

**HABILITACIÓN DEL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL
RAUL OREJUELA DE PALMIRA - VALLE DEL CAUCA**

**DIEGO FERNANDO GOMEZ
DEISY POPAYAN GAVIRIA
ERIKA VANESSA TOVAR GRANOBLES**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA
2018**

**HABILITACIÓN DEL SERVICIO DE GINECOBSTETRICIA DEL HOSPITAL
RAUL OREJUELA DE PALMIRA - VALLE DEL CAUCA**

**DIEGO FERNANDO GOMEZ
DEISY POPAYAN GAVIRIA
ERIKA VANESSA TOVAR GRANOBLES**

**Docente temático
DORA CRISTINA BUITRAGO**

**Docente metodológico
ALEJANDRO PÉREZ Y SOTO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
PEREIRA**

2018

Nota de aceptación.

Aprobado por el Comité de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Fundación Universitaria del Área Andina para optar al título de Especialización en Auditoría en Salud

Jurado

Jurado

Pereira, 24 de agosto de 2018

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
2. JUSTIFICACIÓN	11
3. OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GENERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4. MARCO REFERENCIAL	15
4.1 ANTECEDENTES	15
4.2 MARCO TEÓRICO	23
4.3 MARCO CONTEXTUAL	37
4.3.1 Macro localización	37
4.3.2 Micro localización	38
4.4 MARCO JURÍDICO	41
4.5 MARCO CONCEPTUAL	48
5 METODOLOGÍA	51
5.1 TIPO INVESTIGACIÓN	51
5.2 ENFOQUE	51
5.3 MÉTODO	52
5.4 POBLACIÓN	52
5.5 FUENTES TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	52
5.5.1 Fuentes primarias	52
5.5.2 Fuentes secundarias	53
5.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	53

5.7 PROCEDIMIENTO	53
5.8 CONSIDERACIÓN ASPECTOS ÉTICOS	54
5.9 PERTINENCIA CIENTÍFICA TECNOLÓGICA	55
5.10 POBLACIÓN BENEFICIADA	56
6. RESULTADOS	58
6.1 Diagnóstico de la situación actual del servicio de Ginecobstetricia en el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca respecto al sistema único de habilitación	59
6.2 Formulación de un plan de mejora necesario de acuerdo a los hallazgos evidenciados para que el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca logre la habilitación establecida por ley	63
6.3 Cumplimiento conforme a los siete estándares del sistema único de habilitación en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca estableciendo las falencias y determinando las oportunidades de mejora encontradas que permitan tener claro los estándares a trabajar	71
7. CONCLUSIONES	76
8. RECOMENDACIONES	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Comunas urbanas de Palmira – Valle del Cauca	38
Figura 2. Estructura organizacional del Hospital Raúl Orejuela Bueno	41

LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Lista de verificación de cumplimiento a los estándares hospitalización obstetricia mediana y alta complejidad	60
Cuadro 2. Plan de mejora para infraestructura	67
Cuadro 3. Plan de mejora para dotación y medicamentos e insumos	68
Cuadro 4. Plan de mejora procesos prioritarios	69
Cuadro 5. Plan de mejora historia clínica e interdependencia	70
Cuadro 6. Seguimiento del proceso de infraestructura según el SUH	73
Cuadro 7. Seguimiento del proceso de dotación y medicamentos e insumos según el SUH	74
Cuadro 8. Seguimiento procesos prioritarios según el SUH	75
Cuadro 9. Seguimiento de historia clínica e interdependencia según el SUH	76

RESUMEN

Esta investigación tiene por objetivo Verificar si el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca, cumple con los lineamientos establecidos por el Sistema Único de Habilitación según la Resolución 2003 de 2014 para ser habilitado., para ello, se llevó a cabo un estudio cualitativo mediante la aplicación de una lista de chequeo basada en el Sistema Único de Habilitación exigido por la legislación para la prestación de servicios de salud en el Hospital Raúl Orejuela Bueno.

Los resultados evidenciaron falencias en el cumplimiento de la normatividad en el servicio objeto de estudio, estableciendo la necesidad de una pronta intervención dada la alta demanda de usuarios que se atienden tanto en el municipio como en sectores aledaños.

Se concluyó insertar oportunamente el plan de mejora establecido en este estudio como parte fundamental para mejorar la calidad del servicio, fomentar una verdadera cultura en salud y potencializar la calidad y condiciones de la entidad.

Palabras claves: Habilitación; Acreditación; Servicio de Ginecobstetricia; Hospital; Mejora

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Toda institución de salud debe contar con habilitación para la prestación de sus servicios, aunque esto no necesariamente indique que esté acreditada, pues son múltiples las condiciones que deben converger para que se logre la prestación de un servicio óptimo bajo altos estándares de calidad y centrado realmente en el paciente¹.

Los hospitales, centros médicos y demás entidades prestadoras de servicios de salud, bajo la cultura de que se debe brindar al paciente, allegados y la comunidad en general, servicios hospitalarios bajo los más altos índices de calidad y seguridad, deben estar preparados para ser supervisados en cualquier momento por organismos de control y vigilancia, esto con el fin, de que las directrices respectivas y personal que haga parte de cada área de los centros médicos denote un compromiso de ofrecer un servicio de calidad, y que además, sea adaptado como un patrón o modo de vida de las labores pertinentes cuyos comportamientos reflejen que realmente se han interiorizado los conceptos de calidad y cumplimiento en la práctica diaria^{2,3}.

De este modo, toda actividad y función de carácter intrahospitalario debe ser susceptible de mediciones que faciliten y permitan identificar de manera objetiva los resultados de cada uno de los procedimientos de atención y servicio al paciente y su recuperación, cual sea el caso, mediante la formulación de indicadores que permiten hacer medible la calidad en cuanto a pertinencia, seguridad, oportunidad, accesibilidad y continuidad.

Así pues, se evidencia la necesidad de minimizar al máximo o evitar por completo que se lleven a cabo procesos, actividades y similares que pongan en riesgo la integridad de los usuarios de las entidades prestadoras de salud y la comunidad en general, hecho que evidencia la urgencia de contar con instrumentos y

metodologías que permitan identificar posibles falencias y creen oportunidad de mejorar en el cumplimiento de los requisitos de habilitación en hospitales públicos, de igual manera, reconocer el estado actual, en cuanto a procesos y conocimiento de requisitos por parte de dichas entidades que le permitan optimizar su funcionamiento y dar cumplimiento conforme lo exige la ley.

Bajo estas premisas, se evidencia la necesidad de supervisar que las entidades prestadoras de servicios de salud cuenten con una habilitación de servicios conforme lo indica la normatividad en beneficio y protección de la sociedad, hecho que se pretende materializar en esta investigación, mediante una intervención práctica, que permita diagnosticar la situación actual del servicio de Ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca, ya que no cuenta con un completo sistema de habilitación como un requisito que busca adaptar completa y adecuadamente mediante la inserción de los lineamientos establecidos por el Sistema Único de Habilitación según la Resolución 2003 de 2014, en pro de conseguir un servicio habilitado como lo establece dicho sistema, que permita identificar, mediante la auditoria en el servicio de todos los estándares obligatorios para habilitación, el reporte de hallazgos para formular un plan de mejora con miras hacia la Habilitación. puntualmente las falencias y se logre formular estrategias para mejorar las condiciones actuales del servicio.

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿El servicio de Ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca cumple con los lineamientos según lo establecidos por el Sistema Único de Habilitación según la Resolución 2003 de 2014?

2. JUSTIFICACIÓN

Antes de la Constitución Política de 1991, la antigua Carta Magna concebía que Colombia era un estado de derecho, pero después de 1991 se insertó el término social a este, es decir se denominó estado social de derecho, consideración que tendría una grandísima connotación para la población, porque entre otros aspectos, la salud paso de un acto benéfico a un derecho constitucional.

Por ello, con la nueva Constitución se construyen nuevos mandamientos legales que deben ser respetados y asumidos por todos en el territorio nacional y que, a su vez, son propiedad de todos⁴. Esta postura trajo consigo después de 1991, algunas reformas ajustando las leyes a la nueva constitución, y aunque la salud no es considerada un derecho fundamental si está ligado a muchos de estos como la vida, equidad, dignidad, entre otros contemplados en otras leyes y jurisprudencia.

Antes de la Ley 100 que se promulgó en 1993, bajo la nueva concepción de estado social de derecho, se presentó un revolcón en la normatividad que operaba en este sector con el objeto de que se diera acceso completo en atención a la salud mediante un sistema articulado de entidades privadas y públicas y recursos e infraestructura destinada a asegurar la salud de los colombianos llamado Sistema de Seguridad Social Integral⁴.

A dicho sistema integrado, en su segundo libro, hace parte el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro del cual, mediante el Decreto 1011 de 2006 se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, integrado por cuatro componentes a saber: Habilitación, Auditoria, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud⁵. Buscando, además, proveer 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.

El gran impacto de esta normatividad, es fomentar en clínicas y hospitales, la responsabilidad y el compromiso de entregar a sus pacientes y usuarios, familiares y comunidad en general, servicios médicos seguros y de excelente calidad. Por lo cual, resulta primordial contar con personal calificado y con sentido de pertenencia con su profesión, con el paciente y con el servicio, desde luego, basados en la vocación y ética del servicio que presta.

Esto, dado a que los procesos de atención deben estar coordinados y autoevaluados en forma permanente por el equipo asistencial en las instituciones prestadoras de servicios y por los entes de vigilancia y control del estado en el marco del cumplimiento del Sistema de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud -SGCS- del Sistema General de Seguridad Social en Salud⁵.

De este modo, la Habilitación permite que las entidades prestadoras de servicios de salud se abran camino en el cumplimiento de los requisitos mínimos de calidad en la prestación de servicios teniendo en cuenta todos los factores pertinentes, exigiendo calidad y altos índices de cumplimiento y seguimiento en todos sus procesos, fortaleciendo el trabajo en equipo, obligando a la entidad a revisar, supervisar y controlar sus procesos de manera objetiva y estableciendo planes de acción con su respectivo seguimiento y medición. Además, fortalece el camino hacia la excelencia de las entidades prestadoras de servicios de salud en el logro de una acreditación y reconocimiento de servicios de calidad.

Bajo este panorama, mediante esta investigación se pretende verificar si el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, cumple con los lineamientos establecidos en la Resolución 2003 de 2014 de los Prestadores de Servicios de Salud, que le permita ser habilitado y

alcanzar su posterior acreditación, en pro de la calidad de dicho servicio y por ende, para el bienestar de la población que acude al centro hospitalario, además de crear una cultura de mejoramiento continuo, fortalecida por una metodología gerencial que contribuya a analizar las causas- efectos de las desviaciones en los resultados esperados.

Además, dichos resultados permitirán evidenciar la situación actual del servicio y área de Ginecobstetricia con el fin de que se ejecute un plan de acción dentro de ésta, siguiendo los lineamientos de la Resolución 2003 de 2014 para lograr la habilitación y posterior acreditación.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Verificar si el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca, cumple con los lineamientos establecidos por el Sistema Único de Habilitación según la Resolución 2003 de 2014 para ser habilitado.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diagnosticar la situación actual del servicio de Ginecobstetricia en el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca respecto al sistema único de habilitación.

- Identificar el cumplimiento conforme a los siete estándares del sistema único de habilitación en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca estableciendo y determinando los hallazgos y las oportunidades de mejora para cada uno de los estándares.

- Formular un plan de mejora necesario de acuerdo a los hallazgos evidenciados para que el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca logre la habilitación establecida por ley.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 ANTECEDENTES

Encontramos diferentes estudios a nivel internacional, nacional y regional que muestran que la habilitación de los servicios de salud se ha convertido en un requisito hoy, de este modo, con respecto a las investigaciones referentes al tema objeto de estudio, en el contexto internacional, en un estudio denominado “Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012”, en Ecuador, se tuvo como objetivo analizar la calidad de la atención ofertada por parte del Departamento Médico del Instituto Nacional Mejía y la satisfacción de los estudiantes, docentes y administrativos respecto a las expectativas que tienen de sus necesidades de salud en el periodo 2012.

Para lo cual, se hizo un estudio observacional con un diseño epidemiológico analítico transversal en una población de 4822 usuarios potenciales, de los cuales se tomó una muestra representativa y aleatoria estratificada de 391 sujetos. Se realizó una encuesta con un cuestionario previamente validado, de 20 preguntas, con una confiabilidad medida por alpha de Cronbach de 0,832.

Para el estudio las principales mediciones fueron calidad y satisfacción. Como resultados se encontró que, al terminar la consulta con el profesional, los usuarios manifiestan en un 92,1% hay satisfacción en la atención, IC95%: 88,97 - 94,36%, y consideran que a mayor indiferencia y descortesía tienen menor grado de satisfacción. ($r = -0,184$; $p < 0,000$...). Al terminar la consulta con el profesional, los usuarios manifestaron en un 10,5% IC95% de 7,82-13,92%, hay atención de calidad, donde se considera que a mayor indiferencia y descortesía hay menor grado de calidad en la atención ($r = -0,192$; $p < 0,000$)⁶.

En otra investigación realizada en España, llamada “Estudio sobre el grado de cumplimiento del protocolo de prevención y cuidados de las úlceras por presión en las unidades de medicina interna y cirugía de los hospitales de agudos generales del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza”, se tuvo como objetivo analizar la cumplimentación del Protocolo de Prevención y Cuidados de UPP, establecido en las unidades de Medicina Interna y Cirugía de los Hospitales de Agudos Generales de Servicio Vasco de Salud-Osakidetza en relación a la realización de la valoración de riesgo de UPP y planificación de cuidados de prevención, para evidenciar su nivel actual de efectividad.

Para ello, se llevó a cabo un estudio analítico observacional retrospectivo y un análisis descriptivo de las variables cualitativas y cuantitativas incluyendo un estudio detallado de la prevalencia de UPP por hospitales y una evaluación de la comparabilidad inicial entre hospitales, en función de la realización de la valoración de riesgo de UPP. Los resultados demostraron que los 33.050 pacientes dados de alta en los meses de febrero de 2009, 2011 y 2013 en los seis Hospitales analizados, 1.085 pacientes presentaron UPP lo que supone un 3,28% de prevalencia directa de UPP, IC (3,10% - 3,48%) nivel de confianza del 95%.

Se concluyó que existían errores en la cumplimentación del protocolo de prevención y cuidados de UPP establecido por Servicio Vasco de Salud-Osakidetza en 2008 y el tiempo transcurrido para encontrar resultados satisfactorios en los Hospitales, tras la implementación del protocolo de prevención y cuidados de UPP, ha sido de 5 años⁷.

En otro estudio realizado en Perú, denominado “Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau Distrito de Chaclacayo 2013”, el objetivo fue establecer la relación que existía entre la calidad de servicio y la satisfacción del usuario del centro de salud “Miguel Grau” de Chaclacayo, en el

año 2013. En esa investigación se utilizó el diseño de investigación no experimental, transeccional y descriptivo correlacional.

Para recopilar la información se usó el cuestionario de calidad de servicio (servqual) y el cuestionario de satisfacción del cliente externo. La muestra fue de 317 de clientes externos del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo. Se demostró con esta tesis que sí existía una relación directa y significativa entre la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, de los usuarios del Centro de Salud “Miguel Grau” de Chaclacayo , 2013⁸.

En el contexto nacional, se encontró un estudio realizado en Bucaramanga, denominado “Habilitación de los servicios integrales de salud y desarrollo psicosocial brindados por la división de bienestar de la universidad industrial de Santander, mediante la aplicación de la resolución 2003 de 2014”, se tuvo como objetivo cumplir con los requisitos mínimos exigidos por la Resolución 2003 del 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social, para poder funcionar como prestador de servicios de salud, en la división de bienestar de la Universidad Industrial de Santander.

Para ello, se realizó un reconocimiento de la sección, junto con las necesidades generales para ejecutar el proyecto, la resolución, la normatividad que estuvo vigente y el personal que participo en los procesos para la habilitación. Mediante la colaboración obtenida de la jefatura se desarrollaron las capacitaciones establecidas al personal con el fin de que comprendieran el propósito del desarrollo del proyecto, logrando así un aprendizaje individual y organizacional.

Dado que esta etapa fue fundamental para el desarrollo de proyecto, se tuvo control y evaluación de las capacitaciones, mediante encuestas realizadas al personal, conociendo así los resultados de las mismas, teniendo claro el nivel de participación y del compromiso del personal involucrado. Se concluyó que el

proceso de habilitación de los servicios integrales de salud y desarrollo psicosocial brindados por la división de Bienestar de la Universidad Industrial de Santander, mediante la aplicación de la Resolución 2003 de 2014, logro el cumplimiento de lo exigido por el Ministerio de Salud y de la Protección Social para continuar brindando los servicios de salud con a los estudiantes⁹.

En el estudio realizado en Cartagena, llamado “Evaluación de la calidad de los servicios de salud que brinda el laboratorio clínico de la ESE centro de salud con cama Vitalio Sara Castillo del municipio de Soplaviento Bolívar en el primer semestre del año 2013”, se tuvo como objetivo principal Evaluar la calidad de los servicios de salud que brinda el laboratorio clínico de la ESE Centro de Salud Con Cama Vitalio Sara Castillo del municipio de Soplaviento- Bolívar en el primer semestre del año 2013, con el fin de mejorar la accesibilidad y funcionamiento en la prestación de dichos servicios. La muestra escogida fue de 141 pacientes y 6 trabajadores activos de la institución.

Se elaboraron tres formularios de encuestas con el fin de medir el grado de satisfacción de los pacientes y clientes internos y su evaluación sobre algunos aspectos del Laboratorio clínico. Se concluyó que la evaluación de los servicios por parte de los clientes solo arrojó resultados por debajo de la condición regular, es decir, la mayoría de los pacientes encuestados opinó que los servicios eran regulares, malos o muy malos y solo un pequeño porcentaje que era bueno y muy bueno. El principal resultado que se halló fue que el laboratorio no cumple con los requerimientos físicos ni de recurso humano como para brindar un servicio de calidad¹⁰.

En otro estudio realizado en Bucaramanga, denominado “Verificación de estándares de habilitación en una IPS clínica pediátrica de segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C” en el 2013, se buscó evaluar, verificar y mantener el cumplimiento de los estándares de Habilitación de acuerdo

a la Normatividad Sanitaria Vigente de la IPS de una Clínica pediátrica de segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C, mediante herramientas que permitieran la realización de auditorías internas que garanticen la calidad en la atención de forma eficiente, eficaz y segura. De igual manera, se pretendía hacer la revisión de los procesos de la Clínica, con el fin de detectar las debilidades y falencias, y así lograr diseñar e implementar un plan de mejoramiento que permitiera establecer acciones correctivas efectivas para lograr la calidad esperada y la satisfacción del cliente.

La IPS Clínica Pediátrica de Segundo Nivel de Complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C, evaluada en esta Investigación, es una Institución Prestadora Servicios de Salud privada fundada por el Dr. Crisanto Montagut y sus hijos, en octubre de 1997. Primero atendió a los pacientes del Instituto de Seguro Social y luego fue ampliando su portafolio de servicios a las Entidades Promotoras de Salud: Cafam, Saludcoop, Famisanar, Salud Total, Humana Vivir y a otras treinta instituciones. La IPS en mención presta los servicios Consulta Externa (atención programada), Urgencias (atención inmediata) y Hospitalización (tratamientos dentro de la clínica).

En total, la IPS tiene 35 camas en la Clínica Pediátrica. Adicionalmente, la IPS cuenta con el apoyo diagnóstico de laboratorio clínico e imagenología, y apoyo terapéutico; Sin embargo, al realizar la verificación de los ocho estándares de la nueva propuesta de Habilitación, se evidenció incumplimientos normativos de infraestructura en los servicios de urgencias, hospitalización y el servicio farmacéutico, para lo cual se recomendó enfocar todos los esfuerzos para realizar ajustes a cada uno de los servicios con los que cuenta la Institución, con el fin de garantizar Calidad en la prestación de servicios a los usuarios¹¹.

Sumado a estas investigaciones dentro de los contextos expuestos, los hospitales y clínicas tienen la responsabilidad y el compromiso de entregar al paciente, su

fa-milia y a la comunidad servicios médicos seguros y de excelente calidad. Para ello es fundamental contar con un recurso humano profesional y comprometido con el paciente y con el servicio; indiscutiblemente debe existir una gran vocación de servir a los demás. Se debe disponer de tecnología que facilite un diagnóstico confiable y el tratamiento integral de la persona, con estándares orientados a brindar una atención eficaz, eficiente y segura. Igualmente, se debe contar con instalaciones físicas adecuadas específicamente para la prestación de los servicios de salud. Es decir, que son varias las condiciones que deben darse conjunta y simultáneamente para prestar un servicio oportuno con altos estándares de calidad y centrado en el paciente.

Toda la actividad intrahospitalaria debe ser susceptible de mediciones que permitan ver de manera objetiva los resultados de los procesos de atención del paciente y su recuperación; deben formularse indicadores que midan la calidad en sus dimensiones de accesibilidad, pertinencia, oportunidad, seguridad y continuidad.

Los procesos de atención deben estar coordinados y autoevaluados en forma permanente por el equipo asistencial en las instituciones prestadoras de servicios y por los entes de vigilancia y control del estado en el marco del cumplimiento del Sistema de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud -SGCS- del Sistema General de Seguridad Social en Salud¹².

El SGCS comprende el Sistema Único de Habilitación (SUH) de carácter obligatorio para hospitales, clínicas, centros médicos^{13,14} el cual establece normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se registra, verifica y controla el cumplimiento de condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de la capacidad técnico - administrativa, indispensables para entrar y permanecer en el sistema de salud; con ello se busca

dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios de salud.

Otro componente del SGCS que aporta valor agregado y de gran impacto para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud es el Programa de Auditoría Interna para el Mejoramiento de la Calidad el cual determina la importancia del seguimiento para garantizar que los estándares de calidad se mantienen y mejoran en forma permanente.

De otro lado, los procesos nacionales e internacionales de Acreditación en Salud son voluntarios en cuyo caso las instituciones prestadoras de servicios aceptan que sus procesos sean auditados transversalmente en sus estándares asistenciales, de gobierno, de liderazgo, financiero, apoyo administrativo, gerencia de la información y de ambiente físico, por el ente igualmente acreditado para tal fin. Son procesos complejos y completos de evaluación que permiten detectar fortalezas y oportunidades de mejoramiento de los procesos y los planes de acción concretos para desaparecer la variabilidad de los mismos y así garantizar un mejor servicio.

Los procesos de habilitación y acreditación implican que realmente se desarrolle en el interior de la organización una cultura de mejoramiento continuo, responsable, donde se ajusten los procesos, se midan los resultados alcanzados frente a lo esperado, se establezcan planes de acción para corregir debilidades y garantizar el cumplimiento de estándares. Esta es una tarea ardua que exige disciplina y compromiso. Son muchos y variables los frentes que se deben auditar de manera permanente con un enfoque de seguridad en la atención.

Los hospitales donde en realidad existe la cultura de “brindar al paciente, su familia y a la comunidad servicios hospitalarios con los más altos niveles de calidad y seguridad”, siempre deben estar “listos” para ser visitados por los entes

reguladores. El cumplimiento de las directrices y el compromiso de entregar un servicio de calidad deben convertirse en un modo de vida con comportamientos que reflejen que se han interiorizado los conceptos de calidad, se viven y practican en el día a día.

La Habilitación le abre el camino a la entidad hacia la obtención de niveles altos de prestación de servicios en donde todos los factores son importantes; exige un alto nivel de cumplimiento y seguimiento a los diferentes procesos, fortalece el trabajo en grupo, obliga a mirar la organización hacia adentro de manera objetiva, establecer planes de acción con seguimiento y medición. Crea una cultura de mejoramiento continuo la cual se ve fortalecida si hay una metodología gerencial que contribuya a analizar las causas- efectos de las desviaciones en los resultados esperados - Metodología Seis Sigma.

Es indiscutible que ser un hospital habilitado conlleva, sin excepción, al cumplimiento de estándares exigentes de calidad, oportunidad y seguridad en la prestación de servicios iniciando el sendero para la obtención de la Acreditación Nacional.

Este proceso unido al de Acreditación Nacional fortalece las organizaciones de manera importante, trae la implementación de programas y procesos que son relevantes para el paciente y su familia, y que tal vez en el ambiente eminentemente de servicio no es fácil vislumbrar. Ejemplo de ello son la comunicación asertiva del médico con su paciente, la educación que se debe brindar a él y a su familia sobre la patología de consulta, la importancia de elaborar el plan de atención y de alta desde el mismo día en que el paciente ingresa al centro hospitalario y el seguimiento ambulatorio y demás servicios que complementan la atención médica haciéndola más humana y cercana al enfermo.

Recorrer estos dos caminos y mantener vigentes las certificaciones, facilita la búsqueda de la Acreditación Internacional con su impacto en el reconocimiento internacional y por ende en la exportación de servicios. Esta oportunidad es valiosa si se tiene en cuenta la calidad de nuestros profesionales, la disponibilidad de tecnología de punta, instalaciones físicas adecuadas y tarifas totalmente competitivas. La Acreditación Internacional hace énfasis en brindar una atención segura al paciente; y algunos de los aspectos que evalúa son los elementos identificadores del paciente (nombre y documento de identificación), la prevención de caídas, el traslado intrahospitalario, la referencia y contra referencia, la educación e información, el consentimiento informado, las listas de chequeo y la gestión de medicamentos y dispositivos médicos.

Todas las instituciones de salud deben estar habilitadas para prestar los servicios y no necesariamente estar acreditadas. Sin embargo, buscar la acreditación constituye una ventaja competitiva, crea oportunidades de mejora, favorece el enfoque de la trazabilidad en la prestación del servicio, mejora el trabajo en equipo y ante todo genera la cultura de medir y avanzar hacia la excelencia.

4.2 MARCO TEÓRICO

Calidad de los servicios hospitalarios

Existen distintos métodos para determinar la calidad de los servicios que se prestan a un paciente, y uno de estos considera que dicha medición debe hacerse a través de cinco ejes transversales: la seguridad, la responsabilidad, la confiabilidad, la empatía y los tangibles¹⁵. De este modo, con respecto a la confiabilidad, está sujeta a la manera en cómo se manejen los problemas con los usuarios o clientes de servicios, la prestación del servicio desde su primer instante, en el tiempo prometido o establecido y el mantenimiento de un registro libre de errores¹⁶. Pero la confiabilidad también contempla el cumplimiento de una

orden precisa, una cotización exacta, un registro adecuado y una exacta facturación a lo largo de todos los servicios que se presten.

Con respecto a la responsabilidad, ésta es concebida como la voluntad o disposición que asumen los trabajadores en la prestación de un servicio que incluye la puntualidad de los servicios. Este aspecto tiene en cuenta aquellas necesidades de comprensión y deseo de los clientes, atención individual ofrecida por el personal, horas de servicio convenientes y atención a problemáticas de los clientes¹⁵.

En cuanto a la empatía, indica la atención, el cuidado individual y el servicio que se ofrece a clientes y usuarios, los cuales deben estar enmarcados en atención personalizada y horarios de atención convenientes como parte del entendimiento a las necesidades específicas del usuario. El fin es ofrecer al cliente la atención que esperan, puesto que los trabajadores deben entender los requerimientos y necesidades de éste.

Por otro lado, la seguridad es definida como la capacidad para inspirar confianza y seguridad, y dentro de esta, los trabajadores deben contar con la capacidad de transmitir confianza en la organización o entidad mediante el uso de conocimientos y aptitudes de cortesía¹⁷.

En cuanto a la dimensión tangible, se refiere a la apariencia de las instalaciones físicas, personal, material de comunicación, equipamiento, etc., donde el cliente puede evaluar los aspectos físicos según su percepción, incluyendo otros elementos como la modernidad, actualización de procesos, limpieza, etc¹⁶.

Bajo estos criterios, una institución hospitalaria está en la obligación y necesidad de contar con un sistema de calidad en servicios de salud, entendido como el conjunto de elementos y procedimientos interrelacionados que se requieren para

dar satisfacción a los usuarios, mediante el aseguramiento de la calidad y la eficacia operativa de los distintos servicios que presta¹⁸. Solo de este modo, para lograr satisfacción y salud, considerando que los usuarios se sientan insatisfechos, el cuidado, aunque sea de alta calidad, no logrará ser percibido como ideal, razón por la cual, la efectividad del cuidado es el eje básico y primordial desde el punto de vista hospitalario.

De igual manera, cabe resaltar que los hospitales son establecimientos sanitarios destinados o creados para el diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde algunos llevan a cabo funciones de investigación y enseñanza¹⁹. Estas instituciones tienen como objetivo promover cuidados de alta calidad a los usuarios, pueden ser de carácter público o privado en el que se curan o se prestan cuidados a enfermos, especialmente a individuos de bajos recursos. Son atendidos por personal competente y especializado cuyo fin es proveer a los usuarios servicios médicos²⁰.

Otro factor determinante, resulta del hecho de que los hospitales públicos pertenecen al Estado o al gobierno, en tanto que los privados se dividen en aquellos con ánimo de lucro y sin fines lucrativos, donde los primeros operan para beneficio de un individuo en particular, y ostentan de contar con mejores instalaciones, equipamiento de última tecnología, personal especializado y competente, innovación continua, ahorros en mantenimiento y construcción, grupos de compra, economía de escala, entre otros. Factores que determinan la generación de ganancia en un hospital sin sacrificar su calidad. Y por el otro lado, los hospitales sin ánimo de lucro son manejados por organizaciones comunitarias o religiosas, por ello la calidad del servicio está directamente relacionada con la satisfacción del cliente, como un factor determinante para sostener la competitividad¹⁷.

Habilitación en salud

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, se cuenta con el sistema único de habilitación, definido como: “el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB)¹³.”

Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en sus correspondientes jurisdicciones, podrán someter a consideración del Ministerio de la Protección Social propuestas para la aplicación de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan para el ámbito nacional. En todo caso, la aplicación de estas exigencias deberá contar con la aprobación previa de este Ministerio.

Los profesionales independientes que prestan servicios de salud, sólo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera

Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

El Ministerio de la Protección Social establecerá los requisitos y los procedimientos para que las Entidades Departamentales y Distritales de Salud puedan valorar la suficiencia patrimonial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Condiciones de Capacidad Técnico Administrativa

Son condiciones de capacidad técnico administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes:

1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud

Es la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud que se

encuentren habilitados y es consolidada por parte del Ministerio de la Protección Social.

De conformidad con lo señalado por el artículo 56 de la Ley 715 de 2001, las Entidades Departamentales y Distritales de Salud realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores

Los Prestadores de Servicios de Salud presentarán el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud ante las Entidades Departamentales y Distritales de Salud correspondientes para efectos de su inscripción en el Registro Especial de prestadores de Servicios de Salud. A través de dicho formulario, se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación contempladas en el presente decreto. El Ministerio de la Protección Social establecerá las características del formulario.

Indicadores

Plan de visitas

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas para verificar que todos los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles. De tales visitas, se levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales adoptados para este proceso.

Las Entidades Territoriales deberán realizar al menos una visita de verificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación a cada prestador, durante los cuatro (4) años de vigencia del registro de habilitación.

Planes de cumplimiento

Los Prestadores de Servicios de Salud deben cumplir con los estándares de habilitación y no se aceptara la suscripción de planes de cumplimiento para dichos efectos.

Certificación del cumplimiento

La Entidad Departamental o Distrital de Salud, una vez efectuada la verificación del cumplimiento de todas las condiciones de habilitación aplicables al Prestador de Servicios de Salud, enviará en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, la "Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación", en la que informa a dicho Prestador de Servicios de Salud que existe verificación de conformidad de las condiciones.

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud no podrán negar la certificación por el incumplimiento de normas distintas a las que se exigen para la habilitación.

Revocatoria de la habilitación

La Entidad Departamental o Distrital de Salud podrá revocar la habilitación obtenida, mediante la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, cuando se incumpla cualquiera de las condiciones o requisitos previstos para su otorgamiento, respetando el debido proceso.

Información a los usuarios

Los prestadores de servicios de salud fijarán en lugares visibles al público, el distintivo que defina el Ministerio de la Protección Social, mediante el cual se identifique que los servicios que ofrece se encuentren habilitados. Igualmente mantendrán en lugar visible al público el certificado de habilitación una vez haya sido expedido.

La Ginecobstetricia

La Obstetricia y Ginecología es la especialidad de la Medicina que tiene el propósito de atender las necesidades de salud integral de la mujer a lo largo de su vida. La Obstetricia se ocupa de la mujer en todo su periodo fértil (embarazo, parto y puerperio) y la Ginecología es la subespecialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios).

Caracterización del Servicio de Ginecología Obstetricia

El Servicio de Ginecología Obstetricia debe tener una configuración tal que permita cumplir con los objetivos y metas. Debe cumplir con los mínimos requeridos para permitir el flujo expedito y la estancia de usuarias, equipo de salud y familiares, disminuir el riesgo de infecciones nosocomiales, accidentes y otros eventos adversos, logrando la satisfacción tanto de las usuarias y sus familias, como del personal de salud. Debe disponerse de espacio suficiente para la atención en consulta externa, urgencias y emergencias e internación.

Funciones del servicio de Ginecología Obstetricia

a) Desarrollar acciones de promoción de la salud de la mujer, según su perfil epidemiológico.

- b) Realizar la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, eficaz, eficiente y efectivo de usuarias con enfermedades ginecológicas u obstétricas.
- c) Realizar acciones de rehabilitación física, psíquica y social en el área de ginecología y obstetricia.
- d) Fomentar y realizar investigación científica en el área de la especialidad.
- e) Realizar y desarrollar la docencia en servicio de pre-grado y post-grado en la especialidad, así como actividades de capacitación continua.
- f) Apoyar el desarrollo de normas y procedimientos técnicos y elaborar y mantener actualizados los protocolos de atención de usuarias en el área de la especialidad.
- g) Cumplir con los programas y normas de salud vinculados a la salud materno infantil.
- h) Coordinar actividades tanto con el primer y tercer nivel de atención.
- i) Coordinar actividades con las unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento y las unidades de servicios generales
- j) Establecer relaciones con instituciones externas que brindan apoyo al hospital en la especialidad.
- k) Las demás funciones que le asigne la Dirección inherentes al servicio.

Cartera de servicios de Ginecología Obstetricia

La cartera de servicios Ginecología Obstetricia se presta en las siguientes Unidades:

- Atención en la Unidad de Consulta Externa.
- Atención en la Unidad de Hospitalización.
- Atención en la Unidad de Emergencias/Urgencias
- Atención en la Unidad de Cuidados Intermedios

Control Interno

El sistema de control interno de una organización está incluido en el control de gestión de tipo táctico y está compuesto hacia un fin organizacional, la calificación de deberes y responsabilidades, el sistema de información y demás métodos que tengan como fin custodiar los activos; encaminan los procesos hacia la eficiencia, logran la información confiable, segura, oportuna y estimula el cumplimiento de los objetivos de la empresa.

El Control Interno “es un proceso, ejecutado por la junta directiva o consejo de administración de una entidad, por su grupo directivo (gerencia) y por el resto del personal, diseñado específicamente para proporcionarles seguridad razonable de conseguir en la empresa los tres siguientes objetivos: efectividad y eficiencia en las operaciones, suficiencia y confiabilidad de la información financiera, cumplimiento de las leyes aplicables”.²¹

Es decir, un proceso integrado a las operaciones efectuadas por la dirección y el resto del personal en una entidad para proporcionar una seguridad razonable al logro de los siguientes objetivos²²:

- Confiabilidad de la información

- Eficiencia y eficacia de las operaciones
- Cumplimiento de las leyes, reglamentos y políticas establecidas
- Control de los recursos, de todo tipo, a disposición de la entidad.

Por ello, el control interno indica el proceso unificado por métodos establecidos por la alta dirección, desarrollado por los trabajadores de la empresa, con el fin de entregar información confiable resultante de la operación normal del ente, además de suscitar la eficiencia y la eficacia de la operación y asegurarse de que todos conozcan y cumplan las normativas internas y externas de la empresa.

El control interno ayuda a que el sistema contable sea más fiable, implementando y evaluando las actividades administrativas, contables y financieras que están establecidas en pro del objeto social de la empresa. Encuentra las falencias y errores con el fin de dar una solución oportuna todo esto para que el auditor pueda dictaminar de forma verídica las operaciones de la empresa.

Clasificación del Control Interno

Según las Declaraciones sobre Normas de Auditoría – SAS, en un sentido amplio el Control Interno incluye controles que pueden ser catalogados como contables y administrativos que varían de acuerdo con las circunstancias individuales. El control interno puede clasificarse en dos campos, dependiendo de las circunstancias propias de cada control y de los objetivos que se quieran cumplir, a lo cual, se encuentran²³:

- Control Administrativo: Comprende el plan de la organización y demás métodos y procedimientos relacionados con la eficiencia en las operaciones y el apego con las políticas del ente por lo regular solo tiene relación indirecta con la parte financiera. Está enfocada en el control tal como análisis estadístico, estudios de moción y tiempo, informes de operaciones, programas de capacitación de personal y control de calidad.

- Control Contable: Comprenden el plan de la organización, técnicas, ordenamientos enfocados principalmente al resguardo de los activos de la empresa y a la confianza en las imputaciones contables. Por lo regular están inmersos controles como un método de aprobaciones con registros y custodia de los activos y regularmente con un auditor interno.

Objetivos del Control Interno

El control interno se refleja claramente en una terna de objetivos principales, por lo tanto, si se halla uno de ellos, se puede testificar que se sabe el principio de control de interno. Es decir, cualquier ejercicio, medida, plan o sistema que inicie la entidad y que apunte a estos objetivos, es una posición de control interno.

Debido a la importancia y alcance que sugiere el control interno y las metodologías que para este se utilizan, el nuevo marco sugerido por el COSO, establece tres categorías de objetivos, que permiten a las organizaciones centrarse en diferentes aspectos del control interno, los cuales son definidos así²⁴:

- Objetivos operativos: hacen referencia a la efectividad y eficiencia de las operaciones de la entidad, incluidos sus objetivos de rendimiento financiero y operacional, y la protección de sus activos frente a posibles pérdidas.

- Objetivos de información: hacen referencia a la información financiera y no financiera interna y externa y pueden abarcar aspectos de confiabilidad, oportunidad, transparencia, u otros conceptos establecidos por los reguladores, organismos reconocidos o políticas de la propia entidad.

- Objetivos de cumplimiento: hacen referencia al cumplimiento de las leyes y regulaciones a las que está sujeta la entidad.

Componentes del Control Interno

El control interno es un proceso realizado desde la junta directiva planteado puntualmente para encontrar en la seguridad que permita el cumplimiento de los objetivos de la empresa, cuyos componentes del control son²⁵:

- a) Ambiente de control
- b) Evaluación de riesgos
- c) Actividades de control
- d) Información y comunicación
- e) Supervisión y seguimiento.

Ambiente de Control

La empresa debe implementar en sus instalaciones un entorno que permita incentivar e influenciar a los trabajadores respecto al control de sus actividades. Para que este entorno pueda surgir es propio que los siguientes elementos se cumplan:

- a) Integridad y valores éticos
- b) Competencias
- c) Experiencia y dedicación de la Alta Administración
- d) Filosofía administrativa y estilo de operación.

Evaluación de Riesgos

Los objetivos propuestos siempre presentan obstáculos en las organizaciones, los cuales presentan un determinado grado de riesgo. Los riesgos se presentarán internos y externos de ahí iniciará el proceso de control interno que se deberá establecer en todas las áreas que pueden ser afectadas¹⁵. La comunicación directa permitirá de forma oportuna analizar la forma de minimizar los riesgos.

Los riesgos se pueden detectar por los siguientes aspectos¹⁵:

- Objetivos. El fin mismo de la empresa está enfocado en el cumplimiento de los objetivos que se tracen, al determinarlos es vital el poder reconocer aquellos factores que puedan truncar la consecución de los logros. La alta dirección debe establecer procedimientos que permitan detectar y medir los riesgos y de este modo asegurarse que las metas se puedan alcanzar. Los objetivos se comunican directamente con los objetivos de control interno antes planteados:

- Objetivos de Información Financiera
- Objetivos de Operación
- Objetivos de Cumplimiento.

- Análisis de riesgos y su proceso. Entre los más relevantes se encuentran:

- 1) Estimación del riesgo y sus efectos
- 2) Evaluación de la posibilidad de que ocurran
- 3) Establecimiento de políticas y controles
- 4) Evaluación sistemática del anterior paso.

- Administración de cambios. Está relacionado con la detección de las variaciones que tenga incidencia directa en la efectividad del control interno ya ejecutada. El control puede quedar obsoleto si fue diseñado para una situación específica al no poder adaptarse al cambio. Esta situación está relacionada con el análisis de riesgo dado que el cambio puede afectar directamente el cumplimiento de los objetivos.

Dentro de los riesgos de auditoría se encuentran:

- Riesgo inherente: Puede suceder cuando la información contable es errónea por la inexistencia o el incumplimiento de controles internos.

- Riesgo de control: Puede suceder cuando se presenta erróneamente un saldo en la información financiera.

- Riesgo de detección: Puede suceder cuando los procedimientos del auditor detecten un error en la información contable.

4.3 MARCO CONTEXTUAL

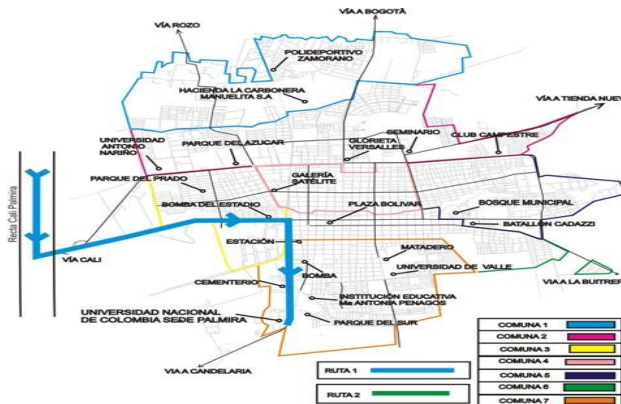
4.3.1 Macro localización

Esta investigación se lleva a cabo en el municipio de Palmira que se ubica dentro de la región Sur del Valle del Cauca, sobre las coordenadas 3°31'48" de latitud norte y 76°81'13" de longitud al oeste de Greenwich. Colinda al Norte con el municipio de El Cerrito, al Este con el departamento del Tolima, al Sur con los municipios de Pradera y Candelaria y al Oeste con los municipios de Cali, Yumbo y Vijes.

Cuenta con los corregimientos de: Rozo, La Torre, La Acequia, Matapalo, Obando, La Herradura, Palmaseca, Coronado (rural), Zamorano (rural), La Dolores, Guanabanal, Caucaseco, Juanchito, Ciudad del Campo Bolo San Isidro, Bolo Italia, Bolo Alizal, Bolo Azul, Amaime, Calamar, Boyacá, La Pampa, Tablones, Tienda Nueva, Guayabal, Barrancas, La Zapata, Aguaclara, Ayacucho, Boyacá, Combia, Toche, La Bolsa (más conocido como Kabuki), Potrerillo, Caluce, Tenjo, La Quisquina, La Balastrea, Los Ceibos, Puerto Amor, Tenerife y La Buitrera.

En los últimos años Palmira muestra un importante crecimiento en el desarrollo de la actividad empresarial la cual está sustentada en 5.981 empresas dedicadas al desarrollo de actividades industriales, comerciales, agrícolas y de servicios fundamentalmente.

Figura 1. Comunas urbanas de Palmira – Valle del Cauca.



Fuente: Palmira Avanza, 2014

4.3.2 Micro localización

El Hospital Raúl Orejuela Bueno, es una empresa Social del Estado que presta servicios de salud de baja complejidad, centrados en la seguridad del paciente y fiel a su lema “Salud con Amor y Excelencia”. Con amor, brindando calidez y afecto a sus usuarios y su familia, con el presupuesto de lo que se hace con amor, genera muy buenos resultados y todo sale bien. Y con excelencia, porque es de la única manera que se puede garantizar un impacto importante en la salud de la comunidad.

Su historia data del año 1995, cuando fue creado mediante el Acuerdo No. 37 de 1995, expedido por el Honorable Concejo Municipal, con el nombre de Centro Hospital La Emilia. Su primer Gerente el Dr. Fernando Cárdenas Piedrahita, propuso la idea de cambiar el nombre por el de Raúl Orejuela Bueno, en un justo homenaje a quien es uno de los hijos más ilustres de Palmira, el médico Raúl Orejuela Bueno, quien en el sector salud de Colombia fue uno de sus principales actores, pasando por todos los cargos, desde Gerente del Hospital San Vicente de Paúl de Palmira hasta llegar a ser Ministro de Salud, entre muchos altos cargos del orden nacional que desempeñó con lujo de detalles. Fue así como el

Honorable Concejo Municipal, mediante Acuerdo No. 136 de 1997, cambió el nombre de Centro Hospital La Emilia, por el de Hospital Raúl Orejuela Bueno.

MISION

Somos una empresa social del estado, comprometida con la prestación de servicios de salud, con niveles de calidad, estándares de seguridad y responsabilidad social, basados en las premisas de la humanización, la innovación y la investigación, la educación, la sostenibilidad financiera y la mejora continua, contando con el recurso humano idóneo, comprometido y capacitado en la atención centrada en la satisfacción de las necesidades de las personas, en el paciente y su familia, trabajando por procesos.

VISION

En el 2020 el HROB será una institución líder, referente, en la prestación de los servicios de salud, enfocada en la prestación de servicios seguros, de calidad, humanizados, amigables con el medio ambiente y comprometida con la investigación y la educación que se reflejen en la satisfacción de nuestros usuarios y en la comunidad en general.

VALORES ORGANIZACIONALES

- Responsabilidad Social Institucional: Compromiso primordial de nuestra organización con la comunidad desprotegida, pobre y vulnerable del Municipio de Palmira, en la atención básica en salud, en la educación y capacitación de su población que contribuyan al bienestar y mejoramiento de las condiciones de vida.
- Honestidad e Integridad en la Prestación del Servicio: Garantizar a los usuarios, la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua

de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

- Respeto y Equidad para el Cliente Interno y Externo: Prestación de servicios de igual calidad independientemente de la capacidad de pago, facilitando su acceso y oportunidad a la atención, valorando al usuario y al proveedor del servicio como seres humanos integrales.

- El Mejor Servicio de Salud por Encima de Todo: Es el fundamento principal y razón de ser de nuestra Institución, donde adquirimos la responsabilidad y el compromiso de ofrecerle a la comunidad un servicio de alta calidad, oportuno y eficiente, que permita la satisfacción de las necesidades de los usuarios cumpliendo con el objetivo principal de SGSSS.

PRINCIPIOS ORGANIZACIONALES

- Calidad: Incluye aspectos relacionados con el contenido técnico - científico en la atención efectiva, oportuna, personalizada y humanizada del servicio en un ambiente adecuado, que permita satisfacer las necesidades y expectativas del Cliente Interno y Externo.

- Eficiencia: Lograr el máximo provecho de los recursos técnicos, materiales, humanos y financieros necesarios para la consecución de un resultado positivo en la prestación del servicio.

- Eficacia: Prestar atención oportuna y asertiva en el momento requerido.

- Compromiso: Participación responsable individual y en equipo, necesarias para un alto desempeño que permita el logro de los objetivos organizacionales y el mejoramiento de los procesos.

- Liderazgo: Alta dirección que fomenta la democracia participativa en todos los niveles de gestión que contribuye al logro de la Misión Institucional y por ende al desarrollo de la organización.

Figura 2. Estructura organizacional del Hospital Raúl Orejuela Bueno.



Fuente: Administración del Hospital Raúl Orejuela Bueno. 2018

4.4 MARCO JURÍDICO

Resolución 4445 de 1996. Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

Artículo 1. Definición. Para efectos de la presente resolución se definen como establecimientos hospitalarios y similares, todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, privadas o mixtas, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación física o mental.

Artículo 2. Modalidad de instituciones prestadoras de servicios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud según el tipo de servicio que ofrezcan, pueden clasificarse como instituciones hospitalarias e instituciones ambulatorias de baja, mediana y alta complejidad

Artículo 3. Campo de aplicación. Las disposiciones de la presente resolución se aplicarán tanto a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, como a todos los prestadores de servicios de salud. Cuando no se indique expresamente, debe entenderse la obligatoriedad de los requisitos para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud y para todos los prestadores de servicios de salud.

En las edificaciones, donde a la fecha de la expedición de la presente resolución funcionen las instituciones prestadoras de servicios de salud y los prestadores de servicios de salud, deberán adecuarse a las disposiciones aquí contenidas de acuerdo al plan de cumplimiento que se establezca de común acuerdo con la Dirección Seccional, Distrital o Local de Salud competente o su equivalente.

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

Artículo 1. Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Así mismo, a los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de

Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS- de que trata este decreto, excepto a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional, las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS y de manera obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a Empresas Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, o con Entidades Territoriales.

Decreto 1043 de 2006. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones

Resolución 1446 del 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Resolución 2003 de 2014. Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud

Artículo 1. tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución.

Artículo 2. Campo de aplicación. La presente resolución aplica a: 2.1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. 2.2 Los Profesionales Independientes de Salud. 2.3. Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. 2.4. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud,

que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos. 2.5. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia. Parágrafo. La presente resolución, así como el manual aquí adoptado, no establecen competencias para el talento humano, dado que las mismas se encuentran reguladas en el marco legal correspondiente.

Artículo 3. Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud. Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir las siguientes condiciones:

3.1. Capacidad Técnico-Administrativa.

3.2. Suficiencia Patrimonial y Financiera.

3.3. Capacidad Tecnológica y Científica.

Resolución 3678 de 2014. Por la cual se modifica la Resolución 2003 de 2014

Artículo 1. Modificase el numeral 5.5 del artículo 5 de la Resolución 2003 de 2014, el cual, quedará así:

"5.5. En cualquier momento, antes del 30 de enero de 2015, para renovar la habilitación por un año más, para los prestadores que les aplique el artículo 11 de la presente resolución."

Artículo 2. Modificase el artículo 11 de la Resolución 2003 de 2014, el cual quedará así:

"Artículo 11. Ampliación del término de vigencia de la inscripción renovada. La vigencia de la inscripción para los prestadores que cuenten con la inscripción renovada hasta el 31 de mayo de 2014, se ampliará hasta el 30 de enero de

2015." Artículo 3. Modificase los numerales 20.1 y 20.4 del artículo 20 de la Resolución 2003 de 2014, los cuales, quedarán así:

"20.1 Los prestadores de servicios de salud que se encuentren inscritos en el REPS, deberán actualizar por una única vez el portafolio de servicios, ingresando al enlace de novedades del prestador, disponible en el aplicativo del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), publicado en la página web de la entidad departamental o distrital de salud correspondiente y diligenciar la información allí solicitada antes del 30 de enero de 2015. La actualización del portafolio de servicios es un requisito previo para que el prestador realice la autoevaluación.

20.4 Los prestadores de servicios de salud inscritos con servicios habilitados a la entrada en vigencia de esta resolución, tendrán hasta el 30 de enero de 2015, para realizar los ajustes necesarios y dar cumplimiento a lo establecido en la presente resolución y en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado con la presente resolución. "

Resolución 0226 de 2015. Por medio de la cual se adiciona el numeral 2.2 del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado mediante la Resolución 2003 de 2014, en el sentido de establecer un trámite especial para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 1. Adicionase el numeral 2.2 del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado mediante la Resolución 2003 de 2014, así: Cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que al momento de la autoevaluación o de la verificación de las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, se encuentren bajo medida especial de intervención forzosa

administrativa para administrar por la Superintendencia Nacional de Salud, demostrarán dichas condiciones, una vez culmine el proceso de intervención.

Resolución 5158 de 2015. Por la cual se adiciona el artículo 15 de la Resolución 2003 de 2014.

Artículo 1. Adiciónese los siguientes incisos al artículo 15 de la Resolución 2003 de 2014, así:

"Igualmente, en aquellos casos de cierre de servicios de una Institución Prestadora de Servicios de Salud por una intervención forzosa administrativa para liquidar o para administrar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o por actuación administrativa para suprimir y liquidar por parte de la entidad territorial, el prestador que asuma los servicios en el mismo domicilio y sede deberá efectuar el procedimiento de inscripción establecido en el artículo 6 de la presente resolución y habilitar los servicios que vaya a continuar prestando, ante la respectiva entidad departamental o distrital de salud, Dicho procedimiento de inscripción se realizará siempre y cuando las entidades responsables del pago que requieran dichos servicios en su red para garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud, comuniquen por escrito la necesidad de los mismos a la respectiva entidad departamental o distrital de salud. Una vez cumplido lo anterior, la entidad departamental o distrital de salud procederá a realizar las actividades de los numerales 7.1, 7.2, 7.3, 7.6 Y parágrafo del artículo 7 de la presente resolución. Se considera inscrito el prestador que cumpla el anterior procedimiento, momento a partir del cual podrá ofertar y prestar los servicios de salud correspondientes y requerirá únicamente visita de verificación de las condiciones de habilitación por la entidad departamental o distrital de salud, la cual se efectuará dentro los seis (6) meses siguientes a la radicación del formulario de inscripción del prestador."

Resolución 1416 de 2016. Por la cual se adiciona el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud adoptado por la Resolución 2003 de 2014.

Artículo 1. Condiciones Criterios Resolución Resuelve 1. Adiciónese en el numeral 2 Condiciones de Habitación, numeral 2.3 de Capacidad Tecnológica y Científica, numeral 2.3.2 Estándares de Habilitación por Servicio", numeral 2.3.2.1 "Todos los Servicios" del Manual Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, adoptado en la 2003 de 2014, los siguientes criterios en los estándares que a continuación señalan:

Todos los servicios:

Talento Humano: En los servicios diferentes a consulta externa especialidades médicas, donde se atiendan pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, a los cuales se les decida como conducta médica o por solicitud del paciente, el manejo del dolor y cuidado paliativo el médico tratante deberá contar con certificado de formación para el manejo del dolor y cuidado paliativo, cuando no sea especialista en dolor y cuidado paliativo.

Procesos Prioritarios: Los servicios donde se atiendan pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, a los cuales se determine el manejo del dolor y cuidado paliativo, cuentan con la correspondiente guía de práctica clínica. 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.

4.5 MARCO CONCEPTUAL

Auditoría para el mejoramiento de la calidad: es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios

Acción de mejora: actividad implementada para incrementar los resultados de un proceso o el sistema en términos sujeto a la eficacia o eficiencia.

Capacidad técnico administrativa: estándares que aquí se consideran, van ligados a las condiciones propias de la organización. Son parámetros de tipo administrativo que deben garantizarse para que el servicio cuente con el debido respaldo, e incluye lo relativo a la existencia y representación legal, el sistema contable y estados financieros, ajustados a las disposiciones legales en la materia.

Capacidad Tecnológica y Científica: Tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud. Hacen referencia a aquellos parámetros ligados al talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos, dispositivos e insumos, procesos prioritarios, historia clínica e interdependencia con otros servicios.

Estándar: es un documento establecido por consenso, aprobado por un cuerpo reconocido, y que ofrece reglas, guías o características para que se use repetidamente.

Ginecobstetricia: Obstetricia y Ginecología es la especialidad de la Medicina que tiene el propósito de atender las necesidades de salud integral de la mujer a lo largo de su vida. La Obstetricia se ocupa de la mujer en todo su periodo fértil (embarazo, parto y puerperio) y la Ginecología es la subespecialidad médica y

quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios).

Hallazgo: abarca los hechos y otras informaciones obtenidas que merecen ser comunicados a los funcionarios de la entidad auditada y a otras personas interesadas

Habilitación: conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB).

Indicador: pueden ser considerados como puntos de referencia, por la información e indicación que contienen, pudiendo brindar información de tipo cuantitativa o cualitativa

Mejora continua: es una actitud general que debe ser la base para asegurar la estabilización del proceso y la posibilidad de mejora. Basado en el apoyo en la gestión, la retroalimentación y revisión de los pasos en cada proceso, la claridad en la responsabilidad de cada acto realizado, poder para el trabajador y la forma tangible de realizar las mediciones de los resultados de cada proceso

Plan de mejora: es un conjunto de medidas de cambio que se toman en una organización para mejorar su rendimiento.

Suficiencia técnico científica: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa.

Suficiencia patrimonial: Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. Garantizará que el prestador cuenta con unas condiciones mínimas que aseguran que el servicio no va a tener inconvenientes de orden financiero o patrimonial para poder estar adecuadamente sustentado al momento de ofrecerlo al público.

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación es de tipo cualitativo, ya que tiene como característica común referirse a sucesos complejos que tratan de ser descritos en su totalidad, en su medio natural. No hay consecuentemente, una abstracción de propiedades o variables para analizarlas mediante técnicas apropiadas para su descripción y la determinación de correlaciones. El investigador cualitativo estudia la realidad en su contexto natural, tal como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar, los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. La investigación cualitativa implica la utilización y recogida de una gran variedad de materiales que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas²⁵.

5.2 ENFOQUE

Descriptivo, ya que se busca especificar las propiedades, características y los perfiles²⁶ de la situación en que se encuentra el área de ginecología del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca. En este orden de ideas, se pretenden medir y recoger información de manera independiente y/o conjunta sobre las variables que inciden en establecer las condiciones de habitación a las que se refiere esta investigación.

Así mismo constituye una investigación transversal porque recolectan datos en un solo momento, es decir en el 2018.

5.3 MÉTODO

Para esta investigación se hará uso del método deductivo, entendido como es aquel que parte de datos generales aceptados como válidos para llegar a una conclusión de tipo particular²⁵, así, dadas las distintas condiciones y cambios que se presentan durante el último trimestre de gestación de las usuarias de un puesto de salud en Florida Valle del Cauca en el 2018, se podrá determinar los factores de riesgo que se presentan en posibles cuadros depresivos.

5.4 POBLACIÓN

La población de estudio está conformada por el área de ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca.

5.5 FUENTES TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Para un tratamiento más eficiente del tema, se utilizarán técnicas de investigación como, visitas y listas de verificación las cuales se van a diligenciar por los investigadores. El resultado que se obtenga de la aplicación de estas técnicas busca reflejar las condiciones en que se encuentra el área de ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno.

5.5.1 Fuentes primarias: Esta investigación se apoya en la realización y aplicación listas de verificación en el área de ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno, por parte de los investigadores con el consentimiento de la institución de salud, puesto que son las personas más aptas y con licencia para brindar información de manera real y confiable.

5.5.2 Fuentes secundarias: para esta investigación, está constituida por la información consultada en los textos o libros, diccionarios y artículos de autores que han abordado el tema de investigación objeto de estudio anteriormente.

5.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento para la recolección de la información que se implementó para conocer la situación actual del área de ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno fue una lista de chequeo. (Anexo 1)

5.7 PROCEDIMIENTO

Fase 1. Socialización de la investigación

Una vez definidos y aprobados los objetivos de la investigación se da inicio a la programación de las fases correspondientes para el cumplimiento de los mismos, identificación de las variables a analizar, iniciar la investigación teórica correspondiente y definir el cronograma de actividades.

Fase 2. Consentimiento informado

El consentimiento informado (Anexo 2) se realiza para confirmar la libre participación de la entidad de salud como autorización y permiso de hacer uso de la misma para ser estudiada en área objeto de estudio.

Fase 3. Aplicación de instrumentos

Dado el tipo de estudio y las herramientas a usar (lista de chequeo) se obtienen del área de ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno directamente una vez aprobado y firmado el consentimiento informado.

Fase 4. Procesamiento de datos

Las revisiones de las listas de chequeo se analizan detalladamente identificando cada una de las variables objeto de estudio expuesta en la Resolución 2003 de 2014, se sistematizan y se obtienen los respectivos resultados.

Fase 5. Análisis de resultados

Los resultados de las listas de chequeo se someten a análisis para identificar condiciones del área de ginecología del Hospital Raúl Orejuela Bueno con respecto al sistema de habilitación.

Fase 6. Socialización de los resultados

Se lleva a cabo las conclusiones, recomendaciones e inferencia de los resultados obtenidos determinando el cumplimiento de los objetivos.

5.8 CONSIDERACIÓN ASPECTOS ÉTICOS

Se consideró el permiso por escrito de parte de los Directivos Médicos del Hospital para poder hacer uso de las instalaciones y demás herramientas, se trabajó con los datos en forma confidencial.

Resolución 8430 de 1993

Por la cual se establece las normas científicas técnicas y administrativa para la investigación en salud, basándose en el artículo 1. Se tendrá en cuenta los diversos requisitos que se deben cumplir en el momento de desarrollar actividades investigativas en salud.

En cuanto a su artículo 6. La resolución nos nombra los diferentes criterios a desarrollar en el momento de realizar una investigación en los seres humanos de los cuales el estudio se enfatizara en:

- Prevalecer la necesidad de los usuarios y expresar claramente los riesgos, teniendo en cuenta que esta investigación se encuentra en un rango de investigación sin riesgo
- Se contará con el diligenciamiento del consentimiento informado por escrito de parte de las encuestadas sujeto de investigación.
- No representa ningún riesgo que atente contra la integridad o condición del sujeto de estudio, ni con su vida personal.

5.9 PERTINENCIA CIENTÍFICA TECNOLÓGICA

En la sociedad actual del conocimiento y la información es preciso disponer de herramientas y procedimientos de investigación que permitan conocer las evidencias científicas sobre problemas de Salud de los trabajadores para tomar decisiones en relación con la prevención, higiene y seguridad ocupacional y rehabilitación e inserción laboral.

La génesis de estudio tiene entre sus aplicaciones y objetivos conocer la historia natural de las enfermedades y los problemas de salud. Para cumplir este fin se vale de distintos diseños, que correctamente utilizados permiten obtener observaciones, resultados e información que una vez validada permite tomar decisiones en los distintos ámbitos profesionales para contribuir a la mejora de la atención y del bienestar de los pacientes, usuarios y/o trabajadores. También, antes de la toma de decisiones, los profesionales deben evaluar la validez de las

observaciones que se realizan en la comunicación científica, ya sea un artículo científico, un informe profesional o una auditoría externa.

Su utilidad fundamental es generar evidencias científicas necesarias e imprescindibles para la toma de decisiones, adecuadas y pertinentes, en relación con el Sistema Único de Habilitación.

También, constituye una herramienta imprescindible en el Desarrollo Profesional Continuo, siendo el elemento determinante del autoaprendizaje a través de la lectura crítica de los artículos científicos.

5.10 POBLACIÓN BENEFICIADA

El esfuerzo que una sociedad dedica a la mejora de servicios de salud, las enfermedades o las catástrofes, puede considerarse el más completo indicador del nivel de calidad de vida por la que esa sociedad trabaja y aspira. La prevención está tan ligada a la evolución social que es una expresión de la misma y sufre de sus vicisitudes y limitaciones.

La realidad preventiva es una realidad psicosociológica y su criterio de identidad es la propia creencia en ella. La prevención no existe fuera de las personas que confían en ella la promueven y la practican. La prevención forma parte de los logros de las organizaciones humanas en las sociedades responsables, tales como las libertades públicas, el estado de derecho etc. y, este tipo de logros nunca vienen dados ni otorgados, son auto conquistados.

La realización y aplicación de este proyecto se basa en establecer las condiciones actuales del Servicio de Ginecología del Hospital Raúl Orejuela Bueno, como parte vital en la prestación de servicios de salud de una comunidad en crecimiento

y que cada segundo da vida a un individuo, de manera que se logre mejorar las condiciones y calidad de vida de los Palmiranos.

Para el estado este tipo de estudios fortalecen su sentido de compromiso con la sociedad en general, de hacer cumplir la normatividad legal que ha estipulado así como propender por los derechos básicos de sus integrantes desde su entorno laboral.

6. RESULTADOS

6.1 Diagnóstico de la situación actual del servicio de Ginecobstetricia en el Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca respecto al sistema único de habilitación.

En el Hospital Raúl Orejuela bueno de Palmira Valle del Cauca, se llevó a cabo la inauguración de una nueva Sala de Maternidad y Ginecobstetricia en febrero de 2018, la cual busca un proceso de habilitación y acreditación, razón por la que se realizó una modernización por una inversión de \$ 906 millones, de los cuales el municipio aportó para infraestructura \$ 543 millones, considerando que a esta área no había recibido una inversión de esta importancia en los últimos cuarenta años.

Esto como consecuencia de la alta demanda del área, dentro de la entidad, pues para el 2017, el Hospital Raúl Orejuela bueno HROB, atendió 1.226 partos, brindando cobertura a los afiliados de las diferentes EPS que tienen convenio con el HROB, así como a la población sin aseguramiento de la zona suroriente del Valle compuesta por Candelaria, Pradera, Florida y Cerrito, de la cual Palmira es cabeza.

De igual forma, la nueva dotación incluyó máquina para procesar gases, monitores de signos vitales, monitores fetales, Doppler fetal, carro de paro, mesa para parto y post parto, cama eléctrica 4 planos, camilla ginecológica, camillas de transporte, equipo órganos de los sentidos, modelo de pared y carro de administración de medicamentos.

Sin embargo, a pesar de estas premisas no se ha establecido un completo proceso de Habilitación ajustado a la normatividad legal vigente, razón

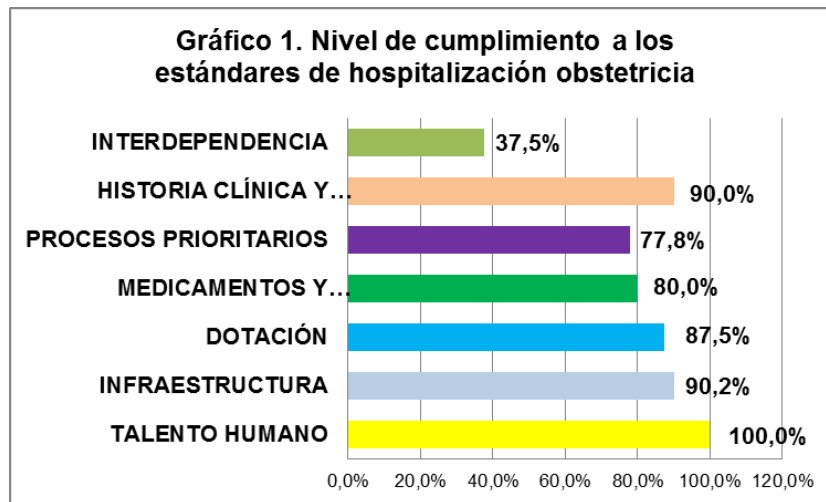
por la cual se lleva a cabo esta investigación como respaldo a la experiencia de pasantía.

Después de realizar una lista de chequeo se comprobó que la situación actual del servicio de Ginecología y Obstetricia presenta un cumplimiento del 83.2% correspondientes a 94 criterios conforme a los siete estándares contemplados en el Sistema Único de Habilitación para el servicio de hospitalización obstetricia de los 113 de criterios establecidos.

Cuadro 1. Lista de verificación de cumplimiento a los estándares hospitalización obstetricia mediana y alta complejidad

ESTÁNDAR	TOTAL CRITERIOS ESTÁNDAR	TOTAL CUMPLIDOS POR IPS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
TALENTO HUMANO	9	9	100,0%
INFRAESTRUCTURA	41	37	90,2%
DOTACIÓN	8	7	87,5%
MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS	10	8	80,0%
PROCESOS PRIORITARIOS	27	21	77,8%
HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS	10	9	90,0%
INTERDEPENDENCIA	8	3	37,5%
TOTAL	113	94	83,2%

Fuente: elaboración propia



1. TALENTO HUMANO: Se evidencia un cumplimiento del 100% a los criterios del estándar.

2. INFRAESTRUCTURA: De los 41 criterios evaluados se evidencia un grado de cumplimiento del 90,3 % encontrado lo siguiente:

- Se evidenció que el servicio de Ginecobstetricia no cuenta con ambiente de vestier para personal.
- El puesto de control enfermería cuenta con un mesón que no es ergonómica para el personal asistencial y la altura no es apropiada porque es muy alto y dificulta la visibilidad a las usuarias que están en el trabajo de parto de igual forma instalar el sistema de llamado de pacientes a enfermería por cama. Antecámara a manera de filtro que incluye mesón de trabajo con poceta y lavamanos.
- La puerta de la sala de partos no cuenta con el visor que permite la visualización entre el interior y el exterior del área.
- La sala no cuenta con la antecámara a manera de filtro que incluye mesón de trabajo con poceta y lavamanos que permitan garantizarla seguridad de los pacientes.

3. DOTACIÓN: De los 8 criterios evaluados se evidencia un grado de cumplimiento del 87% debido a que el área maternidad, trabajo de parto no cuenta con carro de paro que contenga equipo básico de reanimación (ambu adulto y pediátrico), laringoscopio con hojas para adulto y pediátrico, guías de entubación adulta y pediátrica.

4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS E INSUMOS: De los 10 criterios evaluados se evidencia un grado de cumplimiento del 80% encontrado lo siguiente:

- El servicio de Ginecobstetricia sala de partos no cuenta con un termohidrómetro para realizar la farmacovigilancia de los medicamentos de su temperatura y humedad.
- Se verificó el proceso de almacenamiento en la dispensación de los dispositivos médicos el kit de emergencia obstétrica donde se evidencia una cánula de oxígeno pediátrica con fecha de vencimiento 14 de enero del 2018.

5. PROCESOS PRIORITARIOS: De los 27 criterios evaluados se evidencia un grado de cumplimiento del 77,8% encontrando lo siguiente:

- La institución no cuenta con un protocolo institucional para el programa canguro adherido a las guías de práctica clínica de la OMS y basados en los lineamientos que para éste programa establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
- La institución no cuenta con listas de verificación para los insumos necesarios del Kit de emergencia Obstétrica.
- La institución no cuenta con listas de verificación para los insumos y dispositivos necesarios para la atención de parto.
- La institución no cuenta la lista de verificación para garantizar la vigilancia estricta en el post parto inmediato.

- La institución no cuenta con un proceso de referencia y contra referencia para así asegurar al binomio madre – hijo el transporte y la atención en los diferentes niveles de complejidad de los servicios que requieran.
- La institución debe establecer un protocolo institucional para el programa canguro adherido a las guías de práctica clínica de la OMS. Además no cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal.

6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS: De los 10 criterios evaluados se evidencia un grado de cumplimiento del 90% encontrado incumplimiento evidenciado en el incumplimiento en el diligenciamiento de manera completa y adecuada los datos de las pacientes en las Historias clínicas con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos como lo es el partograma ya que se evidencio el no diligenciamientos en algunas Historias clínicas de las gestantes y en otras se encontraba el registró incompleto.

7. INTERDEPENDENCIA: De los 8 criterios evaluados se evidencia un grado de cumplimiento del 37,5% encontrando lo siguiente:

- La institución no cuenta con lista de verificación para el cumplimiento a los estándares de habilitación resolución 2003 de 2014 para el área de esterilización.
- El servicio de esterilización no cuenta con guías de manejo para el servicio de esterilización.
- No cuentan los indicadores químicos y bilógicos para garantizar un buen proceso de esterilización.
- La institución no cuenta con un inventario en el servicio de central de esterilización
- El servicio de esterilización no cuenta con la incubadora de control biológico incumplimiento en los indicadores de medición del proceso de esterilización.

6.2 Formulación de un plan de mejora necesario de acuerdo a los hallazgos evidenciados para que el servicio de Ginec Obstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca logre la habilitación establecida por ley.

Una vez diagnosticada la situación actual del hospital y la verificación de los siete estándares del Sistema Único de Habilidadación en el servicio de Ginec Obstetricia, se pudo establecer el siguiente plan de mejora:

Cuadro 2. Plan de mejora para infraestructura

PROCESO	HALLAZGO/ACTIVIDAD	QUE (Acción a Implementar)	QUIEN (Responsable)	CUANDO (Fecha de Terminación)	POR QUÉ (Riesgo o Actividad Identificado)	DONDE (Lugar donde se realizara la actividad)	COMO (Pautas para la realización de la actividad)
INFRAESTRUCTURA	Se evidencio que el servicio de Ginec Obstetricia no cuenta con ambiente de vestier para personal	Construir un ambiente de vestier para el personal asistencial que labora en el servicio se evidencio que la estructura que está en construcción	Área de mantenimiento.	10/11/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de sala de partos. Área de maternidad	Terminación de la adecuación del ambiente para el personal asistencial
	Se evidencia que el puesto de control enfermería cuenta con un mesón que no es ergonómica para el personal asistencial y la altura no es apropiada porque es muy alto y dificulta la visibilidad a las usuarias que están en el trabajo de parto de igual forma instalar el sistema de llamado de pacientes a enfermería por cama.	Instalar en el Puesto de control de enfermería. con un mesón más ergonómico para el personal asistencial con la altura apropiada para la realización de las actividades, ya que el que cuentan no es ergonómico y dificulta la visibilidad a las usuarias que están en el trabajo de parto de igual forma instalar el sistema de llamado de pacientes a enfermería por cama. Evaluar con el jefe de mantenimiento la restructuración de la estación de enfermería conforme a la normatividad vigente ley 715 de 2011	Área de mantenimiento.	10/11/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de maternidad del servicio de Ginec Obstetricia.	Estudio entre compras y Gerencia sobre necesidad de la adecuación de la infraestructura
	Se evidencia que La puerta de la sala de partos no cuenta con el visor que permite la visualización entre el interior y el exterior del área	Instalar en la puerta de sala de partos un visor que permita la visualización entre el interior y exterior del área.	Área de mantenimiento.	10/11/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de maternidad del servicio de Ginec Obstetricia.	Estudio entre compras y Gerencia sobre necesidad de la adecuación de la infraestructura
	Se evidencia que la sala no cuenta con la antecámara a manera de filtro que incluye mesón de trabajo con poceta y lavamanos que permitan garantizarla seguridad de los pacientes.	Instalar en la sala de partos antecámara a manera de filtro que incluye mesón de trabajo con poceta y lavamanos que permitan garantizarla seguridad de los pacientes. Adecuar un sitio al ingreso de cada servicio (Puerperio-Hospitalización) un filtro para el cumplimiento de lavado de manos al ingreso de los acompañantes	Área de comparas y mantenimiento.	10/10/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de maternidad del servicio de maternidad.	Realizar campañas de sensibilización aportando a la política de seguridad del paciente y así disminuir los riesgos de infección en el servicio.

Fuente: elaboración propia

Cuadro 3. Plan de mejora para dotación y medicamentos e insumos

PROCESO	HALLAZGO/ACTIVIDAD	QUE (Acción a Implementar)	QUIEN (Responsable)	CUANDO (Fecha de Terminación)	POR QUÉ (Riesgo o Actividad Identificado)	DONDE (Lugar donde se realizara la actividad)	COMO (Pautas para la realización de la actividad)
DOTACIÓN	Se evidencia que el área maternidad trabajo de parto no cuenta con carro de paro que contenga equipo básico de reanimación (ambu adulto y pediátrico), laringoscopio con hojas para adulto y pediátrico, guías de entubación adultas y pediátricas	Adquirir un carro de paro para el área trabajo de parto que contenga equipo básico de reanimación (ambu adulto y pediátrico), laringoscopio con hojas para adulto y pediátrico, guías de entubación adultas y pediátricas se evidencio en sala de parto y hospitalización post-parto.	Administración financiera y compras	10/08/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de maternidad.	Colocar el carro de paro en el área maternidad que cuente con(ambu adulto y pediátrico), laringoscopio con hojas para adulto y pediátrico, guías de entubación adultas y pediátricas
MEDICAMENTOS E INSUMOS	Se evidencia que el servicio de Ginec Obstetricia sala de partos no cuenta con un termohidrometro para realizar la fármaco vigilancia de los medicamentos de su temperatura y humedad	Adquirir con el área de almacén termo higrómetros para el área de sala de partos, trabajo de parto y maternidad.	Administración financiera y compras	10/08/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de Ginec Obstetricia y esterilización.	Realizar instalaciones de los termohidrometro con sus respectivos registro y control diario y así verificar el buen estado de los medicamentos utilizados en el área de sala de partos
	Se verificó el proceso de almacenamiento en la dispensación de los dispositivos médicos el kit de emergencia Obstétrica donde se evidencia una cánula de oxigeno pediátrica con fecha de vencimiento 14 de enero del 2018.	Verificar las fechas de vencimiento de los dispositivos médicos realizando la farmacovigilancia semaforización de los mismo para tenerlos vigentes en la prestación del servicio, dando cumplimiento a protocolo de semaforización de medicamentos y dispositivos médicos de los carro de paro, y kit del código rojo del servicio de gineco-obstetricia.	Comité de calidad y coordinación 2 nivel	10/09/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de Ginec Obstetricia.	Retroalimentación al personal de Enfermería sobre la importancia de mantener la semaforización actualizada de los medicamentos e insumos del carro de paro y Kit de código rojo de la sala de partos.

Fuente: elaboración propia

Cuadro 4. Plan de mejora procesos prioritarios

PROCESO	HALLAZGO/ACTIVIDAD	QUE (Acción a Implementar)	QUIEN (Responsable)	CUANDO (Fecha de Terminación)	POR QUÉ (Riesgo o Actividad Identificado)	DONDE (Lugar donde se realizara la actividad)	COMO (Pautas para la realización de la actividad)
PROCESOS PRIORITARIOS	Se evidencia que la institución no cuenta con un protocolo institucional para el programa canguro adherido a las guías de práctica clínica de la OMS y basados en los lineamientos que para éste programa establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.	Establecer un protocolo institucional para el programa canguro adherido a las guías de práctica clínica de la OMS y basados en los lineamientos que para éste programa establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.	Comité de calidad y coordinación 2 nivel	10/09/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de Ginecobstetricia.	Realizar y socializar el protocolo del programa canguro al personal asistencial del servicio de gineco-obstetricia
	Se evidencia que la institución no cuenta con listas de verificación para los insumos necesarios del Kit de emergencia Obstetrica.	Implementar instrumento de verificación los insumos necesarios para el manejo de las emergencias obstétricas.	Comité de calidad y coordinación 2 nivel	10/09/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de Ginecobstetricia.	Diligenciar el registro mensual de verificación de los medicamentos y dispositivos médicos del carro de paro y Kit de código rojo, garantizando el cumplimiento del protocolo de semaforización, e informar y gestionar el cambio de los medicamento que estén próximos a vencer
	Se evidencia que la institución no cuenta con listas de verificación para los insumos y dispositivos necesarios para la atención de parto.	Implementar instrumento de verificación donde estén descritos todos los insumos y dispositivos requeridos para la atención parto.	Comité de calidad y coordinación 2 nivel	10/09/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de Ginecobstetricia.	Realizar seguimiento a las actas de la apertura mensual o por requerimiento del servicio al carro de paro y el kit de código rojo, desde el programa de seguridad del paciente y la coordinadora de enfermería Erika Polanco garantizando la práctica segura de semaforización.
	Se evidencia que la institución no cuenta la lista de verificación para garantizar la vigilancia estricta en el post parto inmediato.	Implementar una lista de verificación en el servicio de Ginecobstetricia para garantizar una vigilancia estricta de la mujer en el postparto inmediato, para profesionales médicos y de enfermería, según estado de cada paciente se evidencio que aun en el servicio no está descrita la vigilancia que se debe tener.	Comité de calidad y coordinación 2 nivel	10/09/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de Ginecobstetricia.	Realizar plan de mejora de los resultados obtenidos con la medición de la adherencia
	Se evidencia que las institución no cuenta con un proceso de referencia y contra referencia para así asegurar al binomio madre – hijo el transporte y la atención en los diferentes niveles de complejidad de los servicios que requieran ya que se evidencio que no está documentado.	Establecer un proceso con las EPS de referencia y contra referencia para así asegurar al binomio madre – hijo el transporte y la atención en los diferentes niveles de complejidad de los servicios que requieran ya que se evidencio que no está documentado.	Comité de calidad y coordinación 2 nivel	10/09/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de Ginecobstetricia.	Realizar y socializar el proceso de referencia y contra referencia del binomio madre e hijo de acuerdo al nivel de atención que requiera
	Se evidencia que la institución debe Establecer un protocolo institucional para el programa canguro adherido a las guías de práctica clínica de la OMS. Además no cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal donde este descritos las acciones a realizar por su nivel de complejidad y la referencia de acuerdo al nivel de complejidad que requiera.	Establecer un protocolo institucional para el programa canguro adherido a las guías de práctica clínica de la OMS. Además no cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal donde este descritos las acciones a realizar por su nivel de complejidad y la referencia de acuerdo al nivel de complejidad que requiera.	Comité de calidad y coordinación 2 nivel	10/09/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de Ginecobstetricia.	Realizar y socializar el protocolo del programa canguro y los sitios de referenciación al personal asistencial del servicio de gineco-obstetricia y

Fuente: elaboración propia

Cuadro 5. Plan de mejora historia clínica e interdependencia

PROCESO	HALLAZGO/ACTIVIDAD	QUE (Acción a Implementar)	QUIEN (Responsable)	CUANDO (Fecha de Terminación)	POR QUÉ (Riesgo o Actividad Identificado)	DONDE (Lugar donde se realizara la actividad)	COMO (Pautas para la realización de la actividad)
HISTORIA CLÍNICA	Se evidencia incumplimiento en el diligenciamiento de manera completa y adecuada los datos de las pacientes en las Historias clínicas con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos como lo es el partograma ya que se evidencio el no diligenciamientos en algunas Historias clínicas de las gestantes y en otras se encontraba el registro incompleto.	Registrar de manera completa y adecuada los datos de las pacientes en las Historias clínicas con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos como lo es el partograma por parte de los profesionales médicos.	coordinadora de servicio de Ginecobstetricia y coordinador medico	10/09/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de Ginecobstetricia.	socializar con el personal médico el formato del partograma implementada y realizar seguimiento a la aplicabilidad del formato del partograma
INTERDEPENDENCIA PROCESO DE ESTERILIZACIÓN	Se evidencio que la institución no cuenta con lista de verificación para el cumplimiento a los estándares de habilitación resolución 2003 de 2014 para el área de esterilización.	Implementar lista de verificación de la 2003 para adecuar correctamente el área de esterilización para que cumpla en infraestructura.	coordinador de cirugía y coordinadora de segundo nivel	10/09/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de Ginecobstetricia.	Diseñar los planos con las modificaciones requeridas para el cumplimiento de la norma Garantizar que las remodelaciones y adecuaciones planeadas cumplan con las condiciones ambientales
	Se evidencia que el servicio de esterilización no cuenta con guías de manejo para el servicio de esterilización.	Implementar el manual y guías de esterilización que garantice la prestación del servicio	coordinador de cirugía y coordinadora de segundo nivel	10/10/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de Ginecobstetricia.	implementar y socializar el manual de esterilización documentado con el personal que hace parte de la central de esterilización Medir la adherencia del personal al manual y a las guías implementadas
	Se evidencia que no cuentan los indicadores químicos y bilógicos para garantizar un buen proceso de esterilización.	Adquirir los insumos necesarios en cuanto al proceso de esterilización	coordinador de cirugía y coordinadora de segundo nivel	10/09/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de Ginecobstetricia.	instalar la incubadora en el servicio de esterilización Llevar control diario de los indicadores físicos, químicos y bilógicos
	Se evidencio que la institución no cuenta con un inventario en el servicio de central de esterilización	Establecer y diseñar un inventario del material que se tiene en la central de esterilización	coordinador de cirugía y coordinadora de segundo nivel	10/09/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de Ginecobstetricia	Implementar y socializar el inventario estandarizado mensualmente con el personal de la central de esterilización
	Se evidencio que el servicio de esterilización no cuenta con la incubadora de control biológico incumplimiento en los indicadores de medición del proceso de esterilización.	Gestionar la compra incubadora de control biológico en el servicio de esterilización ya que se evidencio incumplimiento en los indicadores de medición del proceso de esterilización	coordinador de cirugía y coordinadora de segundo nivel	10/09/2018	Cumplimiento del estándar de habilitación.	Área de Ginecobstetricia.	Comprar e instalar la incubadora para el control de los indicadores biológicos de la central de esterilización, garantizando la esterilización adecuada del instrumental y ropa qx

Fuente: elaboración propia

6.3 Cumplimiento conforme a los siete estándares del sistema único de habilitación en el servicio de Ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira – Valle del Cauca estableciendo las falencias y determinando las oportunidades de mejora encontradas que permitan tener claro los estándares a trabajar.

Para comprobar el cumplimiento conforme a los siete estándares sugeridos para el servicio de Habilidadación en la institución objeto de estudio se realizó una lista de chequeo basados en los estándares del Sistema Único de Habilidadación, que evidenció lo siguiente:

Cuadro 6. Seguimiento del proceso de infraestructura según el SUH

PROCESO	INDICADOR	META	HALLAZGO	FECHA INICIAL	FECHA DE TERMINACIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	Avance Físico (%)	CATEGORÍA
INFRAESTRUCTURA	% cumplimiento al plan de mantenimiento	100%	Se evidencio que el servicio de Ginecobstetricia no cuenta con ambiente de vestier para personal	20/07/2018	10/11/2018	Área de mantenimiento.	07-ago-18	40%	TIPO C
	% cumplimiento al plan de mantenimiento	100%	Se evidencia que el puesto de control enfermería cuenta con un mesón que no es ergonómica para el personal asistencial y la altura no es apropiada porque es muy alto y dificulta la visibilidad a las usuarias que están en el trabajo de parto de igual forma instalar el sistema de llamado de pacientes a enfermería por cama.	20/07/2018	10/11/2018	Área de mantenimiento.	07-ago-18	0%	TIPO C
	% cumplimiento al plan de mantenimiento	100%	Se evidencia que La puerta de la sala de partos no cuenta con el visor que permite la visualización entre el interior y el exterior del área	20/07/2018	10/11/2018	Área de mantenimiento.	07-ago-18	0%	TIPO C
	% cumplimiento al plan de mantenimiento	100%	Se evidencia que la sala no cuenta con la antecámara a manera de filtro que incluye mesón de trabajo con poceta y lavamanos que permitan garantizarla seguridad de los pacientes.	20/07/2018	10/10/2018	Área de compras y mantenimiento.	07-ago-18	0%	TIPO B

Fuente: elaboración propia

Cuadro 7. Seguimiento del proceso de dotación y medicamentos e insumos según el SUH

PROCESO	INDICADOR	META	HALLAZGO	FECHA INICIAL	FECHA DE TERMINACIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	Avance Físico (%)	CATEGORÍA
DOTACIÓN	% de insumos requeridos/insumos gestionados	100%	Se evidencia que el área maternidad trabajo de parto no cuenta con carro de paro que contenga equipo básico de reanimación (ambu adulto y pediátrico), laringoscopio con hojas para adulto y pediátrico, guías de entubación adultas y pediátricas	20/07/2018	10/08/2018	Administración financiera y compras	07-ago-18	0%	TIPO B
MEDICAMENTOS E INSUMOS	% de insumos requeridos/insumos gestionados	100%	Se evidencia que el servicio de Ginecobstetricia sala de partos no cuenta con un termohidrómetro para realizar la fármaco vigilancia de los medicamentos de su temperatura y humedad	20/07/2018	10/08/2018	Administración financiera y compras	07-ago-18	0%	TIPO A
	% de adherencia	100%	Se verifico el proceso de almacenamiento en la dispensación de los dispositivos médicos el kit de emergencia Obstétrica donde se evidencia una cánula de oxígeno pediátrica con fecha de vencimiento 14 de enero del 2018.	20/07/2018	10/09/2018	Comité de calidad y coordinación 2 nivel	Agosto 7 de 2018	0%	TIPO A

Fuente: elaboración propia

Cuadro 8. Seguimiento procesos prioritarios según el SUH

PROCESO	INDICADOR	META	HALLAZGO	FECHA INICIAL	FECHA DE TERMINACIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	Avance Físico (%)	CATEGORÍA
PROCESOS PRIORITARIOS	% de adherencia a la guía	100%	Se evidencia que la institución no cuenta con un protocolo institucional para el programa canguro adherido a las guías de práctica clínica de la OMS y basados en los lineamientos que para éste programa establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.	20/07/2018	10/09/2018	Comité de calidad y coordinación 2 nivel	Agosto 7 de 2018	0%	TIPO B
	% de adherencia a la aplicación de lista de verificación	100%	Se evidencia que la institución no cuenta con listas de verificación para los insumos necesarios del Kit de emergencia Obstétrica.	20/07/2018	10/09/2018	Comité de calidad y coordinación 2 nivel	Agosto 7 de 2018	0%	TIPO A
	% de adherencia a la aplicación de lista de verificación	100%	Se evidencia que la institución no cuenta con listas de verificación para los insumos y dispositivos necesarios para la atención de parto.	20/07/2018	10/09/2018	Comité de calidad y coordinación 2 nivel	Agosto 7 de 2018	0%	TIPO A
	% de adherencia a la aplicación de lista de verificación	100%	Se evidencia que la institución no cuenta la lista de verificación para garantizar la vigilancia estricta en el post parto inmediato.	20/07/2018	10/09/2018	Comité de calidad y coordinación 2 nivel	Agosto 7 de 2018	0%	TIPO A
	% de adherencia al proceso	100%	Se evidencia que las institución no cuenta con un proceso de referencia y contra referencia para así asegurar al binomio madre – hijo el transporte y la atención en los diferentes niveles de complejidad de los servicios que requieran.	20/07/2018	10/09/2018	Comité de calidad y coordinación 2 nivel	Agosto 7 de 2018	0%	TIPO B
	% de adherencia a la guía	100%	Se evidencia que la institución debe Establecer un protocolo institucional para el programa canguro adherido a las guías de práctica clínica de la OMS. Además no cuenta con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal	20/07/2018	10/09/2018	Comité de calidad y coordinación 2 nivel	Agosto 7 de 2018	0%	TIPO B

Fuente: elaboración propia

Cuadro 9. Seguimiento de historia clínica e interdependencia según el SUH

PROCESO	INDICADOR	META	HALLAZGO	FECHA INICIAL	FECHA DE TERMINACIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	Avance Físico (%)	CATEGORÍA
HISTORIA CLÍNICA	Tiempo transcurrido en horas desde el inicio de la etapa activa del trabajo de parto hasta el nacimiento	100%	Se evidencia incumplimiento en el diligenciamiento de manera completa y adecuada los datos de las pacientes en las Historias clínicas con los contenidos mínimos que incluyan datos de identificación, anamnesis, tratamiento y el componente de anexos como lo es el partograma ya que se evidencio el no diligenciamientos en algunas Historias clínicas de las gestantes y en otras se encontraba el registro incompleto.	20/07/2018	10/09/2018	Coordinadora de servicio de Ginecobstetricia y coordinador medico	07-ago-18	0%	TIPO A
INTERDEPENDENCIA	% de cumplimiento adherencia a guías y protocolos en el área de esterilización	100%	Se evidencio que la institución no cuenta con lista de verificación para el cumplimiento a los estándares de habilitación resolución 2003 de 2014 para el área de esterilización.	20/07/2018	10/09/2018	Coordinador de cirugía y coordinadora de segundo nivel	07-ago-18	0%	TIPO A
	% de cumplimiento adherencia a guías y protocolos en el área de esterilización	100%	Se evidencia que el servicio de esterilización no cuenta con guías de manejo para el servicio de esterilización.	20/07/2018	10/10/2018			TIPO B	
	% de cumplimiento adherencia a guías y protocolos en el área de esterilización	100%	Se evidencia que no cuentan los indicadores químicos y bilógicos para garantizar un buen proceso de esterilización.	20/07/2018	10/09/2018			TIPO A	
	# Total de insumos del inventario/ # insumos requeridos para la atención	100%	Se evidencio que la institución no cuenta con un inventario en el servicio de central de esterilización	20/07/2018	10/09/2018			TIPO A	
	% de insumos requeridos/insumos gestionados	100%	Se evidencio que el servicio de esterilización no cuenta con la incubadora de control biológico incumplimiento en los indicadores de medición del proceso de esterilización	20/07/2018	10/09/2018	Compras y dirección sub científica	08-ago-18	0%	TIPO A

Fuente: elaboración propia

CATEGORÍA :	CLASIFICACIÓN	TIEMPO DE EJECUCIÓN
	TIPO A	INMEDIATA
	TIPO B	UN MES
	TIPO C	3 MESES

7. CONCLUSIONES

Mediante el diagnóstico actual del servicio de Ginecobstetricia del Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira Valle del Cauca, se puede establecer que, aunque se realizó una gran inversión desde febrero del presente año, no cuenta aún con un completo cumplimiento de los estándares establecidos por el Sistema Único de Habilitación, pues se pudo evidenciar que tienen carencias en los parámetros de infraestructura, dotación, medicamentos e insumos, historia clínica e interdependencia con un cumplimiento de 83.2% de los siete estándares, resaltando que solo el Talento Humano tiene completo cumplimiento.

Algunas de las falencias encontradas obedecen a que el Hospital ha presentado algunos inconvenientes por reestructuración de sus instalaciones en búsqueda del mejoramiento y ampliación, problemáticas de corrupción en los últimos años, mal diseño de inversiones, entre otras, que han entorpecido el proceso de Habilitación efectivo y completo en el servicio de Ginecobstetricia y demás áreas.

El plan de mejora propuesto permitirá que la entidad, en una de sus más relevantes áreas, dada la alta demanda que presenta, cumpla con los requisitos exigidos por ley como parte integral de su funcionamiento en la prestación de servicios de salud, siendo determinante para su sostenimiento, crecimiento y funcionalidad a la comunidad en general como parte de su misión y visión como entidad pública.

8. RECOMENDACIONES

Dado que, el Sistema Único de Habilitación establece los requisitos que deben cumplir de manera obligatoria los prestadores de servicios en salud en Colombia, es importante que los profesionales de la salud reconozcan cada uno de los requisitos que les aplican según los servicios que van a prestar.

El Hospital Raúl Orejuela Bueno de Palmira Valle del Cauca, debe atender al plan de mejora y otras investigaciones, que desde la práctica realizada se estableció como parte del aporte académico – práctico que se le brinda en beneficio de mejorar la calidad en la prestación de servicios y el cumplimiento de las disposiciones legales.

La calidad en el sector salud tiene que estar enfocada en el paciente, logrando mantener la satisfacción de las necesidades explícitas e implícitas de sus usuarios, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y sus estructura de necesidades específicas, que hacen a cada paciente un ser único que se comporta de manera diferente, lo cual lo llevan a tener necesidades y expectativas desiguales al momento de acudir a los servicios de salud.

Por parte del equipo auditor se dejan una serie de recomendaciones para tener en cuenta que hacen parte de la mejora continua de los procesos y contribuyen en la prestación del servicio:

- Sería importante que el servicio cuente con reja de seguridad para el ingreso del cubículo de puerperio así se puede tener más control del personal que ingresa y evitarían las fugas de los pacientes.
- Contar con las divisiones adecuadas para el consultorio de ginecología para valoración de la paciente ya que debe tener la separación el sitio donde se realiza el examen físico de la anamnesis.

- Se debería instalar una reja o puerta que contenga seguridad que restrinja el acceso a los usuarios en el pasillo de quirófanos y sala de partos
- El llamado de pacientes del área de puerperio no corresponde a la ubicación de las usuarias, lo que impide que el personal de turno no atienda al llamado.
- Evaluar según el recurso humano con el que cuenta el servicio de ginecobstetricia contar con los equipos de cómputo suficiente para la realización de las actividades propias de la área evitando demoras en el cumplimiento de actividades sistematizadas.
- No se cuenta con archivador para papelería en el área de maternidad y sala de partos.
- Evaluar la posibilidad de contar en el servicio con un aspirador portátil que pueda ser utilizado de manera inmediata al momento de ser requerido.
- Solicitar al comité de compras el cambio de los recipiente donde almacena las compresas estériles ya que se evidencia esta oxidado.
- Sería importante el evaluar la seguridad en los equipos biomédicos del servicio de ginecobstetricia que este riesgo se mitigaría si se toman las medidas de seguridad con la reja que se propone.
- Se recomienda realizar orden y aseo al ambiente de prelavado de instrumental.
- Se recomienda realizar limpieza al mesón que está en la sala de puerperio.
- Se recomienda Ambiente exclusivo para trabajo limpio.
- Se recomienda contar Ambiente exclusivo para trabajo sucio
- Sería importante evaluar la ventilación (aire acondicionado) para la sala de trabajo de partos.
- Contar con tableros borrables en los identificadores del paciente
- Adecuar un sistema para sostener las puertas para los cuartos estada tarros de gaseosa
- Evaluar el cambio de las Caja de los breques dentro de los cuartos de los pacientes
- Insistir sobre la seguridad del paciente identificación (paciente sin vena marcada)

- Sitio adecuado para guardar las HC en físico en trabajo de parto reposan en una caja
- Implementar Política de orden y aseo para todos los servicios.
- Contar con escalerilla en los cuartos se evidencio que las pacientes se debe bajar sin ellas evitando así el riesgo de caída en las institución.
- Contar los stiker para la semaforización al momento de la apertura de los carros de paro y kit de soporte vital contribuyendo a la farmacovigilancia de los medicamentos y dispositivos médicos.
- Rotulación de las carpetas que son de manejo en sala de partos.
- Estandarización de los formatos de uso formato de registro de partos se evidencio que por motivos de que no habían realizan el registro en una hoja sin los lineamientos que esta tenia.
- Acondicionar un reloj en la sala de partos que es de vital importancia para verificación de hora de nacidos y alumbramiento de placentas,
- Instalar un soporte de guardia sobre la pared evitando así el riesgo de accidentes laborales.
- Rotulación de los insumos utilizados en el servicio con Fecha de apertura y fecha de vencimiento.
- Uso de los elementos de protección personal en buen uso y colgados en un sitio de fácil acceso (careta- delantal).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vásquez, A. Importancia de la Habilitación y la Acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Revista de actualización de enfermería. 15. No. 16. 2013
2. República de Colombia. Decreto 1011 de 2006. Sistema de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud -SGCS- del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Departamento Administrativo de la Función Pública. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano Meci. 2014.
4. Constitución Política de Colombia. 1991
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Bogotá: Ministerio de Salud. 2006. 17 p.
6. Del salto, E. Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012. Universidad Central de Ecuador. Ecuador. 2014
7. Argomaniz, J. Estudio sobre el grado de cumplimiento del protocolo de prevención y cuidados de las úlceras por presión en las unidades de medicina interna y cirugía de los hospitales de agudos generales del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Universidad Complutense de Madrid. España. 2016.
8. Redhead, R. Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau Distrito de Chaclacayo 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2015

9. Sandoval, A. Habilitación de los servicios integrales de salud y desarrollo psicosocial brindados por la división de bienestar de la universidad industrial de Santander, mediante la aplicación de la resolución 2003 de 2014. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. 2016

10. Parra, A. y Trillo, M. Evaluación de la calidad de los servicios de salud que brinda el laboratorio clínico de la ESE centro de salud con cama Vitalio Sara Castillo del municipio de Soplaviento Bolívar en el primer semestre del año 2013. Universidad de Cartagena. Cartagena. 2014

11. Bohórquez, B. y Jiménez, C. Verificación de estándares de habilitación en una IPS clínica pediátrica de segundo nivel de complejidad ubicada en la ciudad de Bogotá D.C. Universidad EAN. Bogotá. 2013

12. República de Colombia. Decreto 1011 de 2006. Sistema de Garantía de Calidad de los Servicios de Salud -SGCS- del Sistema General de Seguridad Social en Salud. [en línea]. [Consultado el 1 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo18452DocumentNo9399.PDF>.

13. República de Colombia. Resolución 1043 del 3 de abril de 2006. [en línea]. [Consultado el 1 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/download/Res1043.pdf>.

14. República de Colombia. Resolución 3763 del 18 de octubre de 2007. [en línea]. [Consultado el 1 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16>

15. Aghamolaei, T., Eftekhaari, T. E., Rafati, S., Kahnouji, K., Ahangari, S., Shahrzad, M. E., & Hoseini, S. H. Service quality assessment of a referral hospital in Southern Iran with SERVQUAL technique: patients' perspective. *BMC health services research*, 14(1), 1. 2014
16. Saghier, N., & Nathan, D. Service quality dimensions and customers of banks in Egypt.
17. Calisir, F., Gumussoy, C. A., Bayraktaroglu, A. E., & Kaya, B. Effects of Service Quality Dimensions on Customer Satisfaction and Return Intention in Different Hospital Types. In *Proceedings of the 2012 International Conference on Industrial Engineering and Operations Management* (pp. 518-522). 2012
18. De la Rosa, A. E. Á., Ramírez, C. O., Estrada, J. C. C., & Arreola, S. S. O. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. 2013
19. Ambrocio, A. Aplicación de las normas internacionales de contabilidad al registro y control del arrendamiento financiero en un hospital privado. 2013
20. Abad, A., Pérez, M. A., & González, Á M. La gestión de intangibles: futura administración de las instituciones hospitalarias. *RES NON VERBA*. 2013. [en línea]. [Consultado el 2 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://biblio.universidadecotec.edu.ec/revista/edicion4/LA%20GESTI%C3%93N%20DE%20INTANGIBLES.pdf>
21. Estupiñán, R. (2006). *Control Interno y Fraudes por Ciclos Transaccionales*. 2ª. ed. Ecoe Ediciones. Bogotá. Pág. 149

22. Del Toro, C., Fonteboa, A., Armada, E., Santos, C. (2005). CECOFIS. Combinado de Periódicos Granma. Editor: Centro de Estudios Contables, Financieros y de Seguros CECOFIS. La Habana, Cuba. Pág. 3.
23. Declaraciones sobre Normas de Auditoría – SAS. (1994). Emitida por el Comité Ejecutivo de Normas de Auditoría. AICPA. México.
24. Meléndez, J. B. (2016). Control Interno. Ediciones Uladech. Chimbote: Universidad Católica los Angeles de Chimbote. Pág. 24
25. Colegio de Contadores Públicos de México. (2004). El control interno, sus elementos, su evaluación por el auditor externo y sus efectos en el trabajo de auditoria de estados financieros. México DF. Pág. 4
25. Hernández, R., Fernández, B. Metodología de la Investigación. Ed. Mc Graw Hill. Chile. 2003
26. Bunge, M. La ciencia, su método y su filosofía. México: Siglo XXI Editores, 2000. p. 13