinaciones de contratación del pagador con la ese • Difícil accesibilidad a las IPS de alto nivel de complejidad • El 70% de la población pertenece al régimen subsidiado. • Falta de control y seguimiento de indicadores de gestión para los servicios que se prestan. • No existe un seguimiento periódico para los servicios del hospital. | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de vigilancia y control a los pagadores por parte de las entidades pertinentes • Incumplimiento en el pago a la ESE por parte de los servicios prestados • Negociaciones realizadas por los pagadores enfocados en el precio y no en la calidad del servicio. • Falta de continuidad e inestabilidad de los planes de gobierno, el cambio constante de la normatividad. • No claridad de algunos estándares de los manuales de condiciones de habilitación • No autorización o negación de servicios de salud por parte de las entidades responsable del afiliado para los procesos de referencias en otros niveles de complejidad. • Alta demanda del servicio de urgencias a los pacientes capitados del régimen subsidiado. |

Fuente: Informe de saneamiento fiscal y financiero Hospital Álvaro Ramírez González(54), modificado por los autores (2017)

Por decisión estratégica el Hospital Álvaro Ramírez González inicia la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad, dando continuidad al desarrollo del sistema de garantía de calidad, lo cual significa la optimización de sus recursos a partir de la estandarización de los procesos y su implementación hacia la construcción de una cultura de la calidad a través de acciones que buscan garantizar la prestación de servicios de salud para mejorar la calidad de vida de la población del área de influencia y de referencia(55).

El sistema de gestión se fundamenta en la adopción de un enfoque basado en procesos, lo que implica que la organización identifica y gestiona numerosas actividades relacionadas entre sí; por lo tanto, la aplicación de un sistema de procesos dentro del Hospital junto con la identificación e interacción de estos procesos, así como su gestión, genera constantemente registros y mediciones objetivas (datos, indicadores, planillas) buscando garantizar estándares que miden la cantidad y calidad en la atención en salud(55). Por lo anterior, el Hospital Álvaro Ramírez González articula el sistema de garantía de la calidad, el modelo estándar de control interno y el sistema de gestión de la calidad; este conjunto de procesos prioritarios se definió a través del mapa de procesos institucional en consecución a los niveles definidos estratégico, misional, apoyo y evaluación(55).

En el componente de evaluación, se definieron los macro procesos de evaluación, control institucional y mejoramiento institucional, los cuales constituyen un grupo de procesos permanentes y sistemáticos dirigidos a medir sobre la base de estándares, criterios y parámetros previamente establecidos y a intervenir las posibles desviaciones que se produzcan con respecto a los estándares(55). Para el Hospital Álvaro Ramírez González los procesos de auditoría, monitoreo de procesos, y evaluación de la calidad en la atención, se encaminan a establecer, medir y comparar en qué grado están presentes dichos atributos y qué juicio de calidad se puede hacer frente a los estándares y criterios definidos. Los juicios de

calidad, deben sustentarse metodológica y científicamente, de tal forma que se garantice validez y confiabilidad respectivamente. Por lo anterior, el hospital define el nivel de evaluación institucional (ver Tabla 2).

Tabla 2. Procesos de Evaluación en el Hospital Álvaro Ramírez González, 27 de septiembre de 2017

| NIVEL | MACROPROCESO | PROCESOS | PROCEDIMIENTOS |
|--|--------------------------------------|--|--|
| Evaluación | Evaluación y control institucional | Autoevaluación y evaluación de procesos prioritarios | Auto evaluación estándares de habilitación y acreditación |
| | | | Auto evaluación de riesgos institucionales |
| | | | Auditoria de la Calidad a procesos prioritarios de atención |
| | | | Auditoria a procesos prioritarios a administración financiera |
| | | Vigilancia y control epidemiológico | Diagnóstico Epidemiológico |
| | | | Vigilancia y control de infecciones |
| | | | Vigilancia y control epidemiológico de enfermedades de salud publica |
| | | | Evaluación del Sistema de Gestión de Calidad, MECI, Gestión Ambiental y Garantía de la Calidad |
| | Auditoria de los sistemas de gestión | Evaluación de Satisfacción del Usuario | |
| | Mejoramiento institucional | Mejoramiento institucional | Acciones preventivas, correctivas y de mejoramiento |
| | | | Auditorias de seguimiento y mejora |
| | | | Formulación de Plan de Mejoramiento |
| Seguimiento a los resultados de los planes de mejoramiento institucional | | | |

Fuente: Informe de saneamiento fiscal y financiero Hospital Álvaro Ramírez González(54), modificado por los autores (2017)

2.3.7. Oferta de servicios prestados y habilitados. El Hospital Álvaro Ramírez González, presta los servicios ambulatorios de medicina general, salud oral, urgencias con disponibilidad 24 horas, actividades de promoción y prevención; servicio de atención de partos, monitoreo fetal, procedimientos menores, servicios de hospitalización, servicios de apoyo diagnóstico de laboratorio básico, transporte de pacientes con ambulancias básicas(54), en la Tabla 3 se presenta el portafolio de servicios del hospital.

Tabla 3. Portafolio de servicios habilitados por punto de atención y horarios en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, año 2012

| SERVICIOS PRESTADOS | | COMPLEJIDAD | PUNTOS DE ATENCION | HORARIOS |
|-------------------------|--|-------------|--------------------|---|
| Hospitalario | General adulto | Uno | Sede principal | 24 horas |
| | General pediátrico | Uno | | |
| | Hospitalización día | Uno | | |
| | Obstetricia | Uno | | |
| Procedimientos | Pequeñas cirugía | Uno | Sede principal | 24 horas |
| | Curaciones | Uno | | |
| | Nebulización | Dos | | |
| | Inyectología | Uno | | |
| | Imágenes diagnóstica (rx y electrocardiograma) | Uno | | |
| | Laboratorio clínico | Uno | | |
| Urgencias | Triage | Uno | Sede principal | 24 horas |
| | Consulta de urgencia | Uno | | 24 horas |
| | Sala de observación | Uno | | 24 horas |
| Consulta externa | Medicina general | Uno | Sede principal | Lunes a viernes de 7:00 am. 12.00 m., 2:00 pm . 6:00 pm |
| | Consulta prioritaria | Uno | | Domingo y festivo 24 horas de 7:00 p.m . 6:00 a.m. |
| | Consulta odontología | Uno | | Lunes a viernes de 7:00 am. 12.00 m., 2:00 pm . 6:00 pm |
| | Enfermería | Uno | | Lunes a viernes de 7:00 am. 12.00 m., 2:00 pm . 6:00 pm |
| Procedimiento | Imágenes diagnósticas (rx, ecografías) | Uno | Sede principal | Lunes a viernes de 7:00 AM. 12.00 M., 2:00 PM . 6:00 PM |

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|---------------------------------------|-----|----------------|---|
| | | obstétricas) | | | |
| | | Laboratorio clínico | Uno | | 7:00 am. 12.00 m. 2:00 pm . 6:00 pm Lunes a viernes |
| Promoción y prevención | | Crecimiento y desarrollo | Uno | | Martes y miércoles de 7:00 am. 12.00 m., 2:00 pm . 6:00 pm |
| | | Control prenatal | Uno | | Jueves de 7:00 am. 12.00 m., 2:00 pm . 6:00 pm |
| | | Planificación familiar | Uno | | Lunes de 7:00 am. 12.00 m., 2:00 pm . 6:00 pm |
| | | Hipertensión arterial | Uno | | Lunes a viernes de 7:00 am. 12.00 m., 2:00 pm . 6:00 pm |
| | | Diabetes mellitus | Uno | Sede principal | Lunes a viernes de 7:00 am. 12.00 m., 2:00 pm . 6:00 pm |
| | | Agudeza visual | Uno | | Lunes a viernes de 7:00 am. 12.00 m., 2:00 pm . 6:00 pm |
| | | Control del joven | Uno | | Lunes a viernes de 7:00 am. 12.00 m., 2:00 pm . 6:00 pm |
| | | Control del adulto mayor | Uno | | Lunes a viernes de 7:00 am . 12.00 m., 2:00 pm . 6:00 pm |
| | | Enfermedades de transmisión sexual | Uno | | Viernes de 9:00 am . 12.00 m., 2:00 pm . 4:00 pm |
| | | Vacunación | Uno | | Lunes a viernes de 7:00 am. 11.00 m., 2:00 pm . 5:00 pm |

Fuente: Informe de saneamiento fiscal y financiero Hospital Álvaro Ramírez González(54), 2012

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar un plan de auditoría interna al servicio de consulta externa del Hospital Local Álvaro Ramírez González del Municipio de San Martín Cesar, mediante herramientas que permitan identificar las oportunidades de mejora para mejorar la calidad del servicio.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1** Revisar la documentación existente en el Hospital Álvaro Ramírez González, relacionado con la realización de auditorías o control interno.
- 2** Establecer el plan de auditoria interna al servicio de consulta externa del Hospital Local Álvaro Ramírez González del Municipio de San Martín Cesar.
- 3** Realizar la auditoria interna al servicio de consulta externa del Hospital Local Álvaro Ramírez González del Municipio de San Martín Cesar.
- 4** Priorizar los hallazgos de la auditoria interna en el servicio de consulta externa que tienen mayor impacto en la atención de los usuarios.
- 5** Definir el nivel de calidad esperada de la priorización de los hallazgos de mayor impacto encontrado.
- 6** Diseñar un plan de mejoramiento que intervenga todos los hallazgos priorizados.

4. METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación que se realiza es de tipo cuantitativo, ya que se lleva a cabo una serie de etapas de manera sistemática, iniciando de una idea planteada por un problema a solucionar; la investigación pasa por diferentes etapas, una de ellas es la revisión bibliográfica para construir el marco teórico, con la completa construcción de esta etapa se puede llegar a unos resultados, los cuales cumplirán con los mínimos estándares de validez y credibilidad.

El estudio es de tipo descriptivo, representando de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés, en caso específico la auditoría interna para el servicio de consulta externa en el hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar; los datos encontrados se analizarán, expondrán y resumirán de manera cuidadosa extrayendo la información importante que aporte al análisis del estudio.

La finalidad primordial del estudio es conocer las oportunidades de mejora existentes en el servicio de consulta externa del Hospital, para lo anterior se realizará una identificación de relaciones entre las variables a estudiar con el fin de profundizar en cada variable e identificar las fortalezas y oportunidades de mejora.

Para dar cumplimiento al objetivo estratégico "Garantizar la Gestión en la Prestación de Servicios de Salud que conlleve a la Satisfacción de todos los usuarios y sus familias"(54), se diseñó una metodología que logre alcanzarlo, para ello se generó una alineación con la planeación estratégica del Hospital alineando cada una de las necesidades de las partes interesadas, de esta manera se puede demostrar mejores resultados en temas de calidad y efectividad.

4.2. POBLACIÓN

Una población corresponde a un conjunto de elementos con determinadas características que diferencien o logren determinar aspectos específicos de la misma(56). La población estudio estará constituida por el servicio de consulta externa del Hospital.

4.3. MUESTRA

Para el estudio se determina la muestra como el servicio de consulta externa del Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar.

4.3.1. Criterios de inclusión

Servicio de consulta externa del Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar

4.3.2. Criterios de exclusión

Servicios prestados en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar diferentes al servicio de consulta externa

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Las herramientas para hacer seguimiento y evaluar el proceso de consulta externa del Hospital Álvaro Ramírez González se define un instrumento que estandariza los métodos de trabajo, disminuye las posibilidades de error y obtiene información confiable para evaluar el cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos, además facilita la toma de decisiones. Este instrumento agrupa los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en lo referente al sistema único de habilitación (talento humano, dotación, infraestructura, medicamentos y dispositivos médicos, procesos prioritarios,

historia clínica y registros, e interdependencia de servicios) y programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud (definidos por la ruta crítica del PAMEC, autoevaluación, selección de procesos a mejorar, priorización de procesos, definición de la calidad esperada, calidad observada, formulación de planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, implementación de planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, evaluación de la ejecución de los planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada y aprendizaje organizacional). El instrumento se puede revisar en el Anexo 11.

Para el uso de la herramienta anteriormente mencionada, se seguirán las fases y actividades de planificación, ejecución y control que se describen en la Tabla 4.

Tabla 4. Fases y actividades de la auditoría en el Hospital Álvaro Ramírez González, 2017

PLANIFICACIÓN Y PREPARACIÓN

- Revisión y análisis de la documentación de la Normatividad aplicable
 - Preparación de la auditoría: Instrumentos, itinerario o agenda de trabajo
 - Notificación al área o coordinación responsable del proceso a auditar.
-

EJECUCIÓN

- Objetivos, sujetos de evaluación y metodología
 - Realización de la auditoría-: Verificación y recolección de la información
 - Análisis previo de resultados y evaluación frente a los estándares establecidos
 - Reunión constructiva de cierre: Informe verbal
 - Elaboración y presentación del Informe Técnico Ejecutivo Escrito que incluye objetivos, hallazgos, deficiencias y medidas correctivas, preventivas y mejoramientos a implementar
 - Suscripción del Acta de Visita de Auditoria que contempla: los hallazgos y
-

la medida correctiva a implementar con la fecha de implementación respectiva; De toda auditoria que se realice se suscribirá el acta respectiva.

- Registro de No conformidades

ELABORACIÓN DEL INFORME FINAL

Análisis, a profundidad, de la información y elaboración escrita del informe

Entrega y despliegue del informe

Fuente: Informe de saneamiento fiscal y financiero Hospital Álvaro Ramírez González(54), modificado por los autores (2017)

4.5. PRUEBA PILOTO

Con el fin de validar el instrumento (Anexo 11) se realizará una prueba piloto verificando cada uno de los puntos que cuenta la herramienta, para esto se realiza un cálculo muestral con población finita, aplicando la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \frac{e}{2} \cdot \frac{N}{2}}{Z^2 \cdot \frac{e}{2} \cdot \frac{N}{2} + \frac{e}{2} (N - 1)}$$

Dónde:

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza

N= Tamaño de la población

= Varianza

e= precisión o el error

Adicionalmente, se define que el nivel de confianza para calcular la muestra de la prueba piloto es del 95% con un porcentaje de error del 5%. La prueba piloto se realizará junto con el personal auditor del Hospital, al finalizar la prueba se

analizarán los datos y se determinará la validez del instrumento para su posterior aplicación.

4.6. MATRIZ DE PLANIFICACIÓN

Para dar cumplimiento a cada uno de los objetivos específicos establecidos y como consecuencia cumplir con el objetivo general, se diseñó un plan de trabajo reflejado en la Tabla 5.

Tabla 5. Matriz de planificación de auditoria interna al servicio de consulta externa del Hospital Local Álvaro Ramírez González del Municipio de San Martín Cesar, 2017.

| Actividad | Jun | | | | Jul | | | | Ago | | | | Sep | | | | Oct | | | | Nov | | | |
|--|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|-----|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Revisar la documentación existente en el Hospital, relacionado con la realización de auditorías o control interno. | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diseñar y aplicar prueba piloto para validar el instrumento de auditoria | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diseñar el plan de auditoria interna al servicio de consulta externa del Hospital Local Álvaro Ramírez González del Municipio de San Martín Cesar. | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realizar la auditoria interna al servicio de consulta externa del Hospital Local Álvaro Ramírez González del Municipio de San Martín Cesar. | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | | | | | |
| Priorizar los hallazgos de la auditoria interna en el servicio de consulta externa que tienen mayor impacto en la atención de los usuarios. | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | |
| Definir el nivel de calidad esperada de la priorización de los hallazgos de mayor impacto encontrado. | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | | | | | |
| Diseñar un plan de mejoramiento que intervenga todos los hallazgos | | | | | | | | | | | | | | | | | ■ | | | | | | | |

priorizados.

Fuente: Autores del proyecto titulado Auditoria interna para el servicio de consulta externa en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, año 2017

4.7. PLAN DE DIVULGACIÓN

Para que los funcionarios del Hospital Álvaro Ramírez González conozcan el estudio y el avance del mismo se realizará una divulgación de la siguiente manera:

Tabla 6. Plan de divulgación del estudio de auditoria interna en el servicio de consulta externa del Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, año 2017.

| Actividad | Responsable | Fecha de programación |
|--|----------------------|------------------------------|
| Presentación inicial del estudio | Autores del proyecto | 15 de febrero de 2017 |
| Presentación de resultados de auditoria | Autores del proyecto | 30 de junio de 2017 |
| Presentación de plan de mejoramiento y documento final | Autores del proyecto | 31 de julio de 2017 |

Fuente: Autores del proyecto titulado Auditoria interna para el servicio de consulta externa en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, año 2017

4.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

4.8.1. Beneficios que recibirá la población seleccionada y beneficios para la sociedad. Dentro de los beneficios que se brindan para la población seleccionada del presente estudio se observan los relacionados directamente con el servicio de consulta del Hospital Álvaro Ramírez González, puesto que conocerán el estado del servicio, lo que les permitirá establecer planes de mejora y estratégicos para el proceso, así como identificar la necesidad de implementar los requisitos legales aplicables establecidos por el Ministerio de Salud o la creación otros que son relevantes para el Hospital.

4.8.2. Riesgos contemplados. Para el presente estudio, se tiene en cuenta los lineamientos éticos para la investigación según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, teniendo en cuenta los siguientes lineamientos(57):

- ✓ Deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.
- ✓ Se socializarán los riesgos y beneficios derivados para los sujetos y la institución

Las pruebas que se aplicarán son seguras y no implican riesgo para los participantes. Dichos procedimientos serán realizados por personal del Hospital entrenado en la primera fase logística, contando previamente con una selección de los mejores perfiles que tenga el personal para poder estandarizar la ejecución de las pruebas. Para ello se desarrollaron procedimientos operativos estandarizados (POES) que se encuentran a cargo de los autores del estudio y pueden ser consultados permanentemente, si así se requiere. Teniendo en cuenta el artículo 11 de esta ley, se considera esta investigación sin riesgo(57).

4.8.3. Forma de presentación de los resultados del proyecto. Los resultados del estudio serán socializados con el responsable del servicio de consulta externa del Hospital Álvaro Ramírez González por medio de la entrega de un informe técnico.

4.8.4. Formatos que serán usados en el proyecto. El estudio en mención empleará listas de chequeo para auditoria interna (Anexo 11).

4.8.5. Formato de compromiso de confidencialidad de los estudiantes diligenciado. Este formato será diligenciado por los autores del estudio en mención, semanas previas a la recolección de datos (Anexo 12).

4.8.6. Impacto ambiental ocasionado por el proyecto. No aplica, los objetivos del presente estudio están relacionados con un estudio el cual no afecta al medio ambiente.

4.8.7. Medidas para afrontar las complicaciones (accidentes durante la realización de los procedimientos). No aplica, las pruebas no implican riesgo para los participantes.

4.8.8. Forma establecida para dar a conocer los resultados y planes de uso de los resultados del proyecto. Los resultados del estudio en mención serán socializados con el Hospital Álvaro Ramírez González.

5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1. FICHA TÉCNICA DEL PROYECTO

Para la realización del estudio en mención se define la siguiente (ver Tabla 7) ficha técnica.

Tabla 7. Ficha técnica del proyecto titulado Auditoria interna para el servicio de consulta externa en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, año 2017

| DATOS GENERALES DEL PROYECTO | | | | | |
|--|--|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|---|
| 1. Título del proyecto | AUDITORIA INTERNA PARA LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL ÁLVARO RAMÍREZ GONZÁLEZ DE SAN MARTÍN CESAR 2017 | | | | |
| 2. ¿El proyecto se inscribe en un grupo de investigación de la Universidad CES? | Si | | | No | X |
| En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 2, responda las preguntas N° 3 y 4 | | | | | |
| 3. Grupo de investigación de la Universidad CES que presenta el proyecto | | | | | |
| 4. Línea de investigación del grupo que presenta el proyecto | | | | | |
| OTROS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN QUE PARTICIPAN EN EL PROYECTO | | | | | |
| 5. Institución | 6. Grupo de investigación | 7. Línea de investigación | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| PARTICIPANTES DEL PROYECTO | | | | | |
| 8. Rol en el proyecto | 9. Cédula | 10. Nombre completo | 11. Correo electrónico | 12. Institución | 13. Grupo de Investigación al que pertenece |
| Autor | 1065584476 | Saúl Fernando Celis Loaiza | scelis1987@gmail.com | Universidad Autónoma De Bucaramanga | |
| Autor | 1098697637 | Oscar Fernando Galán Remolina | galanremolina@gmail.com | Universidad Autónoma De Bucaramanga | |
| Autor | 1094575880 | Pedro Alfonso Jaime Miranda | Pedroalfonso9062@hotmail.com | Universidad Autónoma De | |

Bucaramanga

14. Entidades que financiarán la investigación

El proyecto se realizará con financiación propia de los autores

15. Cubrimiento del estudio (Marque con una X)

| | | | | | |
|---------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------|--|
| Institucional | <input checked="" type="checkbox"/> | Multicéntrico nacional | <input type="checkbox"/> | Otro. Cuál? | |
| Regional | <input type="checkbox"/> | Multicéntrico internacional | <input type="checkbox"/> | | |

16. Lugares o instituciones donde se llevará a cabo la investigación

Hospital Álvaro Ramírez González De San Martín Cesar, servicio de consulta externa

ASPECTOS TÉCNICOS Y METODOLÓGICOS

17. Objetivo General

Diseñar e implementar un plan de auditoría interna al servicio de consulta externa del Hospital Local Álvaro Ramírez González del Municipio de San Martín Cesar.

18. Objetivos específicos

- Revisar la documentación existente en el Hospital Álvaro Ramírez González, relacionado con la realización de auditorías o control interno.
- Diseñar el plan de auditoría interna al servicio de consulta externa del Hospital Local Álvaro Ramírez González del Municipio de San Martín Cesar.
- Realizar la auditoría interna al servicio de consulta externa del Hospital Local Álvaro Ramírez González del Municipio de San Martín Cesar.
- Priorizar los hallazgos de la auditoría interna en el servicio de consulta externa que tienen mayor impacto en la atención de los usuarios.
- Definir el nivel de calidad esperada de la priorización de los hallazgos de mayor impacto encontrado.
- Diseñar un plan de mejoramiento que intervenga todos los hallazgos priorizados.

19. Marque con una X cuáles de los siguientes grupos poblacionales incluirá en su estudio (puede marcar varias opciones o ninguna de ellas si su estudio no está dirigido de manera particular a alguno de estos grupos)

| | | | |
|-----------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Afroamericanos | <input type="checkbox"/> | Indígenas | <input type="checkbox"/> |
| Analfabetas | <input type="checkbox"/> | Menores de 18 años | <input type="checkbox"/> |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| Desplazados | Mujeres durante trabajo de parto, puerperio o lactancia | | | |
| Discapacitados | Mujeres embarazadas | | | |
| Empleados y miembros de las fuerzas armadas | Mujeres en edad fértil | | | |
| Estudiantes | Pacientes reclusos en clínicas psiquiátricas | | | |
| Recién nacidos | Trabajadoras sexuales | | | |
| Personas en situación de calle | Trabajadores de laboratorios y hospitales | | | X |
| Personas internas en reclusorios o centros de readaptación social | Otro personal subordinado | | | |
| 20. Indique el tipo de estudio que se empleará para el desarrollo de la investigación | Se realizará un estudio de tipo descriptivo, cuyo propósito es el de establecer el desempeño frente a la atención de pacientes en el servicio de consulta externa. | | | |
| 21. La fuente de información de los datos del estudio será (Puede marcar varias opciones) | Primarias (Datos recopilada directamente de los participantes) | X | Secundarias (Datos recopilados a partir de registros existentes) | |
| 22. ¿En este estudio se realizarán intervenciones que modifiquen variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio? | Si | | No | X |
| 23. ¿En este estudio se indagará a los participantes sobre aspectos sensibles de la conducta (Situaciones, eventos, recuerdos o palabras que activen emociones que lleven a alterar el estado de ánimo o la conducta)? | Si | | No | X |
| 24. Describa los procedimientos que se llevarán a cabo en el estudio | Aplicar un instrumento que agrupa los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social en lo referente al sistema único de habilitación y programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud e indicadores definidos por el hospital para medir la gestión del proceso de consulta externa | | | |
| 25. ¿En este estudio se aleatorizarán sujetos? | Si | | No | X |
| 26. Describa los grupos (En los casos que aplique) | | | | |
| 27. Indique los criterios de inclusión | Se aplicará la auditoria al personal del proceso de consulta externa del | | | |

| | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| | Hospital | | | |
| 28. Indique los criterios de exclusión | Los procesos diferentes a consulta externa del hospital | | | |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS | | | | |
| 29. Indique la clasificación del estudio de acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 (Marque con una X sólo una opción) | | | | |
| Sin riesgo | <input checked="" type="checkbox"/> | Riesgo mínimo | <input type="checkbox"/> | Riesgo mayor que el mínimo |
| 30. ¿Los sujetos de investigación podrán participar de otro estudio mientras estén participando en éste? | Si | <input checked="" type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 31. ¿Los sujetos de investigación recibirán algún tipo de incentivo o pago por su participación en el estudio? | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 32. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 31, indique cuáles: | | | | |
| 33. ¿Los sujetos de investigación deberán asumir algún costo por su participación que sea diferente del costo del tratamiento que recibe como parte del manejo establecido por su condición médica? | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 34. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 33, indique cuáles: | | | | |
| 35. Describa los riesgos potenciales para los participantes | No aplica | | | |
| 36. Indique las precauciones que se tomarán para evitar potenciales riesgos a los sujetos del estudio | No existen | | | |
| 37. Describa cómo será el proceso de disposición final de material biológico, reactivos, materiales contaminantes o sustancias químicas (En los casos que aplique) | No aplica | | | |
| 38. Describa el plan de monitoreo y seguridad que se desarrollará para garantizar la confidencialidad tanto de los participantes como de la información que | No aplica | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--------------------|
| éstos suministren | | | | |
| 39. Describa los beneficios para los participantes de la investigación | | Dentro de los beneficios que se brindan para la población seleccionada del presente estudio se observan los relacionados directamente con el servicio de consulta del Hospital Álvaro Ramírez González, puesto que conocerán el estado del servicio. | | |
| 40. Describa los beneficios que se obtendrán con la ejecución de la investigación | | Les permitirá establecer planes de mejora y estratégicos para el proceso, así como identificar la necesidad de implementar los requisitos legales aplicables establecidos por el Ministerio de Salud o la creación otros que son relevantes para el Hospital. | | |
| 41. ¿En el proyecto existen conflictos de interés? | | Si | | No X |
| 42. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 41 indique cuáles: | | | | |
| 43. En caso de existir conflicto de interés, indique cómo se garantizará que éste no afecte el desarrollo de la investigación | | | | |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO | | | | |
| 44. ¿En el proyecto se tiene contemplada la aplicación de consentimiento informado? | | Si | | No X |
| En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 44, responda las preguntas N° 45 a 47 , en caso contrario, pase a la pregunta N° 48 | | | | |
| 45. ¿Quién obtendrá el consentimiento informado? | | | | |
| 46. ¿Cómo será obtenido el consentimiento informado? | | Verbal | | Por escrito |
| 47. ¿Cómo se garantizará que los participantes de la investigación han comprendido el alcance y las condiciones de su participación? | | | | |
| ELEMENTOS A UTILIZAR EN EL ESTUDIO | | | | |
| RADIOISÓTOPOS | | | | |
| 48. ¿En este proyecto se utilizarán radioisótopos? | | Si | | No X |

| | | | | |
|--|-----------|--|-----------|----------|
| En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 48, responda las preguntas N° 49 a 51 , en caso contrario, pase a la pregunta N° 52 | | | | |
| 49. Describa el radioisótopo: | | | | |
| 50. Indique la dosis y vía de administración: | | | | |
| 51. ¿El uso de radioisótopos y/o máquinas que producen radiación se realizará solo porque el sujeto está participando en este proyecto? | Si | | No | |
| MÁQUINAS QUE PRODUCEN RADIACIÓN | | | | |
| 52. ¿En este proyecto se utilizarán máquinas que producen radiación? | Si | | No | X |
| En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 52, responda las preguntas N° 53 a 54 , en caso contrario, pase a la pregunta N° 55 | | | | |
| 53. Describa el procedimiento y el número de veces que se realizará en cada sujeto | | | | |
| 54. ¿El uso de las máquinas se realizará solo porque el sujeto está participando en este proyecto? | Si | | No | |
| MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE ADICTIVOS | | | | |
| 55. ¿En este proyecto se utilizarán medicamentos potencialmente adictivos? | Si | | No | X |
| En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 55, responda las preguntas N° 56 a 58, en caso contrario, pase a la pregunta N° 59 | | | | |
| 56. Nombre del producto: | | | | |
| 57. Usos aprobados: | | | | |
| 58. ¿Estos medicamentos se utilizarán sólo porque el sujeto está participando en este proyecto? | Si | | No | |
| MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS EXPERIMENTALES | | | | |
| 59. ¿En este proyecto se utilizarán medicamentos y/o dispositivos experimentales? | Si | | No | X |
| En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 59, responda las preguntas N° 60 a 61, en caso contrario, pase a la pregunta N° 62 | | | | |
| 60. Nombre del producto: | | | | |

| | | | | | |
|---|--|-----------|--|-----------|----------|
| 61. Descripción del producto: | | | | | |
| MEDICAMENTOS, REACTIVOS U OTROS COMPUESTOS QUÍMICOS COMERCIALMENTE DISPONIBLES | | | | | |
| 62. ¿En este proyecto se utilizarán medicamentos reactivos u otros compuestos químicos comercialmente disponibles (Con registro INVIMA)? | | Si | | No | X |
| En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 62, responda las preguntas N° 63 a 68, en caso contrario, pase a la pregunta N° 69 | | | | | |
| 63. Nombre del producto: | | | | | |
| 64. Casa Farmacéutica: | | | | | |
| 65. Usos aprobados: | | | | | |
| 66. ¿Estos medicamentos se utilizarán sólo porque el sujeto está participando en este proyecto? | | Si | | No | |
| 67. ¿Para este medicamento se han reportado reacciones adversas o toxicidad? | | Si | | No | |
| 68. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 67, indique las reacciones adversas reportadas | | | | | |
| EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS | | | | | |
| 69. ¿En este proyecto se utilizarán Equipos y/o dispositivos (Con registro INVIMA)? | | Si | | No | X |
| En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 69, responda las preguntas N° 70 a 74, en caso contrario, pase a la pregunta N° 75 | | | | | |
| 70. Nombre del equipo: | | | | | |
| 71. Indicación: | | | | | |
| 72. Beneficios: | | | | | |
| 73. ¿Para este equipo se han reportado riesgos potenciales? | | Si | | No | |
| 74. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 73, indique los riesgos potenciales reportados | | | | | |

| |
|------------------------------------|
| SANGRE O FLUIDOS CORPORALES |
|------------------------------------|

| | | | | | |
|---|--|-----------|-----------------------------------|-----------|----------|
| 75. En este proyecto se utilizará sangre o fluidos corporales | | Si | | No | X |
| En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 75, responda las preguntas N° 76 a 78, en caso contrario, pase a la pregunta N° 79 | | | | | |
| 76. ¿Cuál es el origen de estas muestras? | Se tomaron en un estudio anterior | | Se tomarán en este estudio | | |
| 77. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones | | Si | | No | |
| 78. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones? | | Si | | No | |
| EMBRIONES HUMANOS O CÉLULAS EMBRIONARIAS | | | | | |
| 79. En este proyecto se utilizarán embriones humanos o células embrionarias | | Si | | No | X |
| En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 79, responda las preguntas N° 80 a 82, en caso contrario, pase a la pregunta N° 83 | | | | | |
| 80. ¿Cuál es el origen de estas muestras? | Se tomaron en un estudio anterior | | Se tomarán en este estudio | | |
| 81. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones | | Si | | No | |
| 82. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones? | | Si | | No | |
| ÓRGANOS O TEJIDOS DE CADÁVERES HUMANOS | | | | | |
| 83. ¿En este proyecto se utilizarán órganos o tejidos de cadáveres humanos? | | Si | | No | X |
| En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 83, responda las preguntas N° 84 a 86, en caso contrario, pase a la pregunta N° 87 | | | | | |
| 84. ¿Cuál es el origen de estas muestras? | Se tomaron en un estudio anterior | | Se tomarán en este estudio | | |

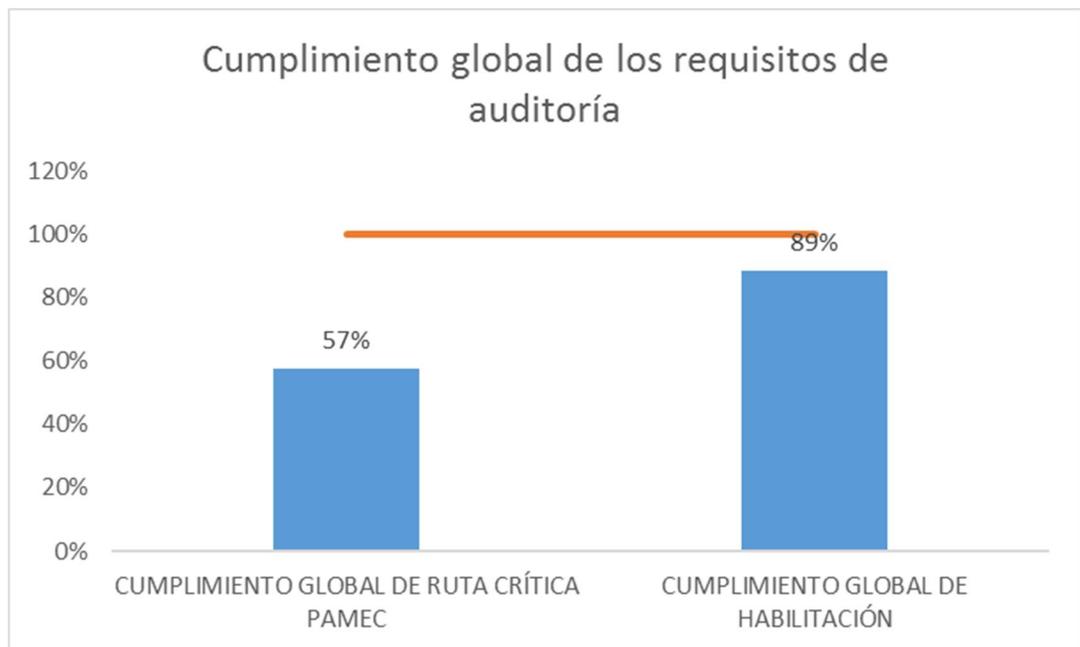
| | | | | | |
|--|-----------------------------------|----|--|----------------------------|---|
| 85. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones | | Si | | No | |
| 86. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones? | | Si | | No | |
| MICROORGANISMOS PATÓGENOS O MATERIAL BIOLÓGICO | | | | | |
| 87. En este proyecto se utilizarán microorganismos patógenos o material biológico | | Si | | No | X |
| En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 87, responda las preguntas N° 88 a 90 | | | | | |
| 88. ¿Cuál es el origen de estas muestras? | Se tomaron en un estudio anterior | | | Se tomarán en este estudio | |
| 89. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones | | Si | | No | |
| 90. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones? | | Si | | No | |

Fuente: Dirección de investigación e innovación, Universidad CES, Autores del proyecto, 2017

6. RESULTADOS

Una vez realizada la auditoría interna para el servicio de consulta externa en el hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, se calculó del grado de cumplimiento de los criterios establecidos en el Anexo 11 utilizando la herramienta Excel. Para lo anterior se pudo calcular que el grado de cumplimiento global de los requisitos es del 86%.

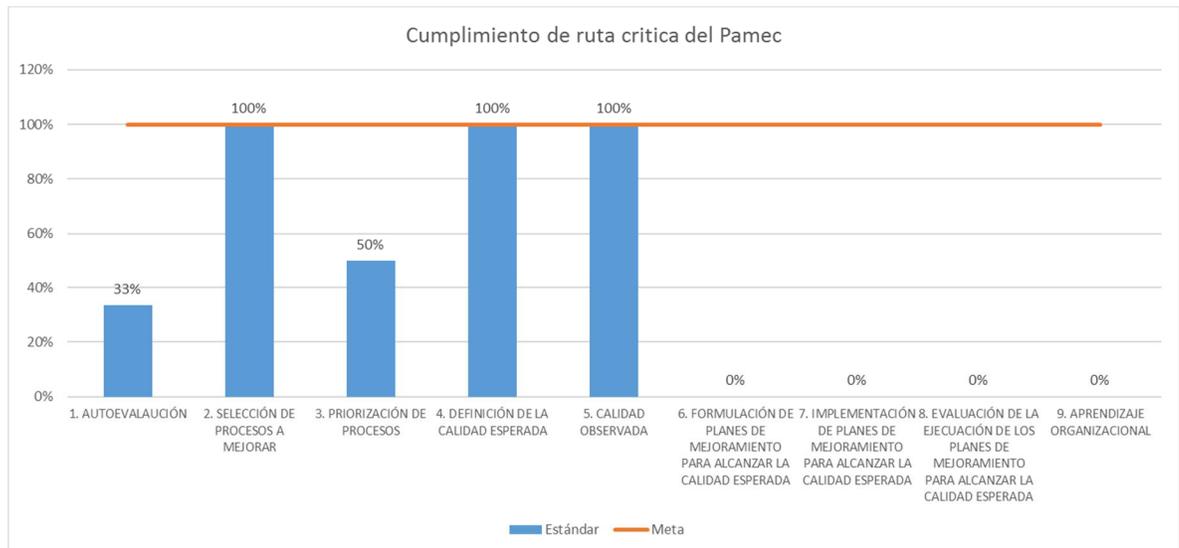
Grafica 1. Cumplimiento global de los requisitos de auditoría en el servicio de consulta externa, Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, año 2017.



Fuente: Auditoría interna para el servicio de consulta externa en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, 27 de septiembre de 2017

En la Grafica 1 se puede observar que en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar el cumplimiento del sistema único de habilitación es del 89% y el cumplimiento global de la ruta crítica del Pamec es del 57% respectivamente.

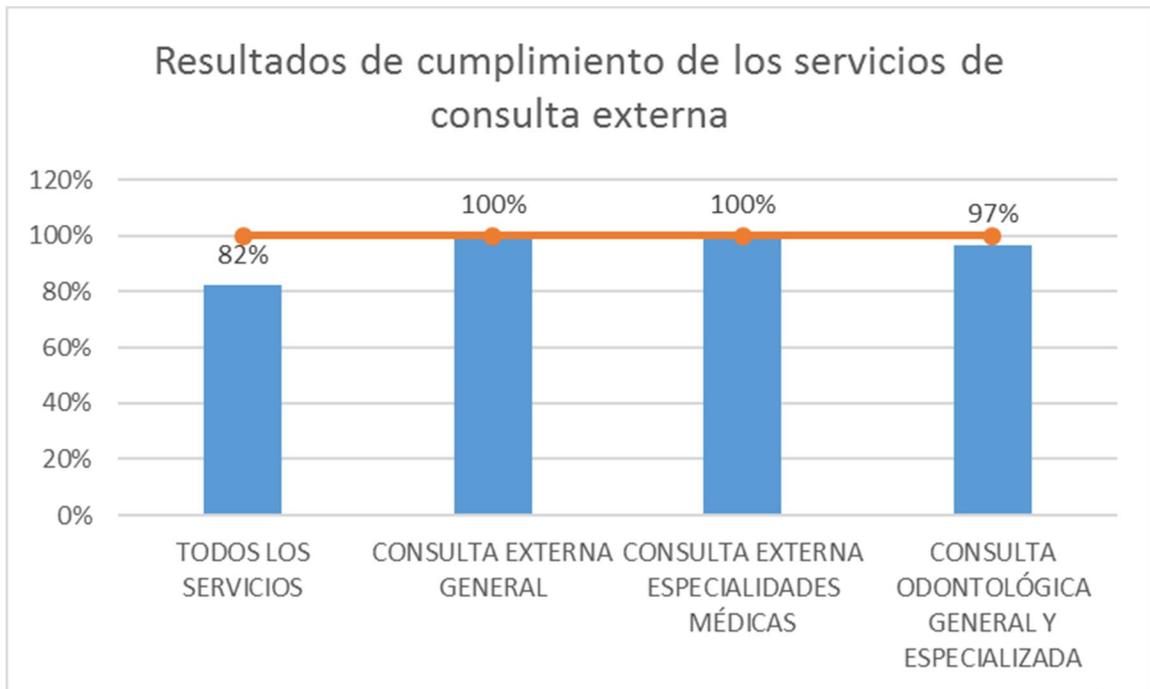
Grafica 2. Cumplimiento de ruta crítica del Pamec en el servicio de consulta externa, Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, año 2017



Fuente: Auditoria interna para el servicio de consulta externa en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, 27 de septiembre de 2017

En la Grafica 2 se puede evidenciar que el cumplimiento global de la ruta crítica del Pamec se ve afectada por el incumplimiento de la etapa %Autoevaluación+ ya que sólo alcanzó un cumplimiento del 33% y de la etapa %formulación de planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada+ que obtuvo un 0% de cumplimiento al igual que las etapas %implementación de planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada+, %evaluación de la ejecución de los planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada+y %aprendizaje organizacional+.

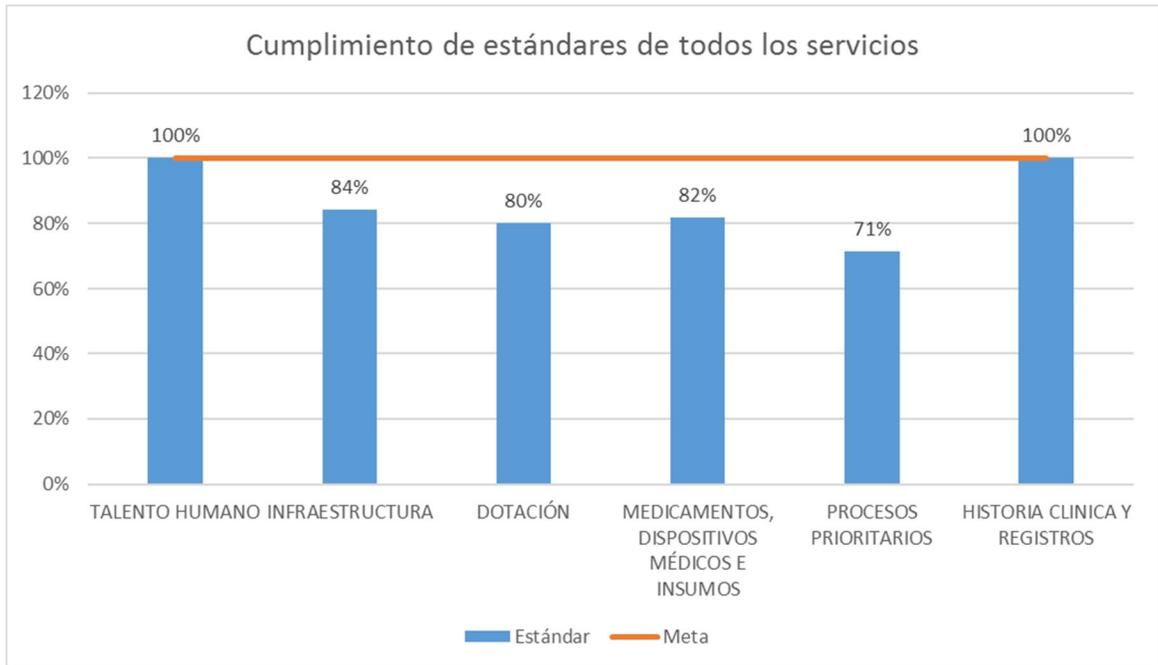
Grafica 3. Resultados de cumplimiento de los servicios de consulta externa, Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, año 2017.



Fuente: Auditoria interna para el servicio de consulta externa en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, 27 de septiembre de 2017

En la Grafica 3 se puede observar el resultado del cumplimiento global de habilitación, el cual está relacionado con los resultados de cumplimiento de los estándares de "todos los servicios" que obtuvo un cumplimiento del 82%, el cumplimiento del servicio de "consulta externa general" es del 100% al igual que los servicios de "consulta externa especialidades médicas" y un 97% de cumplimiento en "consulta odontológica general y especializada" respectivamente.

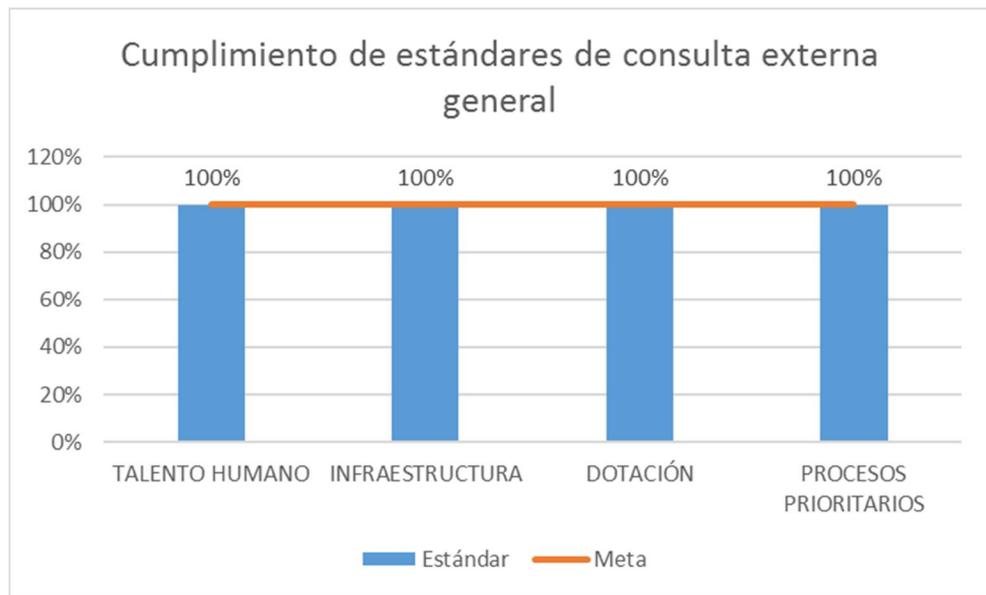
Grafica 4. Cumplimiento de estándares de todos los servicios en el servicio de consulta externa, Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, año 2017.



Fuente: Auditoria interna para el servicio de consulta externa en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, 27 de septiembre de 2017

La Grafica 4 presenta a detalle la calificación del 82% de todos los servicios, donde se evidencia que se ve afectado por la calificación de 84% en infraestructura, 80% en dotación, 82% en medicamentos, dispositivos médicos e insumos y 71% en procesos prioritarios.

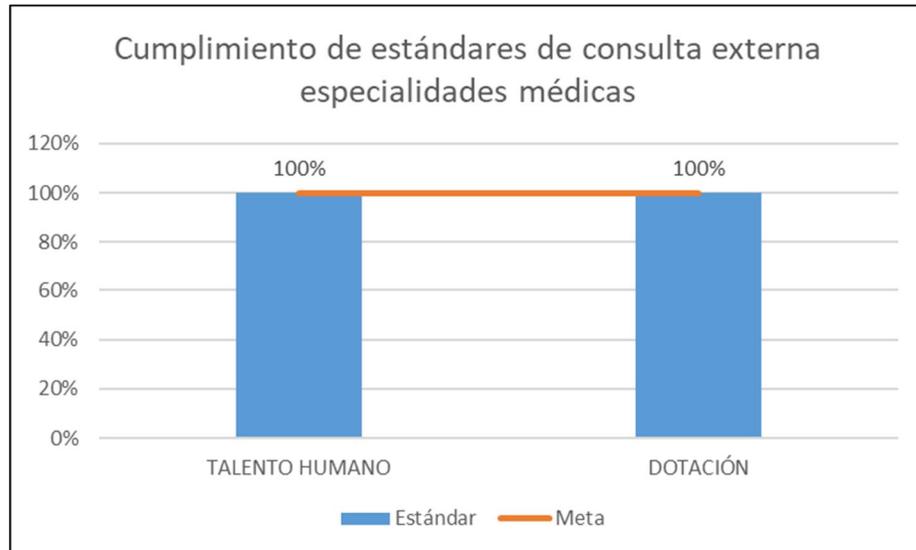
Grafica 5. Cumplimiento de estándares de consulta externa general en el servicio de consulta externa, Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, año 2017.



Fuente: Auditoria interna para el servicio de consulta externa en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, 27 de septiembre de 2017

En la Grafica 5 se presenta el grado de cumplimiento de los estándares de talento humano, infraestructura, dotación y procesos prioritarios del servicio general de consulta externa, el cual obtuvo una calificación de 100% en todos los requisitos.

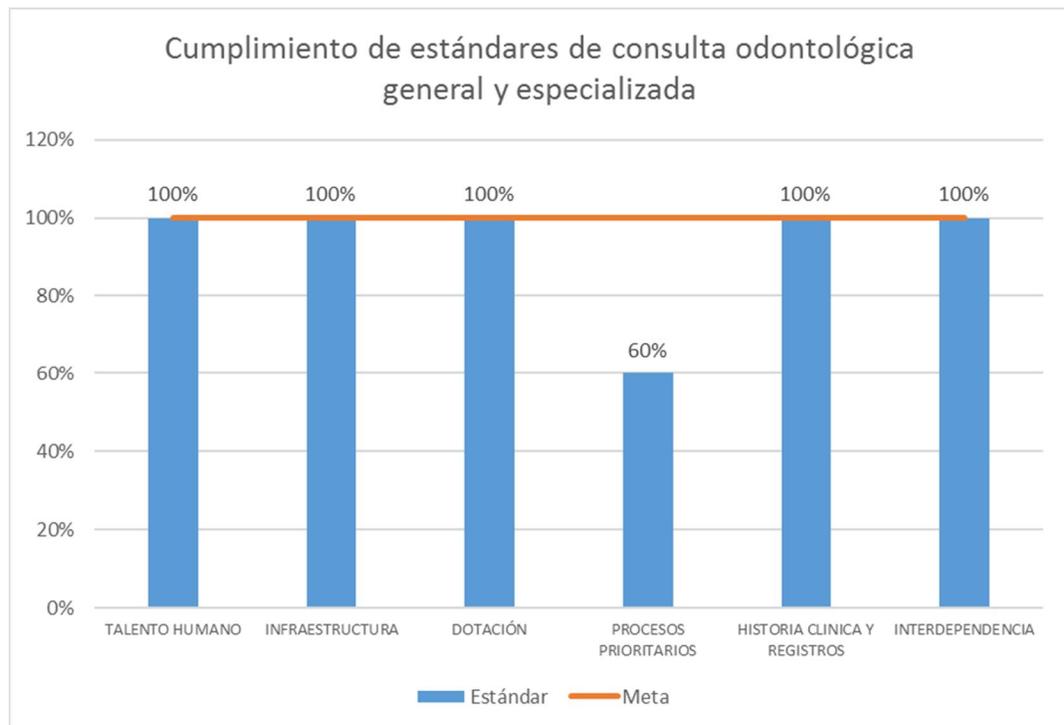
Grafica 6. Cumplimiento de estándares de consulta externa especializada médicas en el servicio de consulta externa, Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, año 2017.



Fuente: Auditoria interna para el servicio de consulta externa en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, 27 de septiembre de 2017

En la Grafica 6 se presenta el cumplimiento del 100% de los estándares de talento humano y dotación de consulta externa para las especialidades médicas.

Grafica 7. Cumplimiento de estándares de consulta odontológica general y especializada en el servicio de consulta externa, Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, año 2017.



Fuente: Auditoria interna para el servicio de consulta externa en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, 27 de septiembre de 2017

En la Grafica 7 se evidencia el cumplimiento de estándares de consulta odontológica general y especializada en el servicio de consulta externa, en los requisitos de talento humano, infraestructura, dotación, historia clínica y registros, e interdependencias presentan cumplimientos del 100% mientras que en el estándar de procesos prioritarios se presenta un cumplimiento del 60%.

6.1. PLAN DE INTERVENCIÓN

Para generar el plan de intervención de las oportunidades de mejora identificadas en la aplicación de la herramienta del

Anexo 11. 11 se determinó que todos los requisitos calificados con el atributo no cumple (NC) de la herramienta son los componentes para la realización del plan de intervención.

Para lo anterior se realizaron reuniones con los responsables de las áreas y del grupo de estándares tanto de habilitación con del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), de estas reuniones se generaron una serie de actividades que permiten alcanzar las oportunidades de mejora identificadas. En un plan de intervención se puede observar todas las actividades cuyo objetivo es lograr el mejoramiento continuo de la calidad en el hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar y así dar cumplimiento a requisitos legales establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En la Tabla 8 se presenta el plan de intervención de mejoramiento continuo; si se cumple con cada una de las actividades descritas se puede concluir que el servicio de consulta externa del hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar cumplirá con todos los requisitos legales aplicables establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando así una atención segura, mejorando la percepción de los usuarios y familiares frente a la atención en salud, optimizando los procesos y generando una institución con estándares de calidad superiores en la región.

Tabla 8. Plan de intervención de mejoramiento continuo del hospital Álvaro Ramírez González, septiembre 2017

| ASPECTO | OPORTUNIDAD DE MEJORA | ACTIVIDADES | RESPONSABLE | PRESUPUESTO | 2017 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|---|------------------------|-------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | | | | | | | | | | | | | |
| PAMEC | Construir el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad con el enfoque es el Sistema Único de Acreditación | Conformar los equipos de autoevaluación por grupos de estándares | Coordinador de calidad | \$ 10.000 | █ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Definir la metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA | Coordinador de calidad | \$ 10.000 | █ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Definir los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación | Coordinador de calidad | \$ 10.000 | █ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAMEC | Proveer información para cada uno de los procesos sobre la consistencia del mejoramiento implementado | Realizar plan de auditoria | Coordinador de calidad | \$ 10.000 | | █ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Indicar dentro de los objetivos de auditoria la verificación del Pamec | Coordinador de calidad | \$ 10.000 | | █ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Realizar auditorias | Coordinador de calidad | \$ 250.000 | | | | █ | | | | | | | | | | | | | | | |
| PAMEC | Incluir planes de gestión de los Comités Institucionales reflejando el compromiso de la entidad en el | Incluir en el plan de trabajo del Pamec los resultados de los comités institucionales | Coordinador de calidad | \$ 50.000 | | | █ | | | █ | | | █ | | | █ | | | | | | | |
| | | Realizar el | Coordinador | \$ 100.000 | | | █ | | | █ | | | █ | | | █ | | | | | | | █ |

7. CONCLUSIONES

1. Para el cumplimiento del trabajo se diseña e implementa un plan de auditoría interna al servicio de consulta externa del Hospital Local Álvaro Ramírez González del Municipio de San Martín Cesar, presenta un cumplimiento global del 86%, esto permite identificar oportunidades de mejora que se definen en el plan de intervención de mejoramiento continuo, con el objetivo principal de mejorar la calidad del servicio.
2. Durante la ejecución y análisis de la información obtenida después de haber recolectado la información, se identifican aspectos de mejora que requieren una baja necesidad de recursos, son de fácil alcance y que influyen de manera importante en la calificación, como son los requisitos de procesos prioritarios e infraestructura.
3. Las oportunidades de mejora más comunes están relacionadas con la actualización o diseño de procedimientos, guías, protocolos y formatos los cuales son necesarios para estandarizar el modelo de atención, garantizando una atención segura y de calidad.
4. Se establece un plan de auditoría interna para el servicio de consulta externa del Hospital Álvaro Ramírez González, para el cual se diseñó una herramienta de evaluación que permite la revisión de la documentación existente de control interno y auditorías previas además de, la legislación aplicable.
5. Todos los hallazgos u oportunidades de mejora fueron catalogados como prioritarios y su calidad esperada se definió como el cumplimiento de cada requisito de los estándares, a su vez fueron tenidos en cuenta en el plan de

intervención de mejoramiento continuo, dando cumplimiento a los requisitos legales aplicables y de calidad de la atención.

6. El plan de intervención para el mejoramiento continuo, permite alcanzar el grado de cumplimiento total de los requisitos legales, optimizar la calidad de la atención en salud y alcanzar niveles de satisfacción esperados mejorando la percepción de los usuarios y familiares.
7. El compromiso del personal administrativo y asistencial es vital para mostrar resultados positivos en la atención de los pacientes y familia, demostrando un grado importante de responsabilidad que permita cumplir con el plan de mejoramiento y alcanzar así estándares superiores de calidad.
8. El Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar, cuenta con un servicio de consulta externa que logra prestar un servicio de salud seguro, pero que puede mejorar con la implementación de oportunidades que fueron halladas en los diferentes aspectos de la herramienta de evaluación.

8. RECOMENDACIONES

1. Dar cumplimiento al plan de intervención diseñado y propuesto ya que si se llevan a cabo cada una de las actividades descritas se alcanza un nivel de calidad superior, prestando una atención satisfactoria para los usuarios y familiares.
2. Involucrar a los comités interinstitucionales en los programas o estrategias de mejoramiento continuo como lo es el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad con el fin de definir todas las barreras de seguridad necesarias garantizando una atención segura.
3. Se recomienda generar un plan de intervención documental para ajustar y estandarizar los procesos del servicio de consulta externa, teniendo en cuenta el enfoque de los estándares definidos en el Sistema Único de Acreditación
4. Se debe contar con mayor participación del personal administrativo y operativo para que se generen mayores espacios de discusión en torno al mejoramiento en el diligenciamiento de los registros clínicos.
5. Fortalecer el programa de formación continua enfocando temas de cumplimiento de requisitos legales para que el personal conozca la importancia de cumplir con dichos requisitos que están implantados y que el Hospital debe acatarlos.
6. Es importante que periódicamente este proceso se aplique con el fin de lograr un mejoramiento continuo del proceso de consulta externa en el Hospital Local Álvaro Ramírez González del Municipio de San Martín Cesar, identificando oportunidades de mejora y prestando cada vez más una mejor atención en salud.

7. Se debe revisar periódicamente la documentación del servicio con el fin de mantener actualizado todos los protocolos necesarios y procedimientos requeridos para prestar una atención de calidad.

8. Se recomienda revisar constantemente los requisitos legales aplicables que puedan resultar de las modificaciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para incluir en la herramienta de evaluación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kerguelen B. Calidad en Salud en Colombia. Primera edición. Scripto Ltda; 2008.
2. Flores M. El Hospital: Concepto y Funcionamiento Histórico. Nación & Salud [Internet]. Disponible en: <http://www.nacionysalud.com/node/1354>
3. Ecured. Cuba [Internet]. 2014. Disponible en: [Internet] Disponible en: <https://www.ecured.cu/Hospital>
4. Secretaria Distrital de Salud. Manual Guía para el Diseño del Servicio de Consulta Externa [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Plan%20Maestro%20de%20Equipamiento%20en%20Salud/MANUAL%20PARA%20EL%20DISE%C3%91O%20DEL%20SERVICIO%20DE%20CONSULTA%20EXTERNA.pdf>
5. Quintana M. Descripción del servicio de consulta externa [Internet]. Disponible en: http://www.academia.edu/9423351/DESCRIPCION_DEL_SERVICIO_DE_CONSULTA_EXTERNA
6. Hospital Local Álvaro Ramírez González E.S.E. Hospital Local Álvaro Ramírez González E.S.E. [Internet]. 2016. Disponible en: [Internet] Disponible en: <http://www.harg.gov.co/es/acerca-de-la-entidad/estructura-organizacional>
7. Malagón G. Auditoria en Salud: Para una Gestión Eficiente. Tercera Edición. Panamericana; 2014.
8. Rezzónico R, Menzica C, Rezzónico M. Auditoria médica y garantía de calidad de la gestión sanitaria. Primera Edición. Journal; 2016.
9. Heredia F. Calidad y Auditoria en Salud [Internet]. Tercera edición. ECOE Ediciones; Disponible en: [Internet] Disponible en: <http://www.ecoediciones.com/wp-content/uploads/2016/08/Calidad-y-auditoria-en-salud-Vista-preliminar-del-libro.pdf>
10. Navarro F, Hernández H, Robledo H, Romero T. Mejora de proceso de consulta externa, a través de la metodología de análisis de recorrido en un hospital general [Internet]. 2008. Disponible en: Disponible en: <file:///C:/Users/jlnavarrol/ICB/Downloads/Dialnet-MejoraDeProcesoDeConsultaExternaATravesDeLaMetodol-3626618.pdf>

11. Saucedo-Valenzuela, A.L. et al. Ambulatory health services user's experience of waiting time and expenditure and factors associated with the perception of low quality of care in Mexico. 2010;(BMC Health Services Research 2010):10:178.
12. Colombia, Ministerio de Salud y Protección social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud [Internet]. 2007. Disponible en: [Internet] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guia-s-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>
13. COLOMBIA, MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud [Internet]. 2007. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>
14. Esteban A. El control de la calidad asistencial, una responsabilidad compartida. Rev Clin Esp. 1988;182(3): 72-80.
15. Piscocoya J. Auditoría Médica Boletín Sanfernandino. (U.N.M.S.M. - Facultad de Medicina).; 1999 p. 7: 3-28.
16. Piscocoya J. Calidad de la Atención en Salud a través de la Auditoría Médica. Universidad Nacional Mayor de San Marcos [Internet]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/379/37961308.pdf>
17. Young P, Hortis V, Chambí M, Finn B. Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento. Revista médica de Chile. junio de 2011;139:139: 807-813.
18. Ardon C. Análisis del debate actual sobre las diferentes perspectivas de calidad de vida [Internet]. 2003. Disponible en: Disponible en www.gerenciasalud.com
19. Ardon N. Cubillos A. Sistema para el monitoreo de la calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III nivel de Atención. 2003.
20. Asorey G. La calidad del Servicio y el Profesional de la Salud [Internet]. 2003. Disponible en: Disponible en www.gerenciasalud.com
21. Hannu V. Garantía de la Calidad en Europa. Salud Pública de México. junio de 1993;Vol.35(No.3).

22. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud [Internet]. Disponible en: Disponible:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf>
23. Zapata VC, Angulo PP. Seminario Taller sobre Auditoría Médica. participación de la Escuela Nacional de Salud Pública; 1979.
24. Feld. El Control de la atención médica. Argentina: López Libreros; 1978.
25. Barkin J. Dirección de Hospitales. Mc. Graw Hill. 1992.
26. Gómez D. Evolución de la Atención Médica Ambulatoria y Hospitalización. 1986.
27. Piscoya J. Manual de Auditoría Médica de Hospitalización. Hospital Nacional Guillermo Almenara; 1999.
28. Humberto de Moraes. Salud Pública de México. 1993;35(3).
29. Tarco D. Auditoría médica y calidad de atención en el programa de atención domiciliaria ESSALUD 2003 [Internet]. 2003. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/tarco_vd/tarco_vd.PDF
30. García J. Evaluación de la calidad y calidez de atención a los usuarios del subcentro de salud "El Bosque". Propuesta gerencial de mejoramiento. Periodo 2011 [Internet]. 2012. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1037/1/tesis%20de%20Maestria%20en%20gerencia%20de%20salud%20%20dr.%20jorge%20garcia.pdf>
31. Bermúdez José, López M, López C. procedimientos de auditoria interna para evaluar la calidad con que se brindan los servicios de salud a los usuarios del Instituto Salvadoreño del seguro social [Internet]. 2014. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/6630/1/TESIS%20GRUPO%2077%20AUDITORIA%20GUBERNAMENTAL.pdf>
32. Sánchez L. Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León [Internet]. 2012. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/3332/1/1080256485.pdf>
33. Argel Juan, et al. Modelo de auditoría de la calidad de la atención en salud, para la IPS Clínica Revivir S.A. estructura técnica y metodológica básica

- [Internet]. 2005. Disponible en:
<http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2005/116372.pdf>
34. Morales C. Nivel de satisfacción de los pacientes que asisten al servicio de urgencias, frente a la atención de enfermería en una institución de primer nivel de atención en salud, en Mistrato Risaralda. febrero a abril de 2009 [Internet]. 2009. Disponible en:
<http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis12.pdf>
35. Moncada E. Diseño e implementación de un modelo de auditoría de historia clínicas para una IPS domiciliaria de la ciudad de Pereira Risaralda [Internet]. 2013. Disponible en:
<http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/3921/65745V436.pdf?sequence=1>
36. fernández K, Ariza C. Plan de mejora para el desarrollo del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC) de la clínica de optometría de la Universidad de la Salle: Atención al usuario [Internet]. 2011. Disponible en:
<http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/8955/T50.11%20F391p.pdf?sequence=1>
37. Carreño D, Castro R, Ochoa S. Plan de mejoramiento continuo para una IPS [Internet]. 2012. Disponible en:
<http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/1989/CarreroDiana2012.pdf?sequence=5>
38. Mosquera A, Riascos Y. Medición de la satisfacción del cliente del servicio de consulta externa del Hospital San José de Tado [Internet]. 2015. Disponible en:
<http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1031/Ananyer%20Leonor%20Mosquera%20.pdf?sequence=1>
39. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 [Internet]. 2006. Disponible en: [Internet] Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
40. Suñol R, Bañeres J. Origen, evolución y características de los programas de la Gestión de la Calidad en los servicios de salud. 1998.
41. Donabedian A. Continuidad y Cambio en la búsqueda de la Calidad. Revista de Calidad Asistencial. 1994;

42. Congreso de la Republica de Colombia. Constitución Política de Colombia [Internet]. 1991. Disponible en: [Internet] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
43. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 10 de 1990 [Internet]. Disponible en: [Internet] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf
44. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 100 de 1993 [Internet]. Disponible en: [Internet] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
45. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011 [Internet]. Disponible en: [Internet] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
46. Colombia, Ministerio de Salud y Protección social. Decreto 903 de 2014 [Internet]. Disponible en: [Internet] Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Decreto%200903%20de%202014.pdf>
47. Colombia, Ministerio de Salud y Protección social. Decreto 780 de 2016 [Internet]. Disponible en: [Internet] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
48. Colombia, Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 2181 de 2008 [Internet]. Disponible en: [Internet] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202181%20de%202008.pdf
49. Colombia, Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 2003 [Internet]. 2014. Disponible en: [Internet] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
50. Colombia, Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 2082 de 2014 [Internet]. Disponible en: [Internet] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202082%20de%202014.PDF
51. Colombia, Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 256 de 2016 [Internet]. Disponible en: [Internet] Disponible en:

<http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resoluci%C3%B3n%200256%20de%202016%20SinfCalidad.pdf>

52. Colombia, Ministerio de Salud y Protección social. Circular 012 de 2016 [Internet]. Disponible en: [Internet] Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/CIRCULAR%20EXT%20000012.pdf>
53. ICONTEC. ISO 19011:2012 [Internet]. Disponible en: [Internet] Disponible en: <http://intranet.bogotaturismo.gov.co/sites/intranet.bogotaturismo.gov.co/files/file/Norma.%20NTC-ISO19011.pdf>
54. Hospital Local Álvaro Ramírez González E.S.E. Informe de saneamiento fiscal y financiero Hospital Álvaro Ramírez González. San Martín Cesar; 2014.
55. Hospital Local Álvaro Ramírez González E.S.E., Charris M. Manual de auditoria de procesos prioritarios. 2015.
56. Calderon J. Modelo de aprendizaje metodología de la investigación científica [Internet]. 2008. Disponible en: [Internet]. Disponible en: conasin.web.officelive.com/Documents/Metodología%20de%20la%20Investigación-2009.pdf
57. Colombia, Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 8430 de 1993 [Internet]. Disponible en: [Internet] Disponible en: https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/etica_res_8430_1993.pdf

Anexo 11. Lista de chequeo para evaluar las condiciones de calidad para la prestación del servicio de consulta externa en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar

| Lista de chequeo para evaluar las condiciones de calidad para la prestación del servicio de consulta externa en el Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar | | | | |
|---|--|----------------------|-----------|----------------------|
| C: Cumple | | NC: No Cumple | | |
| RUTA CRÍTICA DEL PAMEC | ASPECTO CHEQUEABLE | C | NC | OBSERVACIONES |
| ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD | | | | |
| El alcance del mejoramiento de la calidad de la entidad, debe ser explícito y se debe orientar en uno o varios de los siguientes temas: 1. Sistema Único de Acreditación 2. Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad 3. Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales 4. Fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente En todo caso, el PAMEC, debe ser superior al cumplimiento de estándares de Habilitación. | Escrito incorporado en el documento PAMEC donde se evidencie el alcance y propósito del mejoramiento de la calidad emprendido por la entidad | | | |
| Duración de la implementación del PAMEC, evidenciando el periodo en el que se estará implementando el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad | Periodo de implementación y evaluación del PAMEC debidamente documentado | | | |
| RUTA CRÍTICA DEL PAMEC | | | | |
| 1. AUTOEVALUACIÓN | | | | |
| Evidencia del análisis de la siguiente información, como base del inicio del PAMEC: | | | | |
| Si el enfoque es el Sistema Único de Acreditación: 1. La conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares 2. La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA. 3. Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación 4. Los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA si hay una previa | Instructivo para la preparación para la acreditación de la entidad | | | |
| Resultado de las auditorías Internas que realiza la IPS, que deben tener el objetivo de monitorizar y verificar el avance de la entidad en el | Principales hallazgos de las auditorías realizadas | | | |

**Lista de chequeo para evaluar las condiciones de calidad para la prestación del servicio de consulta externa en el Hospital
Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar**

C: Cumple

NC: No Cumple

| RUTA CRÍTICA DEL PAMEC | ASPECTO CHEQUEABLE | C | NC | OBSERVACIONES |
|---|--|----------|-----------|----------------------|
| aseguramiento de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo. Los resultados de dichas auditorías proveerán información para cada uno de los procesos sobre la consistencia del mejoramiento implementado | en el periodo | | | |
| Resultado de las Auditorías externas que proveen información de las partes interesadas y/o clientes y que reflejan la medición objetiva de aspectos claves en la prestación de servicios de salud de índole legal que también orientan a la IPS en la mejora continua de la calidad | Principales hallazgos de las auditorías realizadas en el periodo | | | |
| Resultados de la gestión de los Comités Institucionales a partir de sus planes de acción definidos para cada vigencia. El cumplimiento de dichos planes reflejará el compromiso de la entidad en el mejoramiento continuo de la calidad | Evidencia del análisis de la gestión de los comités institucionales | | | |
| Análisis de los resultados de los indicadores reglamentarios y de los institucionales que reflejen el estado de los mismos frente a unos estándares o metas definidas. | Evidencia del análisis de los resultados de los indicadores | | | |
| Análisis de la escucha de la voz del cliente que arroja resultados sobre el impacto en el usuario y su familia de todas las acciones de mejoramiento emprendidas en la institución y es el medidor por excelencia del enfoque en el cliente de una entidad | Evidencia del análisis de la voz del cliente | | | |
| 2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR | | | | |
| Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar la correlación de los grupos de estándares de acreditación con los procesos del mapa de procesos de la entidad, a fin de evidenciar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de calidad superior que apliquen | Matriz de correlación de estándares de Acreditación con procesos institucionales | | | |
| Si el alcance del PAMEC no es acreditación, la entidad debe contar con una evidencia del listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta crítica del PAMEC | Listado de procesos seleccionados a mejorar | | | |
| 3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS | | | | |

**Lista de chequeo para evaluar las condiciones de calidad para la prestación del servicio de consulta externa en el Hospital
Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar**

C: Cumple

NC: No Cumple

| RUTA CRÍTICA DEL PAMEC | ASPECTO CHEQUEABLE | C | NC | OBSERVACIONES |
|--|--|----------|-----------|----------------------|
| Si el alcance del PAMEC es acreditación, se debe evidenciar la priorización de oportunidades de mejoramiento para cada uno de los grupos y subgrupos de estándares de acreditación. Se sugiere utilizar el documento ABC de planes de mejoramiento de la calidad. | Instrumento técnico con la priorización de oportunidades de mejoramiento formuladas en la autoevaluación de estándares de acreditación | | | |
| Si el alcance del PAMEC no es acreditación, se debe evidenciar una metodología validada de priorización de procesos, como la matriz de factor crítico de éxito | Metodología validada y aplicada para la priorización de procesos | | | |
| 4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA | | | | |
| Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar en él, a qué nivel de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que le apliquen se espera llegar en el período de implementación de dicho PAMEC. | Evidencia de la definición de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que espera alcanzarse en el periodo de vigencia del PAMEC | | | |
| Si el alcance del PAMEC no es la acreditación, se debe evidenciar a dónde se espera llegar con la implementación del PAMEC en la vigencia así: 1. Si el alcance es el Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad, indicar la meta a cumplir 3. Si el alcance es el fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales, indicar el nivel deseado de riesgo al que se espera llegar. 4. Si el alcance es el fortalecimiento del Programa de Seguridad de paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente, indicar el logro esperado | Definición explícita del nivel al que se espera alcanzar en cada uno de los alcances definidos del PAMEC | | | |

**Lista de chequeo para evaluar las condiciones de calidad para la prestación del servicio de consulta externa en el Hospital
Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar**

C: Cumple

NC: No Cumple

| RUTA CRÍTICA DEL PAMEC | ASPECTO CHEQUEABLE | C | NC | OBSERVACIONES |
|--|--|----------|-----------|----------------------|
| 5. CALIDAD OBSERVADA | | | | |
| Listado de las auditorías planeadas en la vigencia del PAMEC, para evidenciar los avances logrados en su implementación | Listado de las auditorías internas a realizarse en el periodo del PAMEC | | | |
| Evidencia gradual de la implementación de las auditorías planeadas con la identificación de hallazgos y oportunidades de mejoramiento recomendadas | Informe de las auditorías realizadas frente a las planeadas | | | |
| Si el enfoque es la preparación para la acreditación, además de lo anterior, evidencia de los resultados de la autoevaluación de estándares de acreditación si en el periodo se realizó la misma | Autoevaluación de todos los estándares de acreditación que le aplican | | | |
| 6. FORMULACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA | | | | |
| Evidencia documental de la formulación de planes de mejoramiento tendientes a alcanzar la calidad esperada. Si el alcance del PAMEC es la acreditación, se debe contar con planes de mejoramiento para cada grupo de estándares de acreditación, a saber, direccionamiento, gerencia, proceso de atención al cliente asistencial, gerencia de la información, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de la tecnología y mejoramiento de la calidad | Planes de mejoramiento formulados | | | |
| 7. IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA | | | | |
| Evidencia documental de la implementación de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramientos formulados para alcanzar la calidad esperada | Evidencia documental de la implementación de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramientos formulados para alcanzar la calidad esperada | | | |

**Lista de chequeo para evaluar las condiciones de calidad para la prestación del servicio de consulta externa en el Hospital
Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar**

C: Cumple

NC: No Cumple

| RUTA CRÍTICA DEL PAMEC | | ASPECTO CHEQUEABLE | C | NC | OBSERVACIONES |
|---|---|--------------------|----|---------------|---------------|
| 8. EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA | | | | | |
| Evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada. Incluye el seguimientos desde el autocontrol y de la auditoría interna | Evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada. Incluye el seguimiento desde el autocontrol y de auditoría interna. Semaforización del cumplimiento de los planes de mejoramiento. | | | | |
| 9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL | | | | | |
| Documento que evidencie el análisis de la ejecución del PAMEC, luego de finalizado el periodo de implementación definido, con el fin de identificar las acciones que deben estandarizarse en la entidad | Documento de análisis de las acciones que deben estandarizarse en la entidad | | | | |
| CRITERIOS DE HABILITACIÓN | | | | | |
| TODOS LOS SERVICIOS | | | | | |
| Estándar | Criterio | C | NC | OBSERVACIONES | |
| Talento Humano | El talento humano en salud, cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación. | | | | |
| | Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención. | | | | |

| | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|
| | Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continua del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados. | | | |
| | Para sedación en odontología con óxido nitroso, el odontólogo, debe contar con certificado de formación para el uso clínico y práctico de este gas. | | | |
| | El odontólogo deberá estar acompañado del personal de apoyo correspondiente. El personal de apoyo, debe encargarse únicamente de la administración del medicamento, monitoreo continuo del paciente y registrar los signos vitales y la respuesta a la sedación | | | |
| | Cuenta con anestesiólogo cuando la atención se trate de pacientes con características particulares; como poco colaboradores, edades extremas, con enfermedades severas: cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o del sistema nervioso central; cualquier alteración del grado de consciencia, con obesidad mórbida, con apnea del sueño, embarazadas, o quienes abusan del alcohol o de las drogas, antecedentes de sedación fallida o que presentaron efectos adversos a algún medicamento utilizado en la sedación; por tener un elevado riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la sedación/analgesia. | | | |
| Infraestructura | Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico de acuerdo a los servicios prestados por la institución. | | | |
| | Los servicios de urgencias, hospitalarios, quirúrgicos y/u obstétricos, solo se podrán prestar en edificaciones exclusivas para la prestación de servicios de salud. | | | |
| | Las instituciones o profesionales independientes que presten servicios exclusivamente ambulatorios, podrán funcionar en edificaciones de uso mixto, siempre y cuando la infraestructura del servicio, sea exclusiva para prestación de servicios de salud, delimitada físicamente, con acceso independiente para el área asistencial. | | | |
| | Las instalaciones eléctricas (tomas, interruptores, lámparas) de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento. | | | |
| | En instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionen en edificaciones de hasta tres (3) pisos existen ascensores o rampas. En edificaciones de cuatro (4) o más pisos, contados a partir del nivel más bajo construido, existen ascensores. | | | |
| | Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de pacientes, usuarios y personal asistencial. | | | |
| | Si se tienen escaleras o rampas, el piso de éstas es uniforme y de material antideslizante o con elementos que garanticen esta propiedad en todo su recorrido, | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| con pasamanos de preferencia a ambos lados y con protecciones laterales hacia espacios libres. | | | |
| Para la movilización de usuarios de pie, en silla de ruedas, o camilla, la cabina de los ascensores deberá tener las dimensiones interiores mínimas que permita la maniobrabilidad de estos elementos al interior y un espacio libre delante de la puerta de la cabina que permita su desplazamiento y maniobra. | | | |
| En los accesos, áreas de circulación y salidas, se deberán evitar los cruces de elementos sucios y limpios. Si las áreas de circulación son compartidas, se utilizan los accesorios para garantizar el debido empaque y transporte de los elementos sucios y limpios, utilizando compreseros, vehículos para la recolección interna de residuos, carros de comida, instrumental quirúrgico y de procedimientos, etc. | | | |
| En instituciones prestadoras de servicios de salud, cuentan con unidades sanitarias para personas con discapacidad. | | | |
| La institución cumple con las condiciones establecidas en el marco normativo vigente para la gestión integral de los residuos hospitalarios y similares. | | | |
| Las instituciones donde se presten servicios de internación, obstetricia, urgencias y recuperación quirúrgica, cuentan con: ambientes exclusivos para el lavado y desinfección de patos o los baños; los cuales cuentan con ducha o aspersores tipo ducha teléfono, para éste fin. | | | |
| Disponibilidad de gases medicinales: (oxígeno, aire medicinal y succión) con equipo o con puntos de sistema central con regulador. | | | |
| La institución cuenta con suministro de energía eléctrica y sistemas de comunicaciones. | | | |
| Los pisos, paredes y techos de todos los servicios deberán ser de fácil limpieza y estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento. | | | |
| Los mesones y superficies de trabajo, tendrán acabado en materiales lisos, lavables, impermeables y resistentes a los procesos de uso, lavado limpieza y desinfección. | | | |
| En las instituciones prestadoras de servicios de salud, existe un ambiente de uso exclusivo para el almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares. | | | |
| Los lugares destinados al almacenamiento central y temporal de residuos hospitalarios y similares, cumplen con las características establecidas en la Resolución 1164 de 2002 o las normas que la modifiquen o sustituyan. | | | |
| La institución dispone en cada uno de los servicios de ambientes de aseo de: poceta, punto hidráulico, desagüe y área para almacenamiento de los elementos de aseo. | | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| Dotación | Utiliza los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico. | | | |
| | En las áreas donde se requiera el cumplimiento del protocolo de lavado de manos, se cuenta con jabón líquido de manos y sistema de secado. | | | |
| | Realiza el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad de uso corriente, en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. | | | |
| | Cuenta con profesional en áreas relacionadas o tecnólogos o técnicos, con certificado de formación para el mantenimiento de los equipos biomédicos y sistemas de gases medicinales. Esta actividad puede ser contratada a través de proveedor externo. | | | |
| | Cuenta con elementos para comunicación externa e interna. | | | |
| Medicamentos, Dispositivos Médicos e Insumos | Todo prestador de servicios de salud, deberá llevar registros con la información de todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA. | | | |
| | Para dispositivos médicos de uso humano requeridos para la prestación de los servicios de salud que ofrece, debe contar con soporte documental que asegure la verificación y seguimiento de la siguiente información: descripción, marca del dispositivo, serie (cuando aplique), presentación comercial, registro sanitario vigente expedido por el INVIMA o permiso de comercialización, clasificación del riesgo (información consignada en el registro sanitario o permiso de comercialización) y vida útil si aplica. | | | |
| | Todo prestador tiene definidas y documentadas las especificaciones técnicas para la selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, devolución, disposición final y seguimiento al uso de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes de la institución y en la atención domiciliaria y extramural, cuando aplique. | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | <p>El prestador que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial para la prestación de servicios de salud, deberá contar con la respectiva resolución de autorización vigente, por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes o la entidad que haga sus veces y cumplir con los requisitos exigidos para el manejo de medicamentos de control, de acuerdo con la normatividad vigente.</p> | | | |
| | <p>Todo prestador debe contar con programas de seguimiento al uso de medicamentos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida) y reactivos de diagnóstico in vitro, mediante la implementación de programas de farmacovigilancia, tecnovigilancia y reactivo vigilancia, que incluyan además la consulta permanente de las alertas y recomendaciones emitidas por el INVIMA.</p> | | | |
| | <p>Los medicamentos homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico y demás insumos asistenciales que utilice el prestador para los servicios que ofrece, incluidos los que se encuentran en los depósitos ó almacenes de la institución se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante ó banco de componente anatómico. El prestador debe contar con instrumentos para medir humedad relativa y temperatura, así como evidenciar su registro, control y gestión.</p> | | | |
| | <p>Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control del cumplimiento que garanticen que no se reúsen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reúso de dispositivos médicos, los prestadores de servicios de salud podrán reusar, siempre y cuando, dichos dispositivos puedan reusarse por recomendación del fabricante, definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que el reprocesamiento del dispositivo no implica reducción de la eficacia y desempeño para la cual se utiliza el dispositivo médico, ni riesgo de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.</p> <p>Por lo anterior, el prestador debe tener documentado el procedimiento institucional para el reúso de cada uno de los dispositivos médicos que el fabricante recomiende, que incluya la limpieza, desinfección, empaque, reesterilización con el método indicado y número límite de reúsos, cumpliendo con los requisitos de seguridad y funcionamiento de los dispositivos médicos, nuevo etiquetado, así como los</p> | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | correspondientes registros de estas actividades. | | | |
| | Si realiza reenvase, reempaque, preparaciones magistrales, preparación y/o ajuste de dosis de medicamentos, incluidos los oncológicos, y/o preparación de nutrición parenteral; se debe contar con la certificación de buenas prácticas de elaboración, expedida por el INVIMA. | | | |
| | Los gases medicinales deberán cumplir con los requerimientos establecidos en la normatividad vigente y los requisitos para el cumplimiento de buenas prácticas de manufactura cuando sean fabricados en la institución. | | | |
| | Para los servicios donde se requiera carro de paro y equipo de reanimación, su contenido (medicamentos, soluciones, dispositivos médicos), deberá ser definido por el servicio que lo requiera, de acuerdo con la morbilidad y riesgos de complicaciones más frecuentes, garantizando su custodia, almacenamiento, conservación, uso y vida útil. | | | |
| Procesos Prioritarios¹ | Cuenta con procesos documentados, socializados y evaluados, de acuerdo al tipo de prestador de servicios de salud, según aplique. | | | |
| | Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas, para la identificación y gestión de eventos adversos, que incluya como mínimo: a. Planeación estratégica de la seguridad: Existe una política formal de Seguridad del Paciente acorde a los lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la República de Colombia. Existe un referente y/o un equipo institucional para la gestión de la seguridad de pacientes, asignado por el representante legal. | | | |
| | b. Fortalecimiento de la cultura institucional: El prestador tiene un programa de capacitación y entrenamiento del personal en el tema de seguridad del paciente y en los principales riesgos de la atención de la institución. El programa debe mantener una cobertura del 90% del personal asistencial, lo cual es exigible a los dos años de la vigencia de la presente norma. | | | |
| | c. Medición, análisis, reporte y gestión de los eventos adversos: La institución tiene un procedimiento para el reporte de eventos adversos, que | | | |

¹Se cuenta con paquetes instruccionales en el link, <http://201.234.78.38/ocs/paquetes/paquetes.html>

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <p>incluye la gestión para generar barreras de seguridad que prevengan ocurrencias de nuevos eventos.</p> | | | |
| | <p>d. Procesos Seguros:</p> <p>Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.</p> <p>Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.</p> <p>Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso.</p> <p>Se tienen definidos y documentados los procedimientos, guías clínicas de atención y protocolos, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento.</p> <p>La institución cuenta con un procedimiento para el desarrollo o adopción de guías de práctica clínica para la atención de las patologías o condiciones que atiende con mayor frecuencia en cada servicio.</p> <p>Las guías a adoptar serán en primera medida las que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social. Estas guías serán una referencia necesaria para la atención de las personas siendo potestad del personal de salud acogerse o separarse de sus recomendaciones, según el contexto clínico. En caso de no estar disponibles, la entidad deberá adoptar guías basadas en la evidencia nacional o internacional.</p> <p>Si decide elaborar guías basadas en la evidencia, éstas deberán acogerse a la Guía Metodológica del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento y existe evidencia de su socialización y actualización.</p> <p>Cada institución establecerá procedimientos en los cuales la guía que adopte o desarrolle, esté basada en la evidencia.</p> <p>La institución cuenta con protocolos para el manejo de gases medicinales que incluya atención de emergencias, sistema de alarma respectivo y periodicidad de cambio de los dispositivos médicos usados con dichos gases.</p> <p>Cuenta con protocolo que permita detectar, prevenir y disminuir el riesgo de accidentes e incidentes de carácter radiológico.</p> | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>Cuenta con protocolo para el manejo de la reanimación cardiopulmonar, con la revisión del equipo y control de su contenido, cuando el servicio requiera éste tipo de equipos.</p> <p>Cuenta con protocolo para la socialización, manejo y seguridad de las tecnologías existentes en la Institución y por servicio.</p> | | |
| | <p>El prestador cuenta con procesos y procedimientos para garantizar la identificación de todos los pacientes garantizando su custodia y vigilancia.</p> <p>El prestador cuenta con procedimientos para garantizar la custodia de las pertenencias de los pacientes durante la prestación de los servicios.</p> | | |
| | <p>En zonas dispersas el prestador cuenta con material en los dialectos que utilicen sus usuarios, dispone de traductor y concierne con la diversidad cultural del territorio, los protocolos de la atención en salud con enfoque diferencial.</p> | | |
| | <p>El prestador cuenta con manual de bioseguridad, procedimientos documentados para el manejo de los residuos hospitalarios infecciosos y/o de riesgo biológico y/o de riesgo radiactivo, acorde a las características del prestador; así como con registros de control de la generación de residuos.</p> | | |
| | <p>Se cuenta con protocolo o manual socializado y verificado de procedimientos para la remisión del paciente, que contemple:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estabilización del paciente antes del traslado. 2. Medidas para el traslado. 3. Lista de chequeo de los documentos necesarios para el traslado que incluya: <ol style="list-style-type: none"> a) Diligenciamiento de los formatos determinados por la normatividad vigente de referencia y contrarreferencia. b) Resultados de apoyos diagnósticos realizados al paciente. c) Resumen de historia clínica. 4. Mecanismos tecnológicos que le permitan realizar el proceso. (Software, correo, entre otros). 5. Recurso humano que debe responsabilizarse de cada una de las etapas del proceso. | | |
| | <p>Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios de consulta externa, urgencias u hospitalización, cuentan con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un Programa de atención en salud para víctimas de violencias sexuales que incluya como mínimo: | | |

| | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|
| | <p>“ Un documento del proceso institucional que orienta la atención en salud de las víctimas de violencias sexuales y su evaluación, según la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.</p> <p>“ Un documento que dé cuenta de la conformación del equipo institucional para la gestión programática del Modelo y Protocolo de la atención integral en salud para las víctimas de violencias sexuales, en el marco de la Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, o la norma que la adicione, modifique o sustituya.</p> <p>2. Certificado de formación del personal asistencial de los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en atención integral en salud de las víctimas de violencias sexuales.</p> | | | |
| Historia Clínica y Registros | Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica. | | | |
| | Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. | | | |
| | Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo. Ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas, cuando ello sea necesario. | | | |
| | El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas, debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros. | | | |
| | Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas, con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos. | | | |

| | | | | |
|---------------------------------|--|----------|-----------|----------------------|
| | <p>Las historias clínicas y/o registros asistenciales: Deben diligenciarse en forma clara, legible, sin tachones, enmendaduras, intercalaciones, sin dejar espacios en blanco y sin utilizar siglas. Cada anotación debe llevar la fecha y hora en la que se realiza, con el nombre completo y firma del autor de la misma. Son oportunamente diligenciados y conservados, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Son diligenciados y conservados garantizando la custodia y confidencialidad en archivo único.</p> | | | |
| | <p>Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente o el responsable del paciente, aprueben o no, documentalmente, el procedimiento e intervención en salud a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos. Cuenta con mecanismos para verificar su aplicación.</p> | | | |
| | <p>Se registran en historia clínica los tratamientos suministrados con ocasión de una posible falla en la atención y se cuenta con un comité de seguridad del paciente para analizar las causas.</p> | | | |
| | <p>Cuando se realicen procedimientos de transfusión, cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registro de la información de los componentes sanguíneos, previo a la aplicación en el paciente. 2. Registro de la información post-transfusional. 3. Registro del informe a la Entidad Departamental o Distrital de Salud, sobre la estadística mensual de sangre y componentes sanguíneos transfundidos. 4. Registro de temperaturas de nevera, congelador y descongelador de plasma. 5. Registro de entrega para incineración de bolsas de sangre y de las unidades de sangre o hemocomponentes descartadas. 6. Registro de las transfusiones en la historia clínica del paciente, que incluya como mínimo la razón para la transfusión, el producto y volumen que fue transfundido y la hora de la transfusión. | | | |
| Consulta Externa General | | | | |
| Estándar | Criterio | C | NC | OBSERVACIONES |
| Talento Humano | Cuenta con profesional de la salud, de acuerdo con los servicios que se oferten. | | | |
| | Si oferta consulta prioritaria, cuenta con el profesional de acuerdo con el servicio | | | |

| | | | | |
|------------------------------|---|--|--|--|
| | ofertado. | | | |
| Infraestructura | Cuenta con los siguientes ambientes, áreas o espacios y características exclusivos, delimitados y señalizados: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sala de espera con ventilación e iluminación natural y/o artificial. 2. Consultorios. | | | |
| | Disponibilidad de unidad sanitaria. | | | |
| | El consultorio cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> 1. Área para entrevista. 2. Área para examen cuando aplique. 3. Lavamanos por consultorio. No se exige adicional si el consultorio cuenta con unidad sanitaria. | | | |
| | Consultorios en los que se realicen procedimientos, cuentan con área con las siguientes características: <ol style="list-style-type: none"> 1. Barrera física fija entre el área de entrevista y el área de procedimientos. 2. Ventilación natural y/o artificial. 3. Iluminación natural y/o artificial. 4. Lavamanos. 5. Mesón de trabajo. | | | |
| Dotación | Los consultorios de los profesionales cuentan con la dotación y los equipos para realizar los procedimientos y valoraciones ofertadas. | | | |
| | Dotación básica para consultorio médico: camilla, tensiómetro, fonendoscopio y equipo de órganos de los sentidos, martillo de reflejos, tallímetro o infantómetro según el caso, cinta métrica y báscula para pacientes y/o báscula para infantes, según el caso. | | | |
| | Los consultorios de otros profesionales de la salud contarán con los equipos básicos requeridos para la prestación de los servicios de consulta externa, de acuerdo con los servicios que preste. | | | |
| Procesos Prioritarios | La institución cuenta con: <ol style="list-style-type: none"> 1. Guías internas y procesos educativos de los eventos de interés en salud pública, según la oferta de servicios de salud. | | | |

| | | | | |
|--|---|----------|-----------|----------------------|
| | 2. Los procesos de implementación o remisión dentro de la red del usuario al programa que requiera, según lo definan las Resoluciones 412 de 2000 y 4505 de 2012 ó las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. | | | |
| | Si realiza procedimientos, cuenta con manual de buenas prácticas de esterilización o desinfección, de acuerdo con los procedimientos que allí se realicen. Disponibilidad del proceso de esterilización de acuerdo con el instrumental o dispositivos que utilice. | | | |
| Consulta Externa Especialidades Médicas | | | | |
| Estándar | Criterio | C | NC | OBSERVACIONES |
| Talento Humano | Cuenta con médico especialista de acuerdo con la oferta de salud y a los programas o títulos autorizados por el Ministerio de Educación. | | | |
| Dotación | Los consultorios de los profesionales cuentan con la dotación y los equipos para realizar los procedimientos y valoraciones ofertadas. | | | |
| | La dotación de los consultorios de especialistas para los cuales no se hayan establecido detalles particulares, será la exigida para la consulta de medicina general. | | | |
| Consulta Odontológica general y especializada | | | | |
| Estándar | Criterio | C | NC | OBSERVACIONES |
| Talento Humano | Cuenta con odontólogo general u odontólogo especialista, de acuerdo con la oferta de servicios. | | | |
| | Si realiza actividades de Protección específica y Detección Temprana, disponibilidad de Odontólogo o auxiliar en odontología o auxiliar en salud oral o auxiliar de higiene oral. | | | |
| Infraestructura | Disponibilidad de: 1. Sala de espera con unidad sanitaria. | | | |
| | El consultorio odontológico cuenta con: 1. Área para el procedimiento odontológico. 2. Lavamanos por consultorio, en caso de contar el consultorio con unidad sanitaria no se exige lavamanos adicional. 3. Área para esterilización con mesón de trabajo que incluye poceta para el | | | |

| | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|
| | <p>lavado de instrumental.</p> <p>4. Área independiente para disposición de residuos.</p> | | | |
| | <p>El ambiente para consulta odontológica con más de dos unidades cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Área para el procedimiento odontológico. 2. Lavamanos (mínimo uno por cada tres unidades odontológicas). 3. Barrera física fija o móvil entre las unidades. 4. Ambiente independiente del área de procedimiento para realizar el proceso de esterilización. No se exigirá cuando la Institución cuente con central de esterilización que garantice el servicio. 5. Área independiente para disposición de residuos. | | | |
| Dotación | <p>Cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unidad Odontológica: <ul style="list-style-type: none"> - Sillón con cabecera anatómica. - Escupidera. - Lámpara odontológica de luz fría. - Bandeja para instrumental. - Eyector. - Jeringa Triple. - Módulo con acople para piezas de mano, micromotor y contra-ángulo. 2. Negatoscopio. 3. Compresor de aire. <p>El negatoscopio, eyector, escupidera, lámpara odontológica de luz fría, piezas de mano, u otros, podrán estar o no incorporados en la unidad.</p> | | | |
| | <p>Dotación de equipos, según el método de esterilización definido.</p> | | | |
| | <p>Disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, de acuerdo con la capacidad instalada, frecuencia de la atención de la consulta, demanda, número de ciclos de esterilización al día, los cuales se componen de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Espejos bucales. 2. Exploradores. 3. Pinzas algodonerías. | | | |
| | | | | |

| | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|
| | 4. Jeringas, cámpulas. | | | |
| | Disponibilidad de: 1. Sondas periodontales. 2. Cucharillas y/o excavadores. | | | |
| | Se cuenta mínimo con el siguiente instrumental para operatoria: 1. Aplicador de dycal. 2. Condensador FP3 o empaadores. 3. Porta amalgama. 4. Opcional bruñidor y/o cleoide-discoide. 5. Opcional espátulas inter-proximales. 6. Fresas para apertura de cavidad y fresas para pulir resinas de diferentes calibres para baja y alta velocidad. | | | |
| | Instrumental para endodoncia: 1. Explorador de conductos, espaciadores, condensadores y limas. | | | |
| | Instrumental para exodoncia simple y quirúrgica: 1. Fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras y mango para bisturí | | | |
| | Instrumental para periodoncia: 1. Curetas. 2. Sondas Periodontales. | | | |
| | El instrumental se requerirá conforme a las actividades y técnicas aplicadas por el profesional. | | | |
| | En los consultorios de especialistas además del instrumental básico, se cuenta con el equipo e instrumental necesario según la especialidad. | | | |
| | Cuenta con mueble para el almacenamiento de instrumental y material estéril. | | | |
| Procesos Prioritarios | Cuenta con: 1. Guías clínicas sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral y manejo de complicaciones anestésicas. 2. Criterios explícitos y documentados sobre las guías, procesos, procedimientos, instructivos, etc., conforme al servicio ofertado. 3. Procedimientos para la información al paciente y la familia sobre recomendaciones y preparación pre procedimiento y recomendaciones | | | |

| | | | | |
|-------------------------------------|---|--|--|--|
| | <p>post procedimiento, controles, posibles complicaciones y disponibilidad de consulta permanente y en general, las previsiones que se requieran para proteger al paciente de las posibles complicaciones que se podrían presentar durante los procedimientos realizados.</p> <p>4. Protocolo de esterilización y suficiencia de instrumental, de acuerdo con la rotación de pacientes.</p> | | | |
| Historia Clínica y Registros | Aplica lo de todos los servicios. | | | |
| Interdependencia | <p>Disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Imagenología. 2. Proceso de esterilización. 3. Transporte asistencial cuando, fuera de salas de cirugía, se realicen procedimientos bajo sedación Grado I y II. | | | |

Anexo 12. Acuerdo de confidencialidad y no divulgación

Entre el Hospital Álvaro Ramírez González con NIT _____ y _____, con documento de identidad N° _____.

Dado que las partes están sosteniendo la realización de un proyecto titulado **%AUDITORIA INTERNA PARA EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL ÁLVARO RAMÍREZ GONZÁLEZ DE SAN MARTÍN CESAR+**, acuerdan que toda información ya sea en forma oral o escrita a través de documentos, registros, contratos, folletos, soportes computacionales y, en general, cualquier procedimiento o forma, en virtud de las cuales se haga posible tomar conocimiento de tal información, tendrá carácter **%confidencial+**.

Las partes acuerdan y se comprometen mutuamente en su propio nombre y en quienes representan a o siguiente:

- I. Mantener la más estricta reserva y confidencialidad sobre todos los antecedentes que reciban y no dar a conocer a terceros en forma alguna, ningún antecedente parcial o total de la Información Confidencial, ni a utilizar esta información para cualquier otro fin que no sea el de tomar sus propias decisiones en relación a las conversaciones entre las partes. La parte que haya entregado la Información Confidencial podrá autorizar su divulgación, sólo previamente y por escrito.
- II. Que el uso de la información entregada por las partes será exclusivamente dentro del marco del proyecto en cuestión.
- III. Proporcionar la información sólo a las personas que sea estrictamente necesario para los fines previstos en este acuerdo.
- IV. No divulgar ni distribuir bajo forma alguna, directa e indirectamente, la información recibida de ambas partes, e impedir que las personas vinculadas a cada una de ellas y que en virtud de este acuerdo tengan acceso a tal información, lo revelen o distribuyan por algún medio, salvo autorización expresa entregada por las partes suscriptoras del presente acuerdo.
- V. Devolverse mutuamente la información que hubiere sido intercambiada cuando una de las partes así se lo solicite a la otra.

Este acuerdo se registrará por la normatividad colombiana; las obligaciones aquí contenidas permanecerán válidas durante el desarrollo del proyecto mencionado a la fecha de la firma de este documento, quedando una copia en poder de cada representante que aquí firman.

Nombre del Representante
Hospital Álvaro Ramírez González

Nombre del estudiante
Universidad

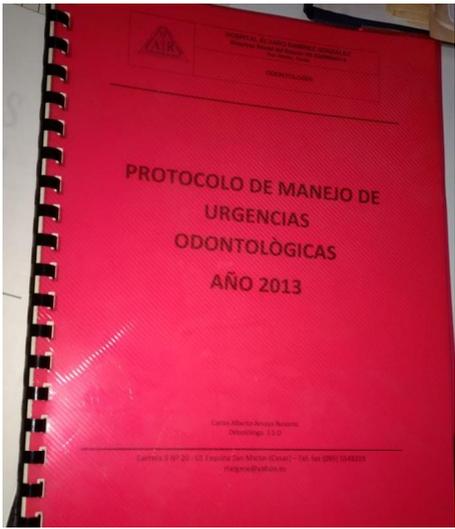
Anexo 13. Plan de auditoria

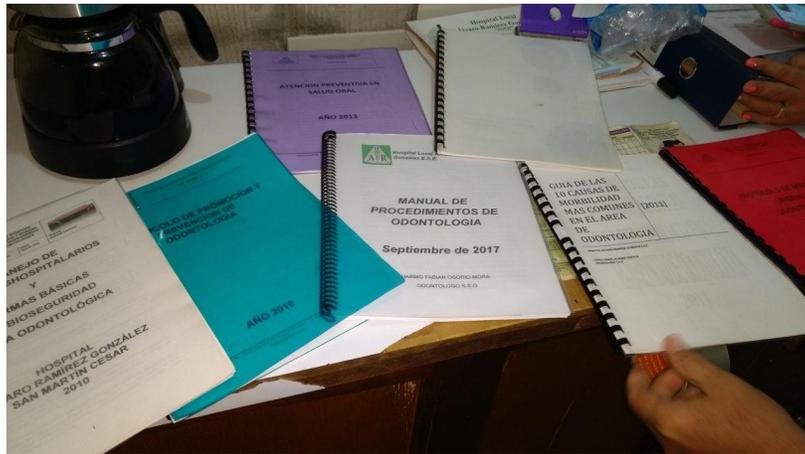
| OBJETIVO: | | Verificar el grado de cumplimiento de los estándares del sistema único de habilitación y de la lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud | | | |
|-----------------------------------|----------------------------|--|---|----------------------------|---|
| ALCANCE DE LA AUDITORÍA: | | Revisión del servicio de consulta externa del Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar. | | | |
| CRITERIOS DE LA AUDITORIA: | | Revisión de los estándares de habilitación 2003 de 2014 y de la lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud | | | |
| LÍDER: | Saúl Fernando Celis Loaiza | EQUIPO AUDITOR: | Oscar Fernando Galán Remolina Pedro Alfonso Jaime Miranda Martha Isabel Moreno Duarte | PROCESOS AUDITADOS: | Consulta externa |
| FECHA | HORA | ACTIVIDAD | REQUISITO | AUDITADO | AUDITOR(ES) |
| 11/09/2017 | 7:00 a.m. | Reunión de apertura | No Aplica | Todos | Saúl Fernando Celis Loaiza Oscar Fernando Galán Remolina Pedro Alfonso Jaime Miranda Martha Isabel Moreno Duarte |
| 11/09/2017 | 8:00 a.m. | Calidad | Estándar de procesos prioritarios y de la lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud | Coordinador de Calidad | Saúl Fernando Celis Loaiza Oscar Fernando Galán Remolina |

| | | | | | |
|------------|------------|---|---|--------------------------------|---|
| 11/09/2017 | 11:00 a.m. | Talento humano | Estándar de talento humano y de la lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud | Coordinadora de Talento Humano | Pedro Alfonso Jaime Miranda Martha Isabel Moreno Duarte |
| 11/09/2017 | 2:00 p.m. | Dotación | Estándar de dotación y de la lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud | Ingeniero Biomédico | Saúl Fernando Celis Loaiza Oscar Fernando Galán Remolina |
| 12/09/2017 | 8:00 p.m. | Infraestructura | Estándar de infraestructura y de la lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud | Coordinador de Infraestructura | Pedro Alfonso Jaime Miranda Martha Isabel Moreno Duarte |
| 12/09/2017 | 10:00 a.m. | Medicamentos y dispositivos médicos e insumos | Estándar de medicamentos y dispositivos médicos e insumos y de la lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud | Químico farmacéutico | Saúl Fernando Celis Loaiza Oscar Fernando Galán Remolina |
| 12/09/2017 | 2:00 p.m. | Historia clínica y registros | Estándar de historia clínica y registros y de la lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud | Auditor Médico | Pedro Alfonso Jaime Miranda Martha Isabel Moreno Duarte |

| | | | | | |
|---|----------------------------|-------------------|-----------|---------------|---|
| 12/09/2017 | 4:00 p.m. | Reunión de cierre | No Aplica | Todos | Saúl Fernando Celis Loaiza Oscar Fernando Galán Remolina Pedro Alfonso Jaime Miranda Martha Isabel Moreno Duarte |
| OBSERVACIONES | | | | | |
| Se realizarán entrevistas a los líderes de los procesos y reconocimiento de las áreas | | | | | |
| RESPONSABLE DEL PLAN | Saúl Fernando Celis Loaiza | | | FIRMA: | FECHA: 28/08/2017 |
| APROBADO | | | | FIRMA: | FECHA: 28/08/2017 |
| CLIENTE/REPRESENTANTE | | | | FIRMA: | |

Anexo 14. Imágenes de infraestructura de los consultorios del Hospital Álvaro Ramírez González de San Martín Cesar





|  | | E.S.E HOSPITAL LOCAL ALVARO RAMIREZ GONZALEZ | | CARRERA 9ª N. 20-01 Tel. 5548319 - 5548476 | |
|---|------------------------|--|------------|---|-----------------------|
| REGISTRO DE ASISTENCIAS A CAPACITACIONES | | | | | |
| INFORMACIÓN GENERAL | | | | FECHA | |
| NOMBRE EXPOSITOR | | Carolina Gomez y | | DIA: 18 de Julio | |
| NOMBRE ARL O EMPRESA | | Marilyn Ruizano | | HORA INICIO | |
| TEMA DEL EVENTO | | Atencion al cliente y reintroducción | | HORAS FINAL | |
| RESPONSABLE EMPRESA | | SIAU Recursos Humanos | | MUNICIPIO: | |
| Participantes: Conductores Porteros | | | | | |
| RELACION DE ASISTENTES | | | | | |
| No. | NOMBRE COMPLETO | CARGO | CÉDULA | TELÉFONO | FIRMA |
| 1 | Horacio Barera | Conductor | 1090284894 | 3208789540 | Horacio Barera |
| 2 | Jhoan J. Barera | Vigilante | 1063619648 | 3153967436 | Jhoan J. Barera |
| 3 | Diego M. Zeta | Conductor | 7168153222 | 8089465 | Diego M. Zeta |
| 4 | Julio Cesar Quintano R | Conductor | 3175452772 | 13502751 | Julio Quintano |
| 5 | Jose Carlos Ribero | Vigilante | 7730718 | 315487434 | Jose Carlos Ribero |
| 6 | Jose Carlos Hernandez | Vigilante | 1063612728 | 3187253162 | Jose Carlos Hernandez |
| 7 | Romel Andres Barroch | Vigilante | 1063622121 | 3183215653 | Romel A. Barroch |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |

INTERVENTORÍAS Y SUPERVISIONES DE CONTRATOS

| LISTA DE CHEQUEO | | NO. FOLIO | INFORMACION GENERAL |
|--|--|-----------|-----------------------|
| Solicitud del Certificado Inexistencia (Gcia) | | | Contrato No. 000 |
| Certificado Inexistencia (Talento Humano) | | | |
| Estudio de necesidad y conveniencia (Junta) | | | |
| Solicitud del CDP (Gcia) | | | CDP: CCA |
| Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) | | | RP: CCA |
| Invitación para la presentación de la propuesta (Gcia) | | | FECHA CONTRATO: 02-01 |
| Propuesta (contratista) | | | |
| Formato único de hoja de vida | | | CONTRATISTA: JENY CCA |
| Anexo de la hoja de vida | | | SANCHEZ |
| Cámara de comercio (Persona Jurídica) | | | |
| Fotocopia de la Cedula ampliada 150% | | | NIT/CC: 9698542 |
| Registro Único tributario - RUT | | | |
| Soporte de pago: Salud, pensión y ARL | | | |
| Certificado de procuraduría | | | Duración: 1 año |
| Certificado de contraloría | | | Valor: \$ 37.488.000 |
| Certificado de policía nacional | | | Objeto: |
| Verificación de idonea y experiencia | | | |
| Mínuta de contrato | | | |
| Resolución de garantía única de cumplimiento | | | |
| Póliza de cumplimiento | | | |
| Registro presupuestal | | | |
| Acta de inicio | | | |
| TOTAL DE FOLIOS | | | |

Observaciones: NA (No aplica)

Fecha: _____ JURIDICA INTERVENTOR/SUPERVISOR