

**INFORME DE BRECHAS ENTRE LOS ESTANDARES DEL SISTEMA UNICO
DE ACREDITACION Y EL NIVEL DE DESEMPEÑO EN UN GRUPO DE 74
HOSPITALES DE MEDELLÍN – ANTIOQUIA – BOYACA – CALDAS Y
NARIÑO**

**ELABORADO POR:
CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA**



**PRESENTADO A:
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
VICEMINISTERIO DE BIENESTAR Y SALUD**

*Fundación***corona**

BOGOTA, MARZO DE 2.007

**INFORME DE BRECHAS ENTRE LOS ESTANDARES DEL SISTEMA UNICO
DE ACREDITACION Y EL NIVEL DE DESEMPEÑO EN UN GRUPO DE 74
HOSPITALES DE I – II NIVEL DE COMPLEJIDAD, UBICADOS EN
MEDELLÍN – ANTIOQUIA – BOYACA – CALDAS Y NARIÑO**

**ELABORADO POR:
CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA**



EQUIPO DE TRABAJO
DR. JULIO PORTOCARRERO MARTINEZ
DR. SERGIO LUENGAS AMAYA
DRA. CARMEN ELISA NUÑEZ SAAVEDRA
DRA. SOFIA RINCON
DRA. ANGELA ROMERO INFANTE
DRA. CLARA CRUZ DE KURATOMI
Asesores

BOGOTA, MARZO DE 2.007

TABLA DE CONTENIDO

1	INTRODUCCION	1
2	JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	3
3	MARCO TEORICO	5
3.1	DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.	5
3.2	LA ACREDITACION	10
3.3	AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.....	13
4	OBJETIVO	16
5	METODOLOGIA	17
5.1	DISEÑO DE INSTRUMENTOS.....	18
5.2	CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN	20
6	RESULTADOS	22
6.1	CALIFICACION CUANTITATIVA.....	22
6.2	CALIFICACION CUALITATIVA.....	26
7	CONCLUSIONES	40
8	RECOMENDACIONES	43



1 INTRODUCCION

El mejoramiento de la atención en salud de la población requiere que las instituciones que tienen a su cargo la prestación de los servicios de salud tengan la capacidad de innovar, de aprender y desaprender, de buscar en forma constante mejores niveles de calidad, de equipos de trabajo con cultura, identificados con el quehacer de su institución y de su razón de ser: la comunidad a quien sirve.

Con este convencimiento un grupo de instituciones de carácter público y privado, como son las Secretarías de Salud de Nariño, Medellín y Boyacá, las Direcciones de Salud de Antioquia y Caldas, las Fundaciones Antonio Puerto, Corona, Prosalud y Emtelsa, el Comité de Cafeteros de Caldas, Comfama y Comfamiliares, y la Cooperativa de Hospitales de Boyacá, aunaron esfuerzos con 109 hospitales en los departamentos de Nariño, Boyacá, Caldas, Antioquia y de la ciudad de Medellín, para mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud de sus usuarios.

Para llevar a cabo este proceso, cada uno de los hospitales participantes evaluó su desempeño frente a un nivel óptimo y alcanzable determinado por los estándares del Sistema Único de Acreditación. A partir de esta evaluación, iniciaron la implementación de planes de mejoramiento utilizando el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, ambos componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud Colombiano.

En el este documento se consolidan los resultados de las brechas identificadas en las 74 instituciones prestadoras de servicios de salud de primer y segundo nivel de complejidad que realizaron la auto evaluación cualitativa y cuantitativa



y desarrollaron el ciclo de mejoramiento. Este informe se elabora con el propósito de entregar información útil para la generación de políticas y el fortalecimiento de la asistencia técnica al sector prestador, por parte del Ministerio de la Protección Social y los entes territoriales departamentales y municipales.

El documento está organizado en 7 secciones. En las 5 primeras se aborda la introducción la justificación, el marco teórico, los objetivos del documento y la metodología. A partir de la sexta sección, se presentan los resultados conclusiones y recomendaciones derivadas de la identificación de las brechas.



2 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Las organizaciones del sector de la salud, y no solamente en Colombia, observan desde hace varios años el entorno sobre el cual se desarrollan los sistemas de salud, cómo los objetivos de desempeño basados en eficiencia, efectividad y calidad juegan un papel preponderante en la regulación de los mercados por competitividad y cómo la información sobre este desempeño juega un papel fundamental en la selección o escogencia de los consumidores o compradores de servicios de salud.

Es pertinente anotar como cada vez mas los mercados sobre los cuales se desenvuelven los prestadores y aseguradores de servicios de salud, son presionados a demostrar compromisos de calidad que vayan mas allá del mero cumplimiento de una serie de requisitos legales de entrada y permanencia. Ahora se exige, que se demuestren niveles de calidad superiores y que estos sean mantenidos y mejorados a través del tiempo. Estos procesos de mejoramiento envían señales a todos los participantes de un sistema de salud. Por un lado los usuarios, cada vez mejor y más informados presionaran a las Empresas Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud a demostrarle a ellos (los usuarios) que la conformación de sus redes de prestación se basan en criterios explícitos de calidad y que los prestadores promueven actividades a su interior para mejorar calidad, la cual en ultimas solo repercutirá sobre los clientes atendidos.

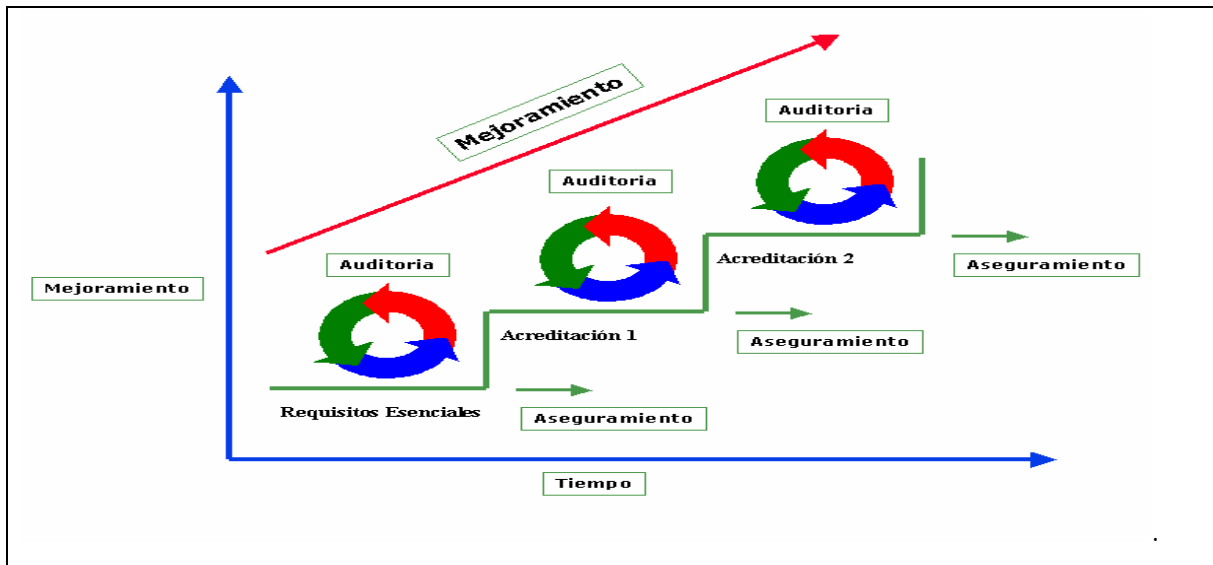
Con todo este panorama en mente, los sistemas de acreditación basados en Mejoramiento Continuo de Calidad, se constituyen en elementos filosóficos e instrumentales poderosos para jalonar a las organizaciones hacia estadios de desempeño superiores al promedio en el mercado y demostrar a los demás actores, un compromiso que redundará en un posicionamiento privilegiado dentro del mercado.



La acreditación permite a las instituciones de salud evaluarse frente a estándares de calidad óptimos y alcanzables, y establecer en forma explícita y objetiva los procesos del día a día que deben ser mejorados, papel que es asumido por la auditoría para lograr el nivel de calidad deseado.

En forma gráfica la relación entre los instrumentos del Sistema Obligatorio de Garantía de calidad es el siguiente:

Figura 1. Relación de instrumentos SOGC



3 MARCO TEORICO

La Acreditación y la Auditoría tienen en común los principios filosóficos que se adoptaron para el Sistema de Garantía de Calidad Colombiano, los cuales son: el Mejoramiento Continuo de la Calidad y la Atención Centrado en el Cliente.

3.1 DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

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

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrá las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta



de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

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

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

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

3.1.1 Componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá como componentes:

- El Sistema único de Habilitación.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema Único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

Los conceptos que guían el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad son:



3.1.1.1 Mejoramiento Continuo (MMC)

El Mejoramiento Continuo de la Calidad comprende un conjunto principios que llevan a la organización a pensar mas allá del simple Aseguramiento de la Calidad, o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven para la inspección. El MCC es visto como un proceso educativo, que involucra al cliente y sus necesidades, con el fin de excederse en sus expectativas, identificando aquellos puntos del proceso que sean susceptibles de tener mejoramiento en el tiempo.

La palabra mejoramiento involucra a todas las personas, tanto a los gerentes como a los trabajadores y ocasiona un gasto organizacional relativamente pequeño. Implica una filosofía de vida (ya sea laboral, social o personal) centrada en esfuerzos de mejoramiento constante. Aunque los mejoramientos del MCC son pequeños e incrementales, el proceso MCC origina resultados dramáticos a través del tiempo.

La innovación es significativa y dramática, pero implica grandes costos y si no se le hace mantenimiento y mejoramiento se deteriora en poco tiempo. Por el contrario, el MCC es sutil y poco dramático, además de ser un enfoque de bajo riesgo.

La gerencia, dentro de este proceso, tiene 2 funciones importantes: El mantenimiento y el mejoramiento.

El mantenimiento o aseguramiento se refiere a conservar los estándares tecnológicos, gerenciales y operacionales actuales y a sostener esos estándares a través del entrenamiento y la disciplina.

Mejoramiento se refiere a actividades dirigidas a elevar los actuales estándares.



3.1.1.2 El enfoque de atención centrada en el cliente.

El objetivo primordial de un sistema de salud es identificar las necesidades y problemas de una población y tratar de darles la mejor solución posible. Sin embargo, con el correr de los años ese fin último y primordial se ha desdibujado llevando a que otros objetivos obstaculicen la consecución del fin original y esencial.

Muchas instituciones de salud tácitamente han definido a sus pagadores y a sus profesionales como los clientes fundamentales de su quehacer. Ello se hace evidente en el hecho de que su organización y sus procesos de atención se definen respondiendo a necesidades de ellos, independientemente de las dificultades de acceso o de trámites que esto represente para los usuarios o pacientes. Si a lo anterior le sumamos el efecto que han ocasionado la tecnología y la superespecialización de los profesionales del área de la salud, tenemos como resultado que el ambiente en el cual se desarrollan las interacciones de un sistema de salud está cambiado y puede percibirse hoy por hoy enrarecido.

Es imposible desconocer la progresiva disociación entre arte y ciencia en la práctica clínica. La carrera tecnológica tiene una de sus mejores manifestaciones en los servicios de salud. Grandes o sofisticados equipos, computadores personales, lectores de códigos de barras, van remplazando los momentos de interacción cálida entre el paciente y el personal de salud, que en otros tiempos caracterizó la prestación de servicios y que en buena medida contribuía a la recuperación del afligido.

Los profesionales y técnicos en su constante interactuar con la tecnología y en la pasión por los hechos objetivos y medibles dejan de percibir los datos que el usuario de sus servicios intenta transmitir. Los juicios y decisiones se toman sobre hechos objetivos y la lectura de las angustias y aflicciones del paciente se desdibujan. Desaparece el arte y las soluciones sencillas, poco costosas y



personalizadas dan paso a complejos exámenes diagnósticos y a costosos tratamientos. El paciente se siente insatisfecho y frente a esto, a veces su única posibilidad de acción es manifestar que no va a volver a utilizar los servicios y con sus historias, buscar que sus allegados se solidaricen en su decisión, para que tampoco lo hagan.

En las instituciones la atención es compartamentalizada: la centralización, la fragmentación y la especialización funcional, ponen a navegar al usuario en un sin número de consultorios, oficinas, centros de citas y horarios diferentes. Cada profesional busca a su paciente en el momento en que él puede y de manera parcial según su experticia, independientemente si éste es atendido por otro servicio, de tal modo que si el paciente es ambulatorio probablemente deba regresar otro día, y con ello asumir los gastos personales que esto le implica.

La gestión de los servicios debe cambiar su mirada. Debe poner todos sus recursos a trabajar armónica y coordinadamente con el objetivo de llenar las necesidades del usuario. ¿Quién si no él, es la razón de ser de su labor? ¿De qué valen los conocimientos mas avanzados y especializados y la tecnología mas sofisticada, si no se va a mejorar o por lo menos a mantener el estado de salud de su cliente?

En vista de lo anterior varios países del mundo están buscando soluciones innovadoras para responder a las necesidades de los usuarios en un marco de calidad y equidad, con el fin de lograr que la utilización de los recursos sea lo más eficiente posible. Esta realidad requiere de organizaciones humanizadas que dispongan y organicen sus recursos para trabajar coordinadamente y en equipo para sus usuarios, buscando un armónico equilibrio entre el arte y la ciencia, entre la tecnología útil y la que no afecta la condición del paciente; y la búsqueda permanente del mejor equilibrio entre beneficio y riesgo, dados unos recursos, evitando lo que sea lesivo para el paciente.



El cambio en la orientación y procesos en las instituciones de salud volcándolos hacia los usuarios, se convierte en factor crítico de supervivencia. En este marco se hacen esenciales elementos de la cultura organizacional, como son la disposición y la habilidad para trabajar en equipo, y de la estructura institucional, como es el caso de la historia clínica y todos los procesos y soportes requeridos para que ésta funcione como elemento integrador de la gestión alrededor del devenir del usuario.

El resultado no sólo serán pacientes más sanos y más satisfechos, sino instituciones con una población de usuarios y un mercado, que las haga financieramente saludables; y a nivel macro, un control parcial del gasto progresivo y desmesurado en salud, haciendo al sistema más eficiente.

Es el momento de superar la tradicional mirada parcial y estática a partir de los departamentos o áreas de una institución, para pasar a una mucho más fluida y consecuente en donde se observa al individuo en su paso por la institución, lo cual es el centro de los esquemas modernos de acreditación y auditoría.

Con base en los principios presentados los instrumentos de acreditación y auditoría tienen su razón de ser, así, se presentan a continuación los dos instrumentos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad solicitado en la convocatoria.

3.2 LA ACREDITACION

La Acreditación tiene dentro de su definición una serie de elementos básicos para su entendimiento los cuales son:



Es un proceso voluntario: No compromete ningún tipo de obligación por parte de la organización que se somete al proceso, es un proceso llevado a cabo bajo el convencimiento interno que es una opción válida para mejorar los procesos organizacionales.

Es un proceso periódico: La acreditación no supone un proceso único en el tiempo de demostrar el cumplimiento de una serie de estándares de calidad, asume una posición de tener que demostrar cada cierto tiempo el sostenimiento y mejoramiento de los logros específicos alcanzados dentro de los programas de calidad.

Es un proceso de evaluación: Se evita la visión de una metodología basada en la inspección, vigilancia y control. Es importante aclarar en este punto que la evaluación como tal supone dos estrategias complementarias, una evaluación interna (posiblemente el paso más crítico de todo el proceso) por parte de los equipos organizacionales conformados para tal fin y basado en los estándares de acreditación y una evaluación externa por pares específicamente entrenados para tal fin, con el único objetivo de confrontar las percepciones de los equipos de trabajo con los hallazgos de los expertos externos.

La evaluación es conducida bajo unos estándares: Por estándares se entiende un nivel de desempeño óptimo y factible de alcanzar por las organizaciones, más allá de los requisitos legales exigidos para el funcionamiento. Los estándares están dirigidos a dos grandes grupos de procesos, que para el caso de las IPS son:

- El proceso asistencial, entendiendo por esto todo el recorrido de un cliente – paciente desde que llega a la organización hasta que egresa y se realiza su posterior seguimiento.

- Los procesos de apoyo: que incluyen los sistemas de direccionamiento, gerencia, gestión de recursos humanos, gestión de ambiente físico y gestión de los sistemas de información.

Frente a los estándares es importante mencionar que están dirigidos a los procesos, es decir, no se constituye en una lista de chequeo de qué tiene y qué no tiene la organización sino de qué hace en cada uno de los procesos y cuáles son los soportes que logran demostrar el mejoramiento de estos procesos. Así mismo, es conveniente anotar que los estándares son conocidos de antemano por la organización, ya que con estos mismos se autoevalúan.

Es un sistema que conlleva al mejoramiento continuo de los procesos organizacionales: La esencia misma de la acreditación para Colombia es propulsar a las organizaciones a no ser conformes con tener unos procesos estandarizados que repetitivamente se lleven a cabo en el tiempo, intentando con cada una de estas repeticiones obtener el mismo resultado. El cambio del paradigma introducido por la acreditación es lograr que las organizaciones sean capaces de preguntarse frente a sus procesos:

- ¿El proceso que tengo estandarizado lo evaluó periódicamente en el tiempo?
- ¿Ese proceso de evaluación es monitorizado a través de una serie de indicadores críticos de seguimiento?
- ¿La información arrojada por estos indicadores es utilizada para priorizar necesidades de intervención en los procesos?
- ¿Esas prioridades identificadas son volcadas a estrategias explícitas de mejoramiento?
- ¿Cómo son implementadas estas estrategias?
- ¿Cómo se mide el impacto de la estrategia implementada?

Viendo estas preguntas en su amplio contexto se corrige necesariamente que la acreditación impulsa a las organizaciones hacia sistemas continuos de mejoramiento de procesos.

Es un proceso confidencial: La información generada del proceso, en todas sus fases, no es de conocimiento público. Solo podrá hacerse público el estado de organización acreditada, el cual podrá ser usada para labores de mercadeo y reconocimiento por parte de la organización.

3.3 AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Como resultado de la autoevaluación la institución cuenta con una serie de procesos a mejorar para el logro de los niveles de calidad esperados, lo cual plantea a las instituciones ¿Cómo la institución logra que los procesos identificados como prioritarios para el logro de los estándares utilizados para la evaluación alcancen el nivel de calidad deseado?.

La respuesta a estas preguntas está en gran parte contestada con la auditoría, sin embargo es importante hacer dos salvedades, el sistema de garantía de calidad no es exhaustivo y la auditoría se centra en los procesos organizacionales considerados como prioritarios. Lo anterior implica que la auditoría no interviene en todos los procesos que estén descritos en los estándares de acreditación, solo algunos considerados como prioritarios, bien sea por la misma organización o por la interrelación de una organización con otra (como es el caso de las relaciones o acuerdos contractuales entre las EPS y las IPS).

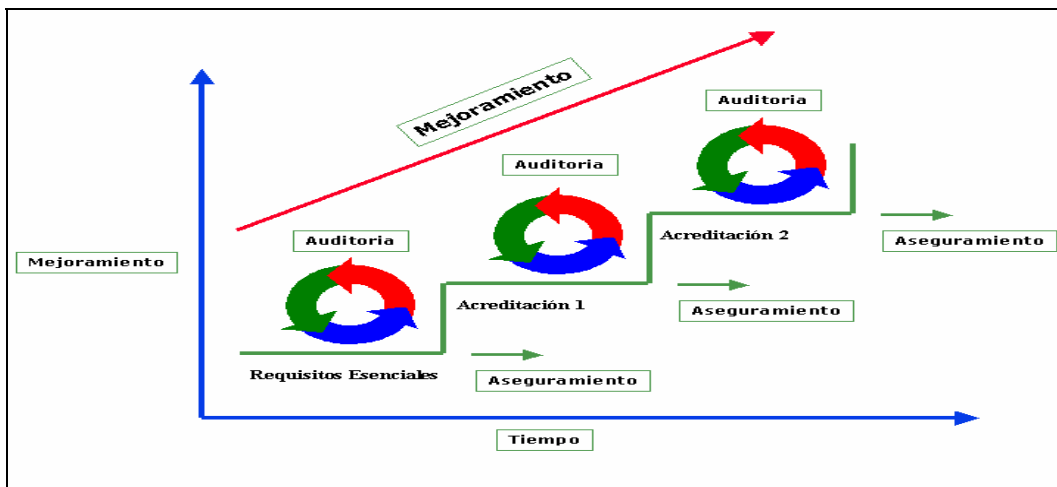
La auditoría permite en los procesos identificados como prioritarios conocer cual es la brecha para alcanzar el nivel óptimo deseado de alcanzar con base



en la evaluación de la acreditación, cómo se diseñan e implementan las estrategias de mejoramiento, cómo se mantienen estas estrategias en el tiempo, cómo se monitorizan los logros y se comparan al final y como se logra la cultura de autocontrol en los procesos intervenidos. Así mismo, conserva el espíritu del mejoramiento continuo de la calidad ya expresado en la acreditación.

En forma gráfica la relación de la auditoría con la acreditación puede ser verse de la siguiente forma:

Figura 2. Relación de Auditoría y Acreditación



Tal como puede apreciarse, la auditoría es un excelente complemento a la gestión y mejoramiento de los procesos del día a día, que redundarán y apoyarán cada cierto tiempo a la preparación para el logro de la calidad deseada por la institución ó para el logro de la acreditación, dado que es un instrumento de evaluación que en forma sistemática evalúa la calidad observado versus la calidad deseada en el día a día de las instituciones.

Además de los instrumentos considerados en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, diseñados específicamente para las organizaciones de

salud, se encuentran otros no específicos para el sector y las organizaciones que hacen parte de él, como es la Certificación.



4 OBJETIVO

Contribuir con los resultados de la autoevaluación de las 74 instituciones de baja y mediana complejidad que han sido acompañadas por el Centro de Gestión Hospitalaria, en la formulación de políticas, estrategias y contenidos de asistencia técnica para mejorar la calidad y gestión de este tipo de hospitales del país.



5 METODOLOGIA

La información que aquí se consolida proviene de de 7 proyectos en los que se aplicó el proceso de auto evaluación de IPS con base en los estándares de acreditación del SOGC. Los proyectos en los que se trabajo esta evaluación y que aportan sus resultados al presente informe son los siguientes:

Nombre del proyecto	No. de IPS en el proyecto	No. de IPS en el informe	Financiadores
Preparación organizacional para el mejoramiento de la calidad en un grupo de hospitales del departamento de Nariño	15	8	Secretaria de Salud de Nariño y los hospitales
Mejoramiento de la gestión hospitalaria con enfoque hacia la acreditación en un grupo de Hospitales de Medellín y Antioquia	9	9	Fundación Corona, Secretarias de Salud de Medellín, Dirección Seccional de Antioquia, Comfama y los hospitales
Mejoramiento de la gestión hospitalaria con enfoque hacia la acreditación en un grupo de Hospitales de Caldas	11	11	Fundación Corona, Comité de Cafeteros, Prosalud, Dirección Territorial de salud de Caldas, Comfamiliares y los hospitales
Mejoramiento de la gestión hospitalaria con enfoque hacia la acreditación en un grupo de Hospitales de Boyacá (1er grupo)	7	7	Fundación Corona, Fundación Antonio Puerto, Secretaria de Salud de Boyacá y los hospitales
Mejoramiento de la gestión hospitalaria con enfoque hacia la acreditación en un grupo de Hospitales de Boyacá (2º grupo)	12	12	Fundación Antonio Puerto, Cooperativa de Hospitales de Boyacá y los hospitales
Implementación del programa de auditoría par	55	27	Dirección Seccional de



Nombre del proyecto	No. de IPS en el proyecto	No. de IPS en el informe	Financiadores
el mejoramiento de la calidad de la atención en Antioquia			Antioquia
TOTALES	109	74	

De las 109 IPS participantes, para el presente análisis se tomaron solamente 74, que corresponden a las entidades de I y II nivel de complejidad que culminaron con éxito el proceso de autoevaluación en los diferentes proyectos. Cada una de estas 74 entidades, se autoevaluó con la **asesoría de procesos** de un equipo del Centro de Gestión Hospitalaria y por espacio mínimo de cuatro meses.

Las actividades que se realizaron para el logro del objetivo propuesto fueron:

5.1 DISEÑO DE INSTRUMENTOS

El diseño de los instrumentos utilizados para la recolección de la información se realizó desde la fase de autodiagnóstico, en la que se definieron las variables requeridas para el cumplimiento a cabalidad del proyecto, de esta forma se incluyeron los tópicos requeridos para la realización de la autoevaluación, del plan de mejoramiento y de la identificación de las brechas entre la calidad esperada (estándares acreditación) y la calidad observada (nivel de desempeño organizacional), el formato se presenta en la tabla No 1.

Tabla 1. Formato para autodiagnóstico

FORTALEZAS
Son mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno, los cuales pueden deberse a un elevado dominio de funciones o procesos, o pueden resultar de aspectos tradicionales del día a día de la organización
SOPORTES DE SUS FORTALEZAS
Si cree que el ítem analizado es una fortaleza deberá soportarlo con políticas, plan operativo, gráficos de tendencias, tablas, actas, diagramas del flujo del proceso, cronograma de trabajo, etc, y todos los documentos que pueden mostrarle al evaluador la madurez del proceso
OPORTUNIDADES
Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados.
EFFECTOS DE LAS OPORTUNIDADES EN LA ORGANIZACION
Resultado negativo, consecuencia o secuela: legal, de insatisfacción del cliente, económica o de prestigio si no se da solución o no mejora la oportunidad de mejoramiento del ítem analizado.
ACCIONES PARA LAS OPORTUNIDADES
Son los mecanismos, procedimientos o procesos que deberán ser implementados por la organización para bloquear los vacíos encontrados en las oportunidades de mejora
LIMITANTES PARA LAS ACCIONES
Aspectos, situaciones que son insalvables para que la organización puedan implementar las acciones para bloquear las oportunidades.

Las fuentes de la información identificadas para la realización del estudio de brechas son:

- Estándares de Acreditación del Sistema Único de Acreditación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad contenidos en la Resolución 1474 del 2.002¹.
- Informe de autoevaluación de las 38 instituciones participantes.
- Sección de Oportunidades de Mejoramiento del informe de autoevaluación de cada una de las instituciones participantes en el proyecto utilizando el formato presentado anteriormente.
- Sección de la calificación cuantitativa por grupos del informe de autoevaluación.

5.2 CONSOLIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

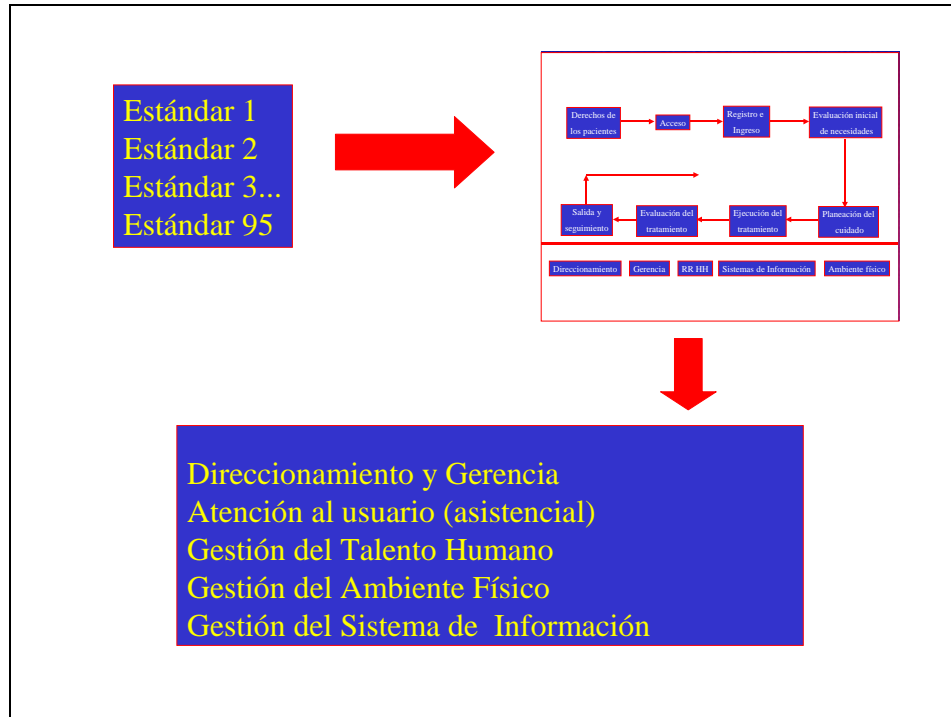
Para realizar el análisis de la información se trabajó con la premisa de que las brechas identificadas deberían contribuir a que las organizaciones de dirección del sistema, desarrollen políticas y/o acciones de asistencia técnica que ayuden a las instituciones prestadoras de servicios de salud a mejorar la calidad de atención prestada a sus usuarios.

Con base en lo anterior los datos que habían sido recolectados en los respectivos proyectos por cada estándar, se agruparon y consolidaron por capítulo y sección, y se consolidaron en una matriz única para la totalidad de las instituciones participantes en el proyecto.

En la Figura 3 se muestra el diseño metodológico que se utilizó para la consolidación de la información.

¹ Es importante recordar que la totalidad de estos proyectos se realizaron antes de que fuera derogado con el Decreto 1011 del 2006.

Figura 3 . Diseño Metodológico de Consolidación de Información



6 RESULTADOS

Para el procesamiento de los resultados y su análisis posterior, este informe se rige por la calificación cualitativa y cuantitativa definida en el Sistema obligatorio de Garantía de Calidad –SOGC- como forma de calificación y valoración de cada uno de los estándares de acreditación, determinadas en la resolución 1474 de 2002.

La calificación de los estándares se basa en 6 secciones que evalúan la institución con diferentes pesos relativos a saber: direccionamiento (100 puntos), gerencia (50 puntos), atención al cliente - asistencial (150 puntos), recursos humanos (75 puntos), ambiente físico (75 puntos) e información (50 puntos). Cada uno de los estándares contenidos en estas secciones se califica de 1 a 5 y la moda de estos estándares da la calificación global de la sección, también con un puntaje máximo de 5. El resultado final de cada sección se multiplica por su peso relativo, dando un puntaje máximo de 500 puntos. El puntaje mínimo para acreditarse era de 250 puntos².

Para cumplir el propósito planteado en este informe se tendrá en cuenta la calificación utilizando la escala propuesta en la Resolución 1474 del 2002, es decir de 1 a 5, insumo para realizar en forma posterior la calificación en la hoja radar.

6.1 CALIFICACION CUANTITATIVA

Como se observa en la figura 4, de las 74 IPS, el 71% tiene una calificación global de sus estándares en 1, el 26% califica en 2 y el 3% restante, alcanza calificación de 3.

² Esta calificación corresponde a la Resolución 1474 de 2002. Este puntaje fue elevado mediante la Resolución 1476 de 2006, a 280 puntos.



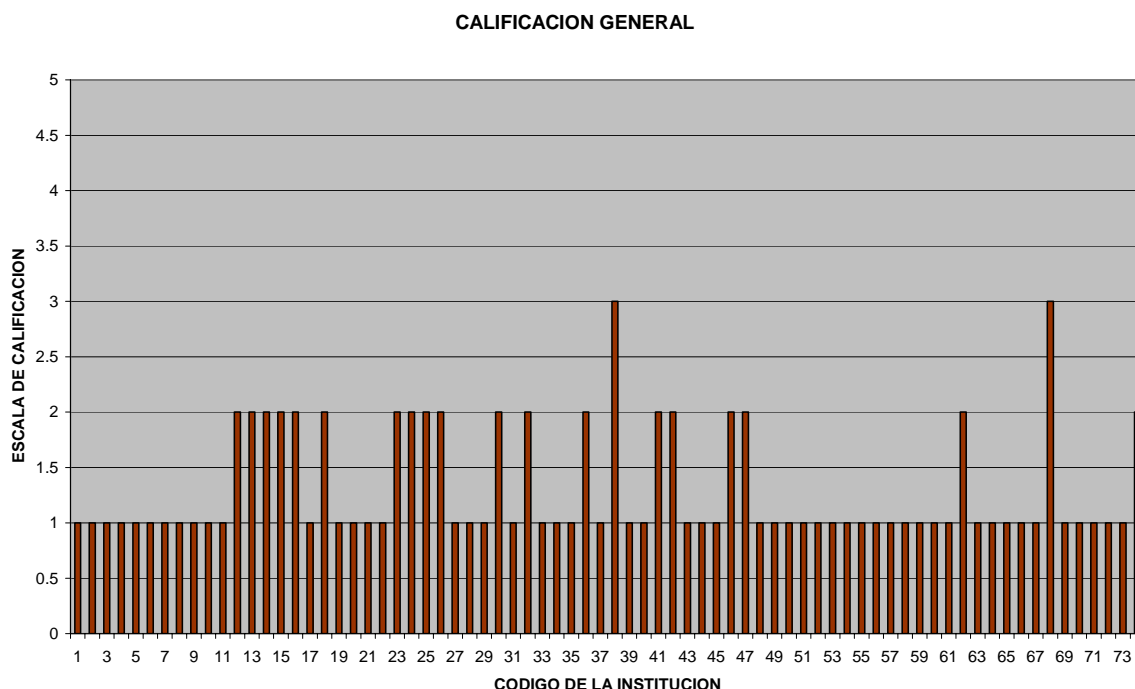
El puntaje de 1 significa que las instituciones en su mayoría, cuentan con un **enfoque** que está en sus inicios, es decir, aún no está planeado para ser totalmente sistemático, no está presente en todas las áreas, la información de los ciclos de mejoramiento no está totalmente articulada y es principalmente de tipo reactivo. En cuanto a la **implementación** se da en algunas áreas operativas, sin embargo aún es débil y se ha desplegado muy poco a los clientes. Finalmente, con relación a los **resultados**, estos son incipientes vistos en forma integral, existen algunos indicadores pero no están articulados y no siempre se utilizan para la toma de decisiones.

La calificación 2 significa que las instituciones presentan un **enfoque** que está en sus inicios, es decir, está planeado para ser sistemático, sin embargo la evidencia de la evaluación es limitada en la organización y es principalmente de tipo reactivo. En cuanto a la **implementación** se da en algunas áreas operativas, pero se encuentran brechas importantes en el despliegue a la totalidad de los clientes internos y no hay evidencia del despliegue a los clientes externos. Finalmente, en relación con los **resultados**, estos son incipientes, existen algunos indicadores pero no están articulados y no siempre se utilizan para la toma de decisiones.

Finalmente la calificación de 3 la obtienen instituciones en las cuales el **enfoque** es principalmente sistemático y preventivo, los ciclos de mejoramiento se realizan con base en hechos y datos en áreas claves para los servicios y/o procesos. En cuanto a la **implementación** se realiza en áreas claves de la institución y no se encuentran grandes brechas y hay evidencia de implantación parcial del enfoque hacia el cliente interno y externo. Finalmente, los **resultados**, se dan en áreas claves, los indicadores presentan ya tendencias positivas de mejoramiento, se observa que las mejoras son resultados del enfoque, existe una política explícita de comparación con mejores prácticas y se tienen algunas evidencias de comparaciones en algunos procesos.

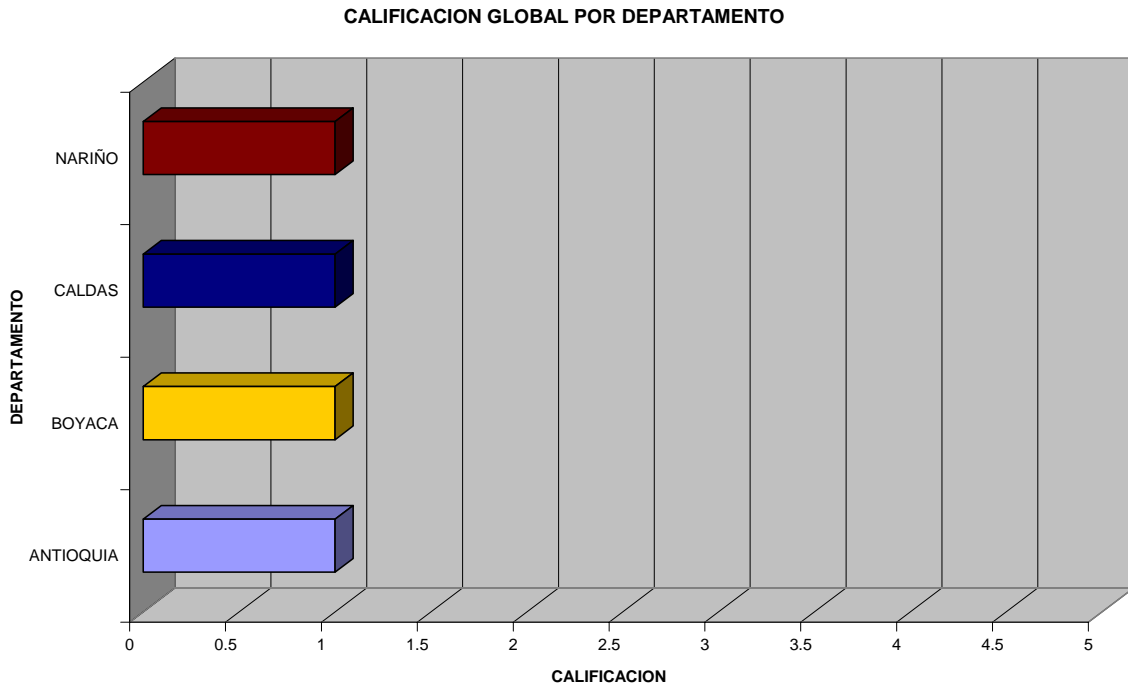


Figura 4. Calificación Global de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud



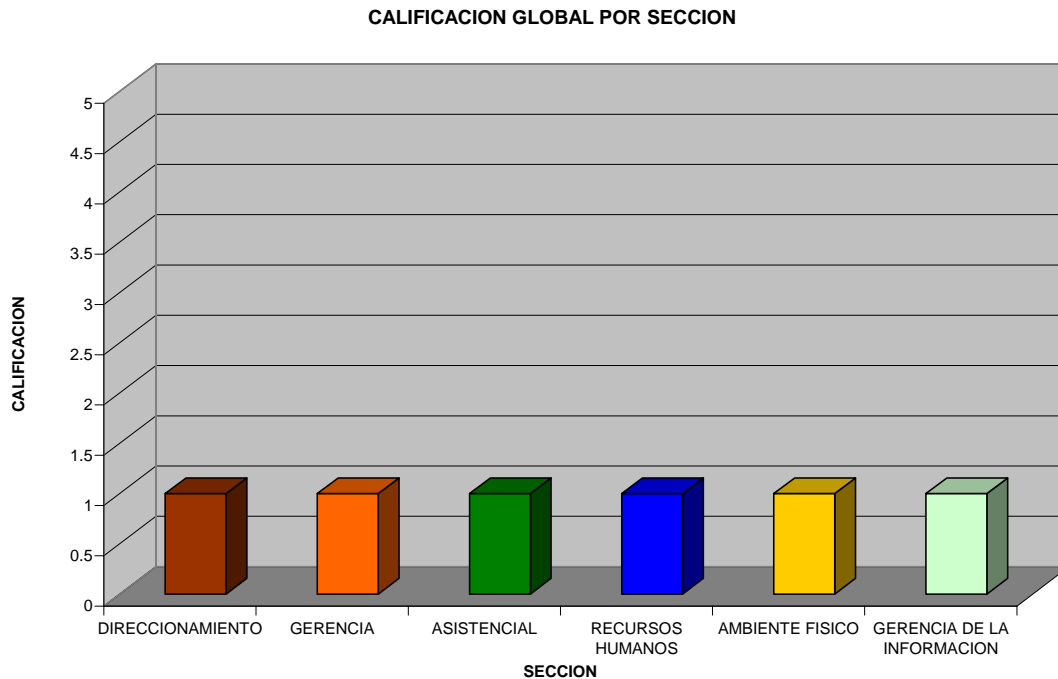
De las 21 instituciones que presentaron un mejor desempeño, calificaciones entre 2 y 3, el 85% hacen parte de la red del municipio de Medellín y del departamento de Antioquia, el 25% del departamento de Nariño y el 5% restante del departamento de Boyacá. Al interior de cada grupo, el 49% de las instituciones de Medellín y Antioquia alcanzan calificaciones superiores a 1, el 15% en el departamento de Nariño y un 5% en Boyacá. Sin embargo, la moda en los 4 departamentos es de 1, como se observa en la figura 5.

Figura 5. Resultados global por Departamento.



Aun cuando los resultados presentan diferencias por institución, al consolidar la totalidad de las 74 instituciones por cada sección, la calificación en todas las secciones y en el 100% de los grupos es de 1, como se observa en la figura 6.

Figura 6 . Consolidado Calificación Global por Sección.



Al analizar los resultados de cada una de las secciones en las 74 instituciones, se observa que las instituciones que tiene un mejor desempeño pertenecen a la ciudad de Medellín y al departamento de Antioquia y las secciones en las cuales presentan mejores resultados son en las de direccionamiento, gerencia, asistencial y ambiente físico. Las secciones correspondientes a la gestión del recurso humano y gestión de la información, en el 100% de las instituciones participantes en el proyecto tienen una calificación de 1.

6.2 CALIFICACION CUALITATIVA

A continuación, se presenta el consolidado de las oportunidades de mejoramiento de la totalidad de las 74 instituciones que terminaron los proyectos, las cuales se convierten en las brechas de tipo cualitativo y sobre las cuales se pueden generar políticas o lineamientos.

6.2.1 ATENCION AL CLIENTE - ASISTENCIAL**PROPOSITO DE LA SECCION DE ATENCION AL PACIENTE – SISTEMA UNICO DE ACREDITACION**

Los estándares del proceso de atención al paciente, en su forma general y los específicos para ciertos servicios, pretende señalar el camino lógico de la relación paciente – organización, dentro de un proceso discreto de atención. Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave de la atención frente al paciente y su familia. La organización debe entonces garantizar que se ofrezcan servicios de calidad dentro de un ambiente de trabajo seguro.

BRECHAS INSTITUCIONALES

- 1 En general las instituciones se encuentran en dos niveles de desarrollo. Hay instituciones que no cuentan con una organización de procesos, y sólo tienen algunos procedimientos documentados. Otras instituciones, con un mayor nivel de desarrollo, cuentan con una serie de procesos asistenciales diseñados y/o documentados, pero que no han sido desplegados a los miembros de la organización responsables de su ejecución. Casi ninguna organización cuenta con un sistema formal para documentar los procesos y para diseñarlos en un conjunto congruente de la cadena cliente proveedor, que agregue valor al resultado para el usuario.
- 2 La mayoría de las áreas o unidades de prestación de servicios ejecutan los procesos de una forma diferente a lo planeado.
- 3 Las instituciones en general, no cuentan con un enfoque ni con actividades sistemáticas de monitoreo y seguimiento a los resultados de los procesos y actividades en salud.



- 4 Casi común denominador es la ausencia de diseño, ejecución y seguimiento y planes de mejoramiento de los procesos asistenciales
- 5 Aun cuando las instituciones cuentan con un equipo de auditoría de calidad, el rol y la estructura formal del modelo aun se encuentra en implementación, no se ha definido en forma clara los niveles de comunicación y responsabilidad.
- 6 Aun cuando las instituciones cuentan con una serie de guías de atención clínica para dar cumplimiento a los requisitos mínimos de habilitación, estas no se construyeron bajo evidencia, no han sido desplegadas, ni se cuenta con indicadores para hacerle monitoreo a su cumplimiento.
- 7 Las instituciones no cuentan con un proceso de atención farmacológica como elemento primordial en la seguridad de la atención asistencial. Se encontraron divergencias entre el proceso diseñado y la práctica diaria respecto a las responsabilidades del manejo de los medicamentos. Las auxiliares asumen que la responsabilidad de administrar medicamentos es de las enfermeras jefes pero que ellas lo realizan siempre en su ausencia.
- 8 Las instituciones aun no cuentan con un proceso formal para realizar el enlace entre la atención intra-hospitalaria y la ambulatoria con un enfoque de atención centrada en el cliente.
- 9 Con contadas excepciones, no existe la declaración de derechos y deberes de los pacientes. En los casos en que si la hay, ésta no se despliega ni socializa entre todo el personal para asegurar, entre otras cosas, que se entregue información del paciente sobre su situación, tratamiento y pronóstico.
- 10 Aunque se hacen esfuerzos para brindar información a los usuarios, generalmente es un proceso reactivo dado que esto no se basa en un análisis previo de las necesidades de educación e informativas de los pacientes.



- 11 Existen protocolos de bioseguridad. Sin embargo estas entidades deben seguir trabajando para asegurar su cumplimiento en todas las áreas, ya que se observaron prácticas que no corresponden a las políticas establecidas en este sentido. Es necesario desarrollar mecanismos efectivos y sistemáticos de seguimiento y verificación.
- 12 No existe un proceso adecuado para el manejo de la historia clínica, su evaluación y mejoramiento.



6.2.2 DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA**PROPOSITO DE LAS SECCIONES DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA**

Los órganos de direccionamiento de la organización deben estar en permanente capacidad de desarrollar, implementar y desplegar una serie de competencias organizacionales que orienten a la institución hacia la calidad. De esta manera se promueve que estos órganos de gobierno estén involucrados explícitamente en la continua orientación de la institución hacia procesos de mejoramiento y contribuir en el despliegue de esa orientación hacia los diferentes niveles de decisión. De igual forma el proceso de atención al cliente y su familia, así como los procesos que involucran a los clientes internos, deben estar soportados por una serie de decisiones estratégicas que orienten el adecuado desarrollo y desempeño de cada uno de estos. Es responsabilidad de la gerencia de la organización, garantizar espacios, recursos y mecanismos para desarrollar este tipo de decisiones y lograr mantenerlos en el día a día de los procesos organizacionales. La presente sección desarrolla una serie de elementos básicos y fundamentales que soportan la adecuada toma de decisiones.

BRECHAS INSTICIONALES

1. Las Juntas Directivas no participan en una forma activa en la definición del foco de las instituciones y en el seguimiento a los logros organizacionales, adicionales a los relacionados con la productividad y los resultados financieros. Con frecuencia las juntas directivas juegan mas un papel protocolario en la formulación y seguimiento de la estrategia institucional y una delegación implícita



en los equipos de la gerencia. Es muy frecuente la ausencia de cualquier tipo de capacitación a las juntas.

2. No se encuentran procesos sistemáticos de lectura del entorno que permitan revisar y ajustar la plataforma institucional. En general los procesos de lectura del entorno son informales o simplemente hay tomas de decisiones centradas en “la experiencia de los equipos directivos”
3. Hay brechas en la comunicación entre los niveles directivos y el resto de la organización. No hay evidencia de las metas por unidades funcionales. No existe evidencia de que el plan estratégico se construyó a partir del direccionamiento estratégico
4. Las unidades funcionales no cuentan con un proceso sistemático para identificar las necesidades y expectativas de sus cliente internos y externos así como el proceso de responder a las necesidades.
5. Aun cuando las instituciones han formulado en general planes de desarrollo, planes institucionales y planes operativos formulados estos no están totalmente articulados, ni totalmente desplegados en las organizaciones.
6. Aun cuando las organizaciones desarrollan acciones para el cumplimiento de las políticas institucionales, no existen mecanismos que les permita identificar los aspectos que requieren definición de políticas como por ejemplo: derechos y deberes de los usuarios, políticas de manejo de la información.
7. En general las organizaciones no cuentan con mecanismos para el control de los recursos y su protección.
8. Las instituciones no cuentan con un sistema de indicadores que articule la gestión estratégica con la gestión del día a día, que permita una evaluación integral de la plataforma estratégica y de la

institución en su conjunto.

9. Las instituciones no cuentan con procesos para el desarrollo de los ciclos de mejoramiento de direccionamiento y gerencia.



6.2.3 GESTION DE RECURSO HUMANO**PROPOSITO DE LA SECCION DE RECURSO HUMANO**

El esquema de trabajo organizacional, basado en filosofías de Mejoramiento Continuo de la Calidad, debe tener presente que los trabajadores de la organización cumplen un papel preponderante como clientes internos de sus procesos o dependencias funcionales. De la manera como se enfoque la participación de estos clientes dentro de la toma de decisiones, su implementación y retroalimentación (oír la voz del cliente interno), así será el grado de cambio dentro de cada una de estas organizaciones. Una organización podrá lograr el mejoramiento continuo de sus procesos sólo en la medida en que reconozca y acepte la promoción de una cultura participativa dentro de sus trabajadores.

BRECHAS INSTICIONALES

1. Las instituciones no cuentan con procesos de gerencia del talento humano articulado con el direccionamiento estratégico. Los procesos de recursos humanos se dirigen a cumplir la normatividad que rige para el sector público mas que a realmente generar procesos de desarrollo del talento humano institucional o a la capacidad de asumir las responsabilidades encomendadas
2. Las organizaciones no cuentan con procesos para identificar las necesidades de sus clientes internos, o cuando existen so acciones aisladas, reactivas e informales.
3. Los procesos de gestión del talento humano no están desarrollados en el concepto de competencias que incluyan expectativas del puesto de trabajo, habilidades de liderazgo y administrativas, y conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad



4. En general no se encuentran procesos sistemáticos de inducción al personal, y cuando existen son poco mas que protocolarios, sin que las personas realmente queden con el conocimiento de que se espera de ella en la institución
5. Las instituciones no cuentan con un proceso de evaluación del desempeño basado en competencias para el personal profesional y no profesional. Los perfiles diseñados no se dirigen establecer las capacidades y competencias para desempeñar sus cargos sino a cumplir con los mínimos exigidos en las normas aplicables.
6. Las instituciones no cuentan con estrategias para incluir en la gestión del talento humano al personal de la organización que tenga un tipo de contratación diferente al de planta.
7. La mayoría de instituciones no cuentan con un proceso para identificar las necesidades de educación continuada, planeado a partir de las necesidades identificadas en los clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.
8. En aquellas organizaciones donde existe un plan de capacitación, este no incluye información acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades ni se origina en necesidades de mejoramiento de las competencias
9. Las instituciones no cuentan con procesos formales para evaluar la satisfacción del cliente interno.
10. Las instituciones no cuentan con procesos que garanticen la confidencialidad de la información contenida en los archivos de las hojas de vida de los funcionarios.
11. Las instituciones en su mayoría no cuentan con mecanismos que faciliten procesos de comunicación horizontal y vertical en los diferentes niveles.
12. Las instituciones no cuentan con procesos para hacer seguimiento a los procesos de gestión del



recurso humano

13. Las instituciones no cuentan con procesos para formular y desarrollar acciones de mejoramiento continuo de la gestión del recurso humano.
14. Se encuentra con una alta frecuencia que cuando existen actividades y procesos para el mejoramiento del talento humano institucional, estas se desarrollan con coberturas parciales, de acuerdo con las modalidades de vinculación existentes.
15. Es en el único componente de la gestión institucional en el que se identificaron claras limitantes externas para el cumplimiento de los estándares, dadas por la reglamentación rígida y e inefectiva en el sector público.



6.2.4 GESTION DE LA GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

PROPOSITO DE LA SECCION DE AMBIENTE FÍSICO

La provisión de servicios, así como el desarrollo inherente a los procesos, se desarrolla dentro de un ambiente que impone una serie de riesgos con igual o mayor número de consecuencias adversas al bienestar de los clientes y empleados de la organización. La gerencia del ambiente físico pretende generar una serie de procesos o políticas encaminados a establecer unos mecanismos operativos de prevención y manejo de esos potenciales riesgos con el fin de garantizar la seguridad y calidad del entorno donde se desarrollan los procesos organizacionales.

BRECHAS INSTICIONALES

1. La mayoría de instituciones carecen de procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes internos y externos de la institución y aquellas que los tienen estos no han sido desplegados e implementados en la totalidad de las organizaciones. El enfoque del desarrollo del ambiente físico se centra mas en amenidades y cumplimiento de normas que en el foco de riesgo planteado por acreditación. Igualmente se desarrolla mas para satisfacer las necesidades del cliente interno que el externo, pues este último casi no es tenido en cuenta para este tema
2. Las instituciones no cuentan con procesos diseñados y/ operacionalizados que garanticen la prevención, el control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente.
3. Aun cuando las instituciones cuentan con acciones puntuales para el manejo del ambiente físico no



tienen procesos formales de planeación, evaluación y seguimiento a las mismas.

4. Las instituciones no cuentan con un proceso para el diseño y despliegue de una cultura institucional tanto para clientes internos como para clientes externos que garantice el buen manejo del espacio físico equipos médicos e insumos.
5. Las instituciones han planeado un proceso para el manejo de los desechos hospitalarios en forma segura; sin embargo este no se ha desplegado en la totalidad de las instituciones, su implementación es parcial y no cuentan con mecanismos para realizar el seguimiento a los resultados de dicho proceso y generar acciones de mejoramiento al mismo.
6. La mayoría de instituciones cuenta con el diseño de un proceso de plan de emergencias y desastres sin embargo este no ha sido desplegado a la totalidad de los funcionarios, no se cuentan con mecanismos para hacer seguimiento a la actualización del mismo proceso y a la apropiación del conocimiento por parte de los funcionarios de la institución, en ninguno de ellos se involucra al cliente externo y a la comunidad.
7. La mayoría de las instituciones no cuentan con un plan en caso de incendio y en el caso en que esta diseñado este no ha sido desplegado a la totalidad del personal, y no se cuenta con mecanismos para medirlo y mejorarlo en caso de ser necesario.
8. Las instituciones no cuentan con mecanismos para realizar procesos de mejoramiento continuo en los procesos relacionados con el ambiente físico.



6.2.5 GESTION DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN**PROPOSITO DE LA SECCION DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN**

La sección de los estándares de la gerencia de la información pretende señalar los elementos sustanciales de la organización para el diseño y puesta en marcha de un proceso coherente de gerencia de la información y de los recursos utilizados para su adecuado desarrollo. Implica el facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización (en todo nivel), basados en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos. La gerencia de la información debe garantizar la estructura y coherencia de la información para generar habilidades de respuesta a los requerimientos de los clientes, sus familias y trabajadores

BRECHAS INSTICIONALES

1. Las organizaciones no cuentan con procesos que permitan identificar las necesidades de información de los procesos de atención asistencial.
2. Normalmente se encuentra un divorcio, y pocas veces se encuentra integración de la información de carácter administrativo y la de los resultados de la atención a los usuarios.
3. Las instituciones generan gran cantidad de datos centrados normalmente en necesidades establecidos por entes normativos o de vigilancia y control, pero pocas veces cuentan con procesos reales de análisis de la información para la toma de decisiones. Si se dan actividades de análisis, se hacen por iniciativas de las áreas operativas y normalmente no se articulan en una proceso sistemático institucional.



4. Las acciones de gerencia de información que se realizan en las instituciones se hace de manera desarticulada, aislada y no se utiliza para la toma de decisiones en el día a día.
5. Las instituciones no cuentan con procesos que garanticen el manejo y seguridad de la información, ni aquella que se encuentra automatizada, ni aquella que se genera en forma manual.
6. Las organizaciones aún no son conscientes de la importancia de la gerencia de los procesos para el manejo de la información y gestionan mayoritariamente la inversión en estructura.
7. Las instituciones no cuentan con procesos para monitorear y hacer seguimiento a los procesos de gestión de la información.
8. Las instituciones no cuentan con procesos para hacer mejoramiento continuo de los procesos de gestión de la información.



7 CONCLUSIONES

En esta sección se presentan las conclusiones generales del estudio que se refieren a los aspectos más sobresalientes observados por los asesores en el acompañamiento y de los resultados del estudio:

En los procesos de asesoría se hizo evidente el gran impacto que el liderazgo y la decisión política e institucional tienen sobre el desarrollo de los procesos, su continuidad y alcance de objetivos. Si bien es claro que en todas las organizaciones existen líderes naturales que pueden asumir las banderas de estos proyectos, alcanzar los resultados es prácticamente imposible cuando las directivas de las organizaciones no participan de ellas.

La participación de las instancias directivas de los departamentos, entiéndase secretarios de salud, alcaldes o gobernadores tiene un impacto especial. De hecho, los mayores avances se dieron en aquellas regiones donde las más altas jerarquías asumieron este compromiso como parte de su política de gobierno.

Otro hecho que es importante es la ausencia de participación y apoyo por parte de las juntas directivas de los hospitales. Estas instancias, a todas luces de carácter decisorio, parecen abstraerse de los procesos y con esto se pierde un espacio fundamental para que los procesos de calidad y otros de desarrollo de las organizaciones, puedan permanecer y superar los cambios de gobierno y que no se limiten a los temas financieros o políticos.

Otro factor determinante es el interés, la competencia y la capacidad de liderazgo de los gerentes de estas organizaciones para que la calidad, sea parte de la plataforma estratégica del hospital, se cuente con la articulación de



los procesos de calidad a las funciones propias de los cargos de la entidad, y la disposición de recursos físicos, logísticos y humanos requeridos por el proceso.

Otro factor de preocupación son los procesos de reestructuración de hospitales pero a este respecto, la experiencia con el departamento de Boyacá deja lecciones valiosas. Como lo mencionara el Gobernador del Departamento, la parte fácil del cambio son los ajustes que por decisión de orden político y administrativo, se imprimen a las organizaciones. La tarea difícil del cambio y la modernización se encuentra en la transformación de la cultura de las personas que operan las organizaciones de salud.

En términos generales, puede decirse que las áreas críticas en las que coinciden casi todas estas organizaciones, son las de atención del paciente, direccionamiento y gerencia de recursos humanos. Si vemos estos tres elementos en el contexto del sector hospitalario público, se explican, en parte, muchas de las dificultades por la que atraviesa y de alguna manera, se señala una ruta de trabajo para promover un cambio de cultura en estas organizaciones.

En estas entidades, especialmente las de primer nivel, la mayor necesidad se encuentra en una transformación cultural para diseñar, implementar, evaluar y ajustar los programas de salud pública, bajo un esquema activo de búsqueda e identificación de las necesidades de la población. Los hospitales de primer nivel deberían ser pioneros y principales decisores en este tema. Con esto se contribuiría a hacer más eficiente el trabajo de las entidades de la red en los siguientes niveles.

En general las instituciones no cuentan con mecanismos de evaluación y mejoramiento para la calidad, en la totalidad de las experiencias se observó un bajo desempeño en la formulación y utilización de indicadores, no se conocen los elementos técnicos mínimos en este tópico.



De igual forma llama la atención el bajo nivel de desarrollo en la planeación con base en guías de atención basada en la evidencia y el conocimiento que al respecto se cuenta en las instituciones, en la totalidad de las instituciones no se ha iniciado a formulado una política de seguridad del paciente; sin embargo se observa como un inicio la implementación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud haciendo énfasis en los procesos asistenciales.



8 RECOMENDACIONES

En términos generales, las 74 instituciones públicas de baja complejidad evaluadas a través de los estándares de acreditación, muestran grandes necesidades de desarrollo. El abordaje de estas necesidades se da desde los estándares, pero la superación de las brechas, requiere con toda seguridad, de acciones que superan el ámbito de la implementación o despliegue del sistema obligatorio de garantía de calidad.

Es necesario fortalecer la metodología de gestión enfocada en el paciente y los procesos de direccionamiento estratégico.

Se requiere un especial énfasis en el mejoramiento de procesos asistenciales.

Las entidades de primer y segundo nivel de complejidad requieren un mayor acompañamiento para el desarrollo de sus procesos en general. Para superar las brechas y alcanzar niveles superiores de calidad deben mejorar la gestión, buscar los beneficios para el cliente interno y externo, cumplir los objetivos y las metas de la institución y lo más importante, deben enfocarse en mejorar la calidad de la atención que prestan a sus usuarios y comunidades.

La necesidad de involucrar a las juntas directivas de los hospitales en estos procesos cobra especial importancia como elemento que garantice la continuidad y permanencia de políticas de desarrollo institucional como es el tema de la calidad. En este sentido, a estos procesos deben incorporarse acciones específicas de sensibilización, capacitación y responsabilización de los principales líderes.

Por su parte, dada la gran importancia que para el desarrollo de la calidad tienen los directivos de estas organizaciones, se debe incorporar en su



evaluación, elementos propios de la calidad y los resultados no solo financieros y administrativos sino además, los resultados de los procesos asistenciales de su organización.

Resulta indispensable que los hospitales integren en sus planes operativos el trabajo por calidad, visto como procesos interdisciplinarios y transversales a todas las áreas, servicios y niveles de la organización. Lo anterior debe reflejarse en la planeación y en la asignación de recursos de la organización.

De Igual forma es importante que las instituciones planeen los recursos que se requieren para el desarrollo e implantación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, de forma tal que se puedan llevar a cabo como parte del quehacer normal de las instituciones.

