

Análisis de las principales variables impactadas con el proceso de implementación de acreditación en una Empresa Social del Estado (ESE) del sector salud de primer nivel en Santiago de Cali.

Diana Marcela Mosquera López

Jorge Leonardo Osorio

Harry Antonio Sinisterra



Universidad Santiago de Cali

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Programa de Administración de Empresas

Santiago de Cali, Colombia

2020

Análisis de las principales variables impactadas con el proceso de implementación de acreditación en una Empresa Social del Estado (ESE) del sector salud de primer nivel en Santiago de Cali.

Diana Marcela Mosquera López

Jorge Leonardo Osorio

Harry Antonio Sinisterra

Proyecto de investigación presentado como requisito para optar al título de:
Administrador de Empresa

Director Metodológico

Dra. DORIS LILIA ANDRADE AGUDELO

Línea de Investigación:

DESARROLLO INSTITUCIONAL

Universidad Santiago de Cali
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Programa de Administración de Empresas
Santiago de Cali, Colombia
2020

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
1. ANTECEDENTES	12
2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
2.2 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA	18
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GENERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4. JUSTIFICACIÓN	20
5. MARCO DE REFERENCIA	22
5.1 MARCO CONTEXTUAL	22
5.2 MARCO TEÓRICO	26
5.3 Marco Conceptual	33
Marco legal	35
6. METODOLOGÍA	37
6.1 Tipo de Estudio	37
6.2 Método de investigación	37
6.3 Fuentes y técnicas recolectar información	38
7. RESULTADO	39
7.1 Proceso de acreditación en calidad que se implementó en la Red de Salud del Centro ESE en la ciudad de Santiago de Cali, durante el periodo de 2015 – 2018.	39
7.2 Identificar las principales variables de calidad que se mejoraron con el proceso de implementación de acreditación en una ESE de Nivel I.	42

7.3 Beneficio administrativo y financiero logrado con el proceso de implementación de acreditación en una empresa social del estado ESE de Nivel.	54
8. CONCLUSIONES	64
9. RECOMENDACIONES	66
Referencias	68
Anexos	72

LISTA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
Ilustración 1. Mapa Geográfico de ubicación Sedes E.S.E Centro Cali.	23
Ilustración 2. Sedes de la E.S.E Centro Cali.	24
Ilustración 3. Estructura de la E.S.E Centro Cali.	25
Ilustración 4. Cuatro Componentes del Sistema de Calidad.	28
Ilustración 5. Ejes del Modelo Evaluativo	40

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Características de financiamiento y gestión del hospital tradicional y del hospital como empresa social del estado.	33
Tabla 2. Normas referentes a la acreditación.....	36
Tabla 3. Síntesis del proceso de acreditación.....	41
Tabla 4. Indicadores de desempeño de calidad.....	43
Tabla 5. Egresos hospitalarios ESE Centro.....	45
Tabla 6. Porcentaje de Ocupacional.....	45
Tabla 7. Promedios de días de estancia.....	46
Tabla 8. Giro cama.	47
Tabla 9. Exámenes de laboratorio.....	48
Tabla 10. Números de imágenes diagnósticas.	50
Tabla 11. Citologías Cervicovaginales tomadas.....	50
Tabla 12. Controles de enfermería.....	51
Tabla 13. Estadística de camas de hospitalización.....	53
Tabla 14. Indicadores de desempeño de calidad en la dimensión administrativa.....	55
Tabla 15. Equivalencia Unidades UVR.	57
Tabla 16. Planta de personal.	58
Tabla 17. Gastos Comprometidos.....	59
Tabla 18. Ingresos Comprometidos.	59
Tabla 19. Ingresos Recaudados.....	60
Tabla 20. Recaudos vs Reconocimientos.....	61

Tabla 21. Equilibrio y Eficiencia.	62
Tabla 22. Cartera por Deudores por Edades.	63

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es determinar el beneficio reflejado en los servicios derivados de la implementación del proceso de acreditación en calidad en la Red de Salud del Centro ESE en la ciudad de Santiago de Cali, durante el periodo de 2015 – 2018. A nivel metodológico se recurrió a la revisión documental de documentos académicos, informes oficiales y de gestión del ESE objeto de estudio en el periodo entre 2014 a 2018. De acuerdo con los resultados evidenciados, la acreditación trae consigo beneficios en la capacidad operativa de la ESE de salud, respecto al egreso de pacientes se logró un incremento progresivo entre el año 2014 a 2018, en este último donde se evidencia un egreso de 2004 pacientes, cantidad superior a periodos anteriores. En lo financiero se identificó un resultado positivo, representado en un equilibrio presupuestal donde los ingresos fueron mayores a los gastos, para el año 2017 el ingreso estuvo un 12% por encima del gasto, lo cual se explica también porque la administración definió políticas de aumento de la producción con un nivel de gastos controlado y austero. Parte del éxito económico se enfocó en la venta de servicios de la entidad en la atención a la población del régimen subsidiado, lo cual fue conveniente por su ubicación geográfica próxima a zonas vulnerables de la ciudad y donde se concentra mayor demanda de usuarios en relación a la prestación de servicios de la ciudad de Cali. El proceso de acreditación de calidad que se implementó en la Red Salud del Centro ESE en la ciudad de Santiago de Cali, durante el periodo de 2015 – 2018, es producto de un esfuerzo progresivo desde la gerencia de la institución con el apoyo enfático de la Secretaría de Salud Municipal de Cali, que ha planteado una estrategia general para garantizar el derecho a la salud de la población de ciudad.

Palabras clave: acreditación en salud, cartera, calidad, garantía de la calidad, indicadores en salud.

ABSTRACT

The objective of this work is to determine the benefit reflected in the services derived from the implementation of the quality accreditation process in the ESE Center Health Network in the city of Santiago de Cali, during the period of 2015 - 2018. At the methodological level the documentary review of academic documents, official and management reports of the ESE under study in the period between 2014 and 2018 was used. The accreditation brings benefits in the operational capacity of the ESE of health, regarding the progress of patients was achieved an increase, progressive between 2014 and 2018, in the latter where evidence will be achieved that had a progress of 2004 patients. In financial terms, a positive impact was also found, the ESE presented a budget balance where revenues are greater than the projected expenses for validity, the average income over expenses is 6%, registering a greater increase in 2017 of a year. 12% of the value of expenses, which concludes that the administration has policies to increase production with a level of projected expenses or below budget. Part of the economic success focused on the sale of services of the entity in the attention to the population of the subsidized regime, one for its geographical location in the most vulnerable communities of the city and another for the regime of users of greater attention in the provision of services of the city of Cali. The quality accreditation process that is implemented in the ESE Center Health Network in the city of Santiago de Cali, during the 2015-2018 period, is the product of a progressive effort from the management of the institution with the emphatic support of the Secretariat of Municipal Health of Cali, which has proposed a general strategy to protect the right to health of the population of the city.

Keywords: health accreditation, portfolio, quality, quality assurance, health indicators

INTRODUCCIÓN

Actualmente, los indicadores de calidad en el sector salud en Colombia, tienen un mayor reconocimiento para evaluar la administración de un gobierno nacional, departamental o municipal, estos permiten monitorear el resultado final en una población y los usuarios que son la razón del ser del sistema de salud. Un indicador seleccionado permite dentro de un proceso, evaluar un objetivo específico, objetivo que es la cadena de un plan estratégico para el logro de las metas, que se define en un periodo de tiempo para mejorar y cambiar las condiciones de salud de una población.

Hoy en día, el gobierno nacional, impulsa que la asignación de recursos en una entidad del Estado, debe estar evaluada periódicamente por los indicadores de calidad, como es el caso de la última aplicación implementada por el Ministerio de Salud y Protección Social denominada AIHOSPITAL, la cual solo registra indicadores de salud pública, indicadores de calidad, indicadores de equilibrio operacional, y por último indicadores de la situación financiera y de talento humano.

El objetivo del presente trabajo es determinar el beneficio reflejado en los servicios derivados de la implementación del proceso de acreditación en calidad en la Red de Salud del Centro ESE en la ciudad de Santiago de Cali, durante el periodo de 2015 – 2018. Para esto se inicia con la caracterización del proceso de acreditación que se presentó en la red de salud, posterior a ello se identificó las principales variables de calidad que se mejoraron con dicha acreditación en particular en la capacidad operativa, por último, se describe el beneficio administrativo y financiero logrado.

A nivel metodológico se recurrió a un estudio descriptivo con un enfoque mixto, lo cual permite, por un lado, describir el proceso de acreditación y por otro, caracterizar el impacto que esta tuvo sobre las variables operativas que evidencian un incremento en la capacidad operativa de la institución. Se utilizó los reportes de la institución para analizar cómo ha sido el comportamiento

de los indicadores desde el año 2014 a 2018, mostrando la tendencia de mejora continua que se ha logrado.

En la primera parte del presente documento se presenta la problemática evidenciada, así mismo, la justificación y objetivos trazados, se continua con la fundamentación teórica y contextual mediante los marcos de referencia, se sigue con la metodología donde se presentan las técnicas y fuentes de información Posterior, se presentan los resultados que dan respuesta a los objetivos específicos postulados, finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones alcanzadas.

1. ANTECEDENTES

Para la realización de este trabajo se consultó algunas investigaciones previas que han abordado el tema de la acreditación en el sector salud, en esta sección se presentan las más relevantes que sirvieron de base para conocer su experiencia, identificar la fundamentación conceptual, así como la metodología utilizada, aspectos que sirven de base para los análisis propuestos en el presente trabajo.

De acuerdo Tunjo (2012) se extrae lo siguiente: el desarrollo de los proyectos y programas de acreditación y calidad en los países de Latinoamérica y el Caribe, han estado relacionados con las reformas y cambios realizados en los diferentes sistemas de salud de cada uno de estos países, para lo cual se realizó la selección de algunos países de Latinoamérica y el Caribe con procesos de acreditación y de calidad representativos, revisando su sistema de salud y como éste se ha articulado con las actividades tendientes a fortalecer la calidad en la prestación de sus servicios, analizando también las principales tendencias de las instituciones encargadas de la garantía de la calidad en cada país. Se concluye que los procesos de acreditación en salud deben ejecutarse a partir de las realidades y necesidades de la población, facilitando la participación de la misma en cada país.

Sobre la acreditación en un contexto de Latinoamérica, se encuentran sobre el tema lo expuesto por, estos autores, como Calderon (2012) como primer autor que referencia en países donde la salud es deficiente y que se busca que los procesos de mejora como la acreditación lleguen a estándar de calidad y mejoramiento continuo.

Otro autor encontrado, según Ross (2012) determina que en las constantes reformas a los sistemas de salud se evidencian características similares tendientes a lograr niveles de universalidad, solidaridad, efectividad y eficiencia; como mecanismos para garantizar el acceso equitativo a determinados servicios básicos de salud y de mejorar la calidad. Surgen entonces diferentes estrategias de parte de los entes de salud desde sus sectores privados y públicos que permitan articular sus programas de acreditación con estándares de altos niveles de calidad en la prestación de los servicios

El desarrollo de los programas de acreditación se vinculan a las crecientes necesidades y avances promovidos por procesos de globalización altamente relacionados con el desarrollo humano y que propenden la competitividad y eficiencia en el sector salud dentro de un proceso que apunte hacia la mejora continua con el reconocimiento nacional e internacional, por esta razón las estrategias utilizadas para disminuir la inequidad en las sociedades contemporáneas ha sido la realización de reformas tendientes a mejorar la calidad de los servicios de salud (Lináis A, 2012).

Para hablar de procesos de calidad y acreditación de instituciones de salud, se requiere de indicadores o estándares que permitan generar sistemas de medida o calificación de los servicios, contando con las opiniones o aportes que asignen los “Pacientes”, “Usuarios” o “Clientes”, ya que estos son los reales actores del sistema y se constituyen como la razón de ser con el propósito de mejorar la calidad en las instituciones de salud.

Según Betancourt (2012) la revisión realizada frente al desarrollo de programas y proyectos de acreditación y de calidad en algunos países de Latinoamérica y el Caribe se evidencia la manera como estos han buscado articularse con las crecientes reformas del sistema de salud y como desde sus inicios sus esfuerzos han estado encaminados a favorecer la mejora del servicio.

Antecedentes para Colombia

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

voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001 (Carrillo, 2012).

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

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

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de acreditación en Salud que desearan avalar su programa de acreditación en el ámbito mundial (Carrillo, 2012).

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continúa y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La situación actual del sistema de salud en Colombia desde el cambio de la normatividad y la aplicación de la Ley 100, resultó para este sistema un desafío, en particular en la dimensión financiera, porque el sistema ha logrado aumentar la cobertura pero no el ingreso de las entidades del sector, este no ha crecido en igual proporción (Ayala, 2012). Uno de los grandes problemas de la estructura de éste sistema, fue no haber realizado primero una fase de integración en los procesos de creación de Empresas Promotoras de Salud (EPS) con el debido respaldo financiero, administrativo y técnico para su creación, situación que arroja el resultado de hoy, en donde varios años después se ve reflejado por ejemplo; como anteriormente el régimen contributivo y el subsidiado hace cuatro años solo existían un promedio de cinco empresas por régimen, hoy en día existen 42 entidades o más en cada régimen, empresas que legalmente en un 90%, están en liquidación, situación que tiene a los hospitales del Valle del Cauca en un desequilibrio financiero llamado técnicamente, saneamiento fiscal, donde los 42 hospitales de la red de salud, se encuentran sin riesgo (Ayala, 2012).

La dinámica del sector ha llevado a problemas en la administración de los recursos, en particular los financieros lo que ha puesto en riesgo la calidad de atención de pacientes y usuarios. Modalidades como la tercerización ha resultado en un problema para la sostenibilidad del mismo, la estructura del actual sistema de salud en Colombia ha buscado la universalidad en la atención a todos los colombianos, resultó que tercerizo los recursos del sistema generando condiciones para que la ineficiencia y la corrupción coloquen en riesgo dichos recursos, comprometiendo la calidad de atención. (Gonzalez, 2011)

Para mejorar la atención en salud, se ha venido trabajando en la acreditación de calidad, con lo cual se busca mejorar las condiciones de atención con servicios oportunos, eficiente, continuos, precisos, a la vez que las entidades mejoren sus prácticas administrativas que les permitan optimizar su desempeño financiero y viabilidad. De acuerdo con Ruiz (2014), la acreditación en

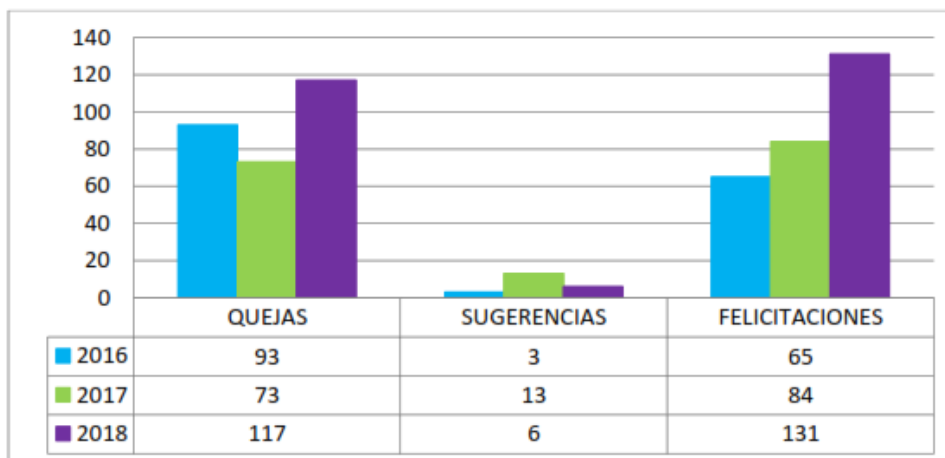
Colombia es la figura que el gobierno ha establecido, siendo estandarizada por el ICONTEC para que los hospitales mejoren sus modelos de gestión.

La acreditación también aplica a hospitales ubicadas en la ciudad de Santiago de Cali, su implementación permite que se realice su gestión global; técnica, administrativa y financiera, para que esta sea eficiente en términos de productividad y de esta forma evidenciar un mejor nivel de servicios y atención al usuario. Esto último ha sido un objetivo del gobierno y la normatividad actual para mejorar la calidad del sistema de salud para los ciudadanos afiliados al régimen subsidiado, contributivo, o personas de la población no asegurada que conforman el régimen de la Población Pobre No Asegurada (PPNA) y afiliados a regímenes especiales como Universidades, policía, fuerzas militares o empleados de empresas del estado como Ecopetrol, magisterio y Ferrocarriles Nacionales entre otras (Ruiz, 2014).

Con respecto a cuál es el problema actual en las entidades de salud de primer nivel, se identifica que la mayoría de estas entidades se encuentran mal administradas, y solo pocas instituciones han entrado en un sistema de alta calidad mejorando ampliamente sus servicios, estados financieros, etc. En este trabajo se considera la situación de una ESE de la Red de Salud Centro de Cali, que durante los últimos 8 años viene trabajando en el proceso de acreditación consolidándolo en los últimos cuatro, aunque se ha evidenciado mejoras en su infraestructura y en la confianza de la comunidad, se requiere profundizar en cómo ha sido el impacto de esta acreditación.

La acreditación tiene un impacto global, tanto en la dimensión operativa como administrativa, sin embargo, en muchos casos el impacto positivo se reduce solo a la evaluación de las peticiones, quejas y reclamos, considerando que estas se asocian a la satisfacción de los pacientes y usuarios. Como se aprecia en la gráfica 1, para el año 2018, se presentó un incremento de las quejas en un 60% versus el año 2017, y de un 56% las felicitaciones, esto es una muestra de la transformación cultural de los usuarios, quienes ahora hacen mayor uso de las herramientas para informar su percepción del servicio y recibir respuesta por parte de la institución.

Grafica 1. Peticiones, Quejas, Reclamos o Sugerencias comparativos años 2016 al 2018.



Fuente. Dirección de la Red Salud del Centro ESE (2019) Informe gestión periodo de 2015 – 2018. Santiago de Cali.

El tema de peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones, es un tema importante para la red de salud, sin embargo, se debe considerar que este no es el único impacto, se debe ir más allá, valorando la incidencia en la capacidad productiva aumenta, reflejada en mayor cantidad de pacientes atendidos, así mismo, se requiere analizar cómo la acreditación incide en la dimensión administrativa y financiera.

Así mismo, se hace necesario identificar problemas en la ejecución en los programas de salud trazados en las empresas de salud de nivel I en la ciudad de Santiago de Cali.

2.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo identificar y medir resultados de las principales variables que presentan los procesos de implementación de acreditación en una empresa social del Estado (E.S.E) sector salud de primer nivel?

2.2 SISTEMATIZACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿El proceso de acreditación que beneficios ha traído a los usuarios en los diferentes programas de atención antes y después del proceso en la ESE Centro?
- ¿Cuáles son las variables más representativas en los indicadores de calidad durante un periodo de acreditación de la Empresas Social del estado de Nivel I?
- ¿Existe una relación de gestión en servicio, resultado financiero al implementar un proceso de acreditación?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el beneficio reflejado en los servicios derivados de la implementación del proceso de acreditación en calidad en la Red de Salud del Centro ESE en la ciudad de Santiago de Cali, durante el periodo de 2015 – 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

7.1 Caracterizar el proceso de acreditación en calidad que se implementó en la Red de Salud del Centro ESE en la ciudad de Santiago de Cali, durante el periodo de 2015 – 2018.

7.2 Identificar las principales variables operativas de calidad que se mejoraron con el proceso de implementación de acreditación en una ESE de Nivel I.

7.3 Describir el beneficio administrativo y financiero logrado con el proceso de implementación de acreditación en una empresa social del estado ESE de Nivel.

4. JUSTIFICACIÓN

Se plantea el tema de investigación por ser de interés general y de actualidad, donde cada uno debe tener conocimiento sobre los procesos administrativos, técnicos y financieros de una entidad, más cuando la entidad es de servicios de salud, tema que involucra a cualquier población en el territorio colombiano. Se busca que la aplicación de conceptos y teorías permita evaluar, evidenciar y medir el comportamiento financiero y de servicios de una entidad de salud de Nivel I, sector que es de gran utilización por las población de estratos bajos en la ciudad de Santiago de Cali, lo cual permitirá conocer los grandes cambios de una organización antes y el después de haber sufrido la transformación de un proceso que trae cambios en eficacia y eficiencia a todas las áreas de la entidad, y conocer como es el impacto en la prestación de servicios y sus estructura financiera durante los tres años evaluados.

Este trabajo es una oportunidad para lograr que las personas del común y mucho más para los estudiantes y docentes tengan una visión amplia del impacto de la acreditación en salud, sobre todo el campo administrativo y financiero de una entidad de primer nivel, y al tener el recurso humano, técnico y administrativo para su realización lo hace un proyecto totalmente viable de realización dentro del marco de investigación trazado.

Para los autores del presente trabajo es un nuevo reto realizar el tema de investigación y poder colocar en práctica los diferentes conceptos y teorías de la carrera en el manejo y profundización de los temas a investigar. Constatando por medio de cifras y datos puntuales, el impacto de la acreditación, lo cual comprueba la efectividad de estandarizar procesos y emprender mejoras conforme a los lineamientos del Ministerio de Salud para mejorar la gestión en las instituciones del sector, en beneficio de los pacientes y usuarios.

Esta investigación pretende aportar valoraciones basadas en información secundaria, útil para la Empresa Social del estado Centro de la ciudad de Santiago de Cali Nivel I y para el banco de proyectos y conocimiento de la Facultad de Ciencias Económicas y empresariales de la Universidad Santiago de Cali.

Se espera que el contenido y el resultado del presente trabajo sirva como una herramienta académica y técnica, cómo instrumento de conocimiento y aprendizaje, y sobre cómo es un sistema eficiente. La acreditación conlleva a beneficios en la dimensión operativa y financiera. Analizar la experiencia de una ESE nivel I, de la Red Centro de Salud de Cali, permite visibilizar los beneficios alcanzados para que sean replicados en otras instituciones del sector con características similares.

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1 MARCO CONTEXTUAL

Localización de la Red de Salud Centro E.S.E:

En el año de 1957 el Hospital Primitivo Iglesias comenzó labores el 17 de diciembre de 1957 como Centro Hospital, gracias al trabajo de la Junta Cívica de los barrios Municipal, La Floresta, Benjamín Herrera y el Secretario de Salud del momento, ubicándose en un Kiosko que contaba con un consultorio médico y un cuarto para el servicio de enfermería

En el año 2003, mediante el acuerdo 106 del Honorable Concejo Municipal de Santiago de Cali, se define la descentralización de los servicios de salud de primer nivel y se conforman las 5 E.S.E de Santiago de Cali, a partir de ese momento el Hospital Primitivo Iglesias se convirtió en nuestro Hospital Básico.

En el 2006 recibieron la certificación de Habilitación de los Servicios de Salud por parte de la Secretaria de Salud Departamental del Valle del Cauca.

El 17 de junio del 2007 el Municipio les entrega en comodato el Equipo de Ambulancias del Santiago de Cali.

En febrero de 2012 la entidad Hospital Primitivo Iglesias y Equipo de Ambulancias son certificados bajo la norma NTC ISO 9001:2008 para la prestación del servicio de traslado asistencial básico y medicalizado.

Durante el año 2013 la Gerencia alcanza la meta de ampliación de certificación y se incluyen bajo estos parámetros de calidad a todas nuestras IPS, manteniendo hoy en día este logro para las 16 IPS y el Pool de Ambulancias.

En 2014 y 2015 culminaron con éxito el proceso la recertificación en el Sistema de Gestión Calidad bajo la norma NTC ISO 9001:2008. 2015. En el año 2015 los vinculan a la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables.

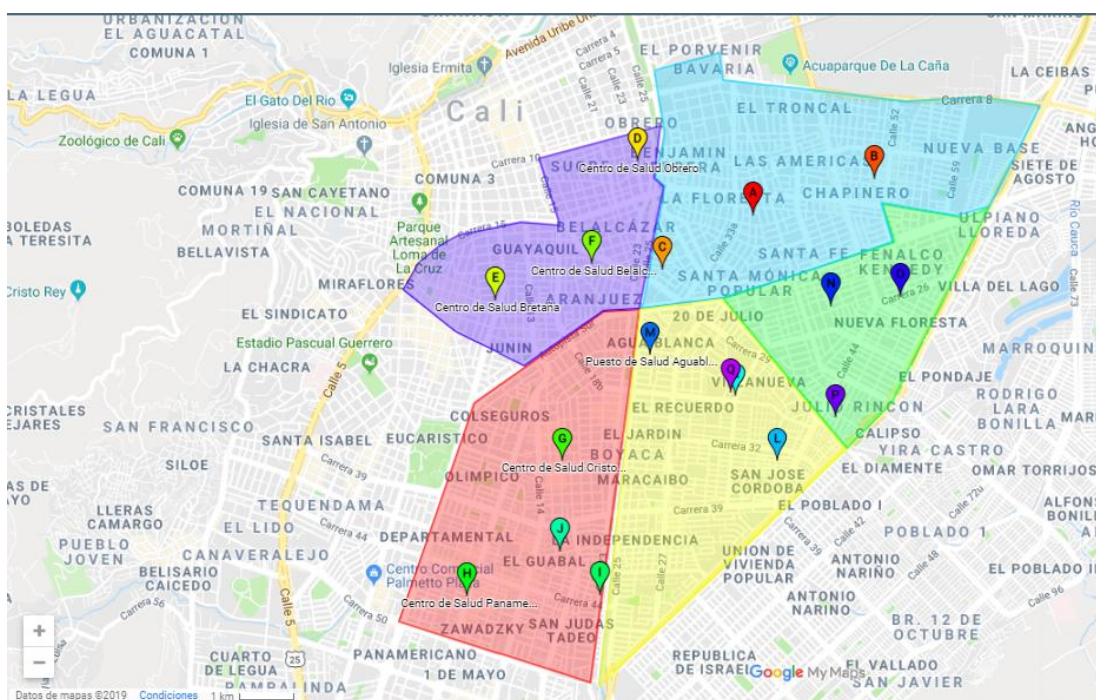
En 2016 lograron la habilitación de todos los servicios bajo la Resolución 2003 de 2014 y recibieron por primera vez la visita del ICONTEC para la acreditación en Salud.

Población objetivo

La Empresa Social del Estado Red de salud Centro, está ubicada para dar atención y brindar servicio a la población de las comunas 8, 9, 10, 11 y 12 de la ciudad de Santiago de Cali.

A continuación, se presenta la ilustración 1, donde se ubica en el mapa las sedes administrativas de cobertura de la Empresa Social del Estado (E.S.E) Centro Cali, siendo la principal en cobertura por el número de población que maneja.

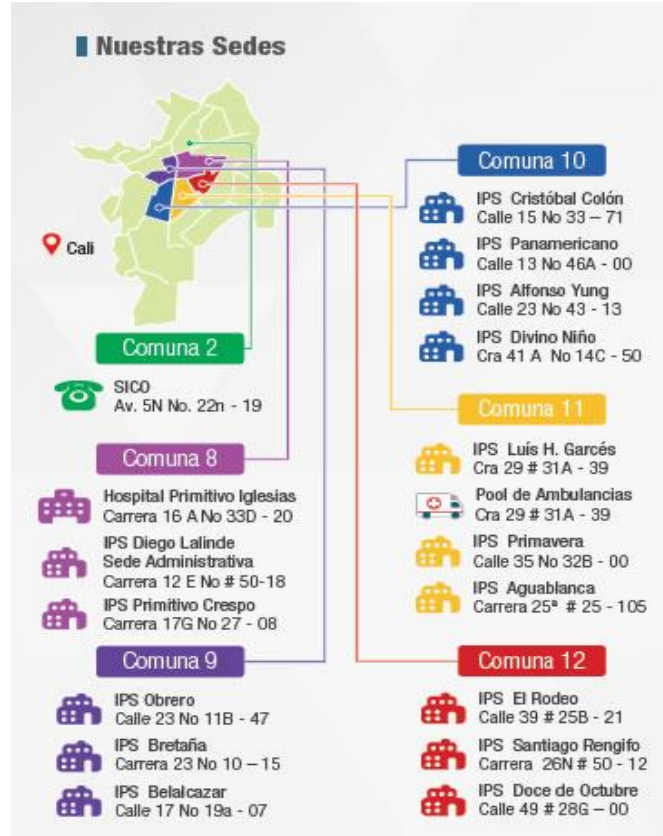
Ilustración 1. Mapa Geográfico de ubicación Sedes E.S.E Centro Cali.



Fuente: ESE Centro (2019) Recuperado el 10 de agosto de 2019 de: escentro.gov.co/

Como se aprecia en la ilustración 2, la entidad tiene ubicada sus sedes en las comunas 2, 8, 9, 10, 11 y 12 en la ciudad de Santiago de Cali, en la gran mayoría de centros, existen entre tres y cuatro Instituciones Prestadoras de Salud que cubren la población de cada comuna.

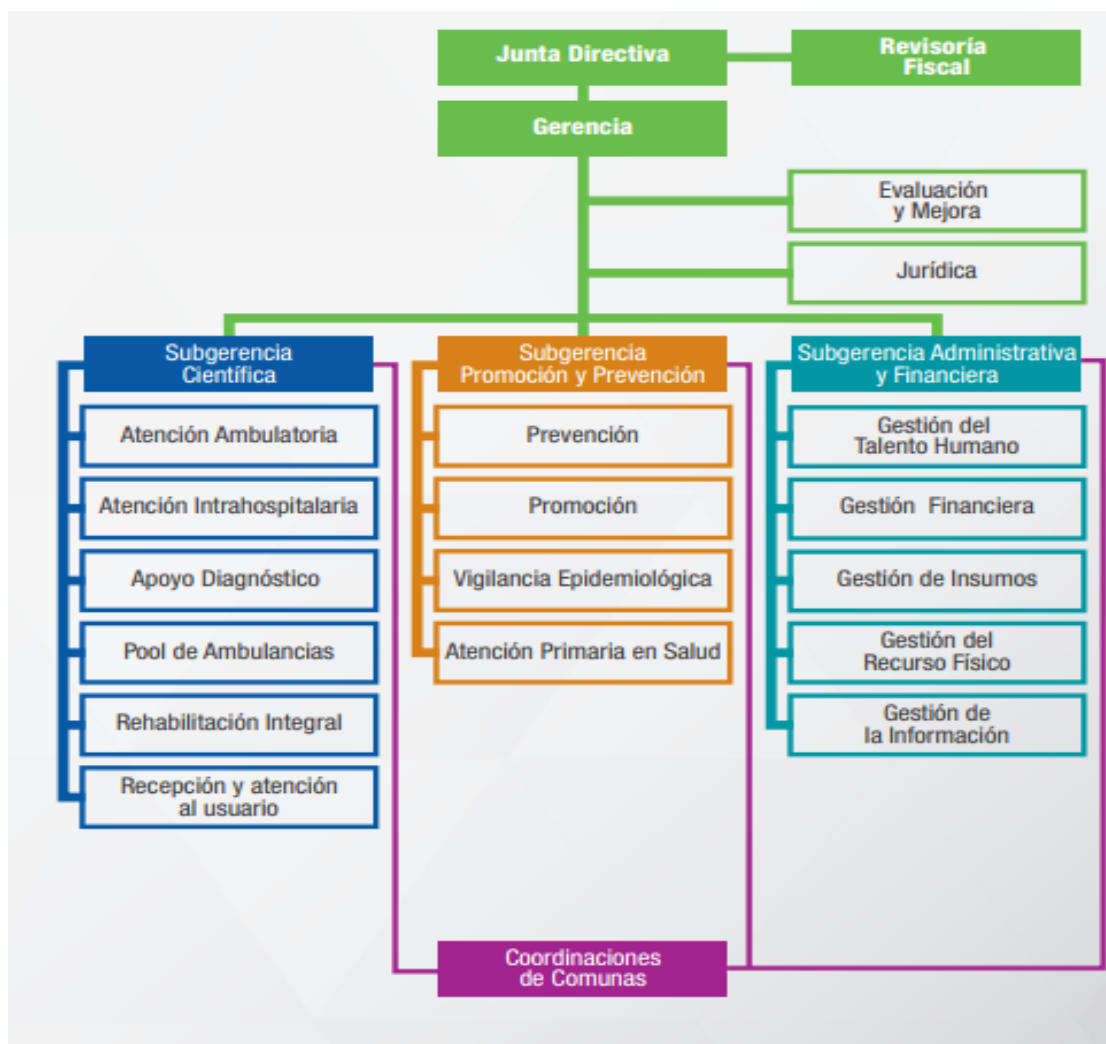
Ilustración 2. Sedes de la E.S.E Centro Cali.



Fuente: ESE Centro (2019) Recuperado el 10 de agosto de 2019 de: esecentro.gov.co/

Mediante la ilustración 3, se representa la estructura administrativa y los niveles jerárquicos que tiene una Empresa Social del Estado autorizada para el nivel I en el sistema de salud en Colombia, la cual aplica a la ESE Centro, objeto de estudio, en esta la autoridad recae en la Junta Directiva donde la administración central municipal mediante la Secretaría de Salud Municipal realiza y toman decisiones que la gerencia debe emprender.

Ilustración 3. Estructura de la E.S.E Centro Cali.



Fuente: ESE Centro (2019) Recuperado el 10 de agosto de 2019 de: esecentro.gov.co/

La ESE Centro cuenta con una certificación de habilitación concedida en el año 2006, en el año 2012 obtuvo una certificación bajo la norma NTC 9001:2008, para el año 2014, obtuvo una recertificación de la norma NTC ISO 9001:2008, y para 2016, obtuvo la acreditación en salud, gracias a la visita del ICONTEC.

5.2 MARCO TEÓRICO

Conceptualización de Calidad.

Existen muchas definiciones para la calidad de los servicios de salud. Tantas, que no existe un concepto único. Cada actor involucrado en el proceso de calidad tendrá una idea distinta y cada uno de ellos pondrá mayor relevancia a los conceptos que más valora.

Para el paciente por ejemplo características como la cálida y pronta atención, las instalaciones del hospital o clínica, la reputación de los médicos, y la imagen de la institución, son atributos que determinan un valor para la calidad (Kerguelon, 2018). Para el prestador de servicios de salud, sin desmerecer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se basa en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como la experiencia de los profesionales y la tecnología disponible. El mismo autor detalla, para quien paga el servicio, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora (Kerguelon, 2018).

Estos conceptos sirven para demostrar cómo la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos que se forman desde cada punto de vista y son valorados de manera diferente según el rol que cumplen en el proceso.

Por el lado de los entendidos en este rubro, como Avedis, (2001) de la Universidad de Michigan, considerado padre de la calidad de la atención en salud, define a la calidad en salud como: "el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención".

Para su análisis Donabedian (2008) propone tres puntos de vista diferentes según quién la define:

Calidad absoluta: es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente, teniendo en cuenta el componente científico-técnico. Este concepto se basa en el concepto de salud-enfermedad, en el estado de la ciencia y la tecnología. Por lo tanto, también es llamada calidad científica, técnica o profesional.

Calidad individualizada: desde una perspectiva individual, es el usuario el que define la calidad de la atención sanitaria, intervendrían sus expectativas y valoración sobre los costos, los beneficios y los riesgos que existen. Este enfoque obligaría al paciente a implicarse en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional sanitario, es decir, exige que sea el paciente quien decida sobre su proceso, el profesional informará y el paciente y/o familia decidirá.

Calidad social: desde esta perspectiva habría que valorar el beneficio o la utilidad netos para toda una población, el modo de distribución del beneficio a toda la comunidad y procurar producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad. (Eficiencia: distribución del beneficio a toda la población).

Por su parte en el año de 2008, la Organización Mundial de Salud (OMS) define: "la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso".

En España, el Sistema Nacional de Salud, considera la definición de la Doctora Palmer (2011), la cual define la calidad como "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario".

Teniendo en cuenta la cantidad de definiciones existentes, se concluye que no es posible elegir una y aplicarla de forma universal. Se considera tomar aquella definición que más se adecue a las circunstancias y de acuerdo con cada realidad.

Componentes de la Calidad – Garantía de la Calidad.

Berenguer, (2008) denomina a la etapa de Garantía y Mejoramiento al conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño, en forma continua y clínica de manera que la atención prestada sea eficiente, eficaz y segura, orientados a la satisfacción del usuario. Según este autor se presentan distintos componentes del sistema, tal como se representa en la ilustración 4.

Ilustración 4. Cuatro Componentes del Sistema de Calidad.



Fuente: Berenguer (2008).

Conceptualización de Calidad – acreditación en Servicios de Salud en Colombia

Calidad en Salud: El Sistema Único de acreditación en Salud es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud (Gaviria, 2014).

La expedición del Decreto de acreditación en salud permite fortalecer el Sistema de Salud en los siguientes puntos:

Fortalece la rectoría del Sistema Único de acreditación en Salud en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

Crea el consejo asesor conformado por el Ministro de Salud y Protección Social para brindarle un apoyo en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad en salud.

Cambia el modelo de un solo acreditador al modelo de varios acreditadores y se hacen más exigentes los requisitos de las entidades para acreditar en Colombia. Se tendrán en cuenta los requisitos que implican que la entidad esté acreditada por la Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud (ISQUA), organismo sin ánimo de lucro, de carácter independiente, y referente mundial para acreditar a las instituciones que desarrollan procesos de evaluación externa basados en estándares de acreditación en salud y que tengan una experiencia igual o superior a cinco años en procesos de acreditación en el país.

Fortalece la información que recibe el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con el progreso de la acreditación en salud en Colombia por cada entidad acreditadora, al tener datos on line, a través del Registro Especial de Acreditadores en Salud (REAS).

Controla el ingreso de “entidades acreditadoras” que han venido comercializando el otorgamiento de sellos de calidad en el país, al margen del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y con estándares inferiores a los adoptados para el Sistema Único de acreditación en Colombia.

Fortalece el uso de los Manuales de acreditación en Salud adoptados por el Ministerio de Salud y Protección Social y se posibilita el ingreso de nuevos manuales de estándares siempre y cuando los mismos estén acreditados por ISQUA, entidad que garantiza que dichos requisitos están a la altura de los estándares de talla internacional.

Las Direcciones Territoriales de Salud alcanzarán el nivel superior de calidad con la certificación de la norma técnica de calidad en la gestión pública NTCGP 1000 facilitando a la Superintendencia Nacional de Salud la desconcentración de sus funciones de inspección y vigilancia en aquellas entidades departamentales o distritales de salud que ya estén certificadas con la NTCGP 1000 o que lo alcancen en el corto plazo.

El país en su conjunto se beneficia porque con servicios de salud de calidad obtienen un posicionamiento a nivel internacional y fortalece la exportación de servicios de salud.

Empresas sociales del Estado: E.S.E

Las Empresas Sociales del Estado-ESES (antes llamados hospitales públicos) se crearon de acuerdo al Decreto 1876 de 1994, constituyéndose jurídicamente como una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas reorganizadas por Ley, o por las asambleas o concejos y tienen como objeto la prestación de servicios de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.

El estudio de Miranda , (2008) de Evaluación de la eficiencia en las ESES del departamento del Tolima “afirmo que las ESES mediante ordenanzas o acuerdos iniciaron su creación legal según sea su carácter departamental o municipal; la estructura de financiamiento y de gestión”, con el desarrollo de la contabilidad y la venta de servicios como fuente de recursos, buscaba garantizar la permanencia en el mercado de aquellas empresas eficientes administrativamente, luego de 15 años muchas no han logrado adaptarse y convertirse en empresas viables (Rojas 2008).

Modelo de gerencia hospitales público- Empresas Sociales del Estado: E.S.E

La conformación del modelo de gerencial de los hospitales públicos, llevó que con el paso del tiempo se convirtieron en Empresas Sociales del Estado, para tener una idea clara del tema todo comenzó con la aplicación de ley 100 de 1993. Dicha Ley aduce que “la reforma hospitalaria produjo una gran cantidad de cambios a lo interno del hospital. Se anotó también que los cambios en las fuentes de financiamiento que marcaban el paso de la transformación hospitalaria favorecieron una nueva forma de gestionar el hospital, ya que por medio de la autonomía dada por la descentralización y un nuevo enfoque mediante “la figura de profesionalización de la gestión hospitalaria” en ella el Estado daba a los hospitales el apoyo suficiente para mejorar la capacidad de gestión y poder así implementar los cambios propuestos (Saenz, 2001).

“Toda institución prestadora de servicios de salud incluye un modelo en su gestión, por lo general posee tres componentes, el primero incluye políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud; el segundo lo integra la estructura de la organización y sus procesos que constan de cuatro funciones en salud como: fomento, prevención, asistencia y rehabilitación; y un tercer componente es la cuantificación de las actividades que hacen parte de los procesos” Es sumamente importante que las instituciones de salud tenga establecidos sus procesos y que las tareas que los componen estén acordes con las labores diarias que tenga que realizar el personal asignado; esto con el fin de que una misma persona realiza una serie de multitareas que por estarlas realizando genere atrasos e inconvenientes a los usuarios (Carrillo, 2016).

Flujo de recaudos y gastos financieros de las Empresas Sociales del Estado

Uno de los puntos relevantes de la gestión de la ESE es la sostenibilidad financiera, por ello que las directivas de la institución logren una administración eficiente de los recursos, tanto del ingreso derivado por transferencias como por la venta de servicios en Colombia, como lo establece Tono (2007), según el Programa de Apoyo a la reforma de salud PARS, la dimensión financiera se ha transformado con el cambio normativo.

A raíz de la promulgación de Ley 100 de 1993, trajo cambios en la forma de financiamiento de las Empresa Sociales del Estado, la cual pasó a ser de subsidio a la demanda a subsidio a la oferta, generando la obligación de competir con los demás prestadores de salud y situación que implico que disminuyeran sus ingresos por las transferencias giradas por la nación. A continuación, un cuadro comparativo entre los Hospitales Tradicionales y la Empresas Sociales del Estado, nos permite notar sus principales diferencias en cuanto a financiación, presupuesto, estructura organizacional, control de calidad, costos y gestión de servicios. Lo que nos permite darnos una visión a los cambios que sufrieron estas entidades de servicios de salud con la transformación ESES del Estado (Tono, 2007). En la tabla 1, se presenta una caracterización de las diferencias entre el hospital tradicional y la Empresa Social del Estado, en la dimensión financiera.

Tabla 1. Características de financiamiento y gestión del hospital tradicional y del hospital como empresa social del estado.

HOSPITAL TRADICIONAL	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO-ESE
Financiado por subsidio a la oferta.	Presupuesto histórico.
Presupuesto histórico	Manejo de presupuesto prospectivo de acuerdo a la producción de los servicios y no a ítems de presupuesto.
Estructura organizativa vertical altamente jerarquizada	Estructura matricial por unidades de negocios.
Poco control de calidad.	Gestión de la calidad.
Cero controles de costos.	Racionalidad de los costos.
Poca gestión De los servicios.	Gerencias de los servicios (gestión clínica).

Fuente: Saenz, (2001)

5.3 Marco Conceptual

Cartera Institucional: Es un conjunto de valores mobiliarios o efectos comerciales de curso legal que forman parte del patrimonio de una persona física o jurídica. El término Cartera se utiliza en economía para hacer referencia al contenido de esta. Desde el punto de vista técnico, representan en relación al valor total de la cartera. (Tono, 2007)

Cartera Hospitalaria: corresponde a todas las cuentas por cobrar de una empresa de salud, las cuales se clasifican según su edad y tipo de fecha de entrega, las ya entregadas se denominan facturación radicada, la no entregada facturación sin radicar.

Auditoria: la auditoria puede definirse como «un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con informes sobre actividades económicas y otros acontecimientos relacionados, cuyo fin consiste en determinar el grado de correspondencia del contenido informativo con las evidencias que le dieron origen, así como establecer si dichos informes se han elaborado observando los principios establecidos para el caso».

Cuentas: es el nombre que se utiliza para registrar, en forma ordenada, las operaciones que diariamente realiza una empresa.

Glosa: Las glosas son objeciones a las cuentas de cobro presentadas por las Instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS, originadas en las inconsistencias detectadas en la revisión de las facturas y sus respectivos soportes, las cuales pueden determinarse al interior de la misma institución o por las entidades con las cuales se hayan celebrado contratos de prestación de servicios, tales como: Empresas promotoras de salud - EPS, Administradoras del régimen subsidiado – ARS, Compañías de seguros, Direcciones seccionales de salud y otras IPS.

EPS: Empresa Social del Estado.

IPS: Institución prestadora de Servicios de Salud.

Régimen Subsidiado: el Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.

Régimen Contributivo: clasificación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de los individuos y su núcleo familiar que tienen capacidad de pago.

Conciliación: la conciliación es un mecanismo de resolución de conflictos a través del cual, dos o más personas gestionan por sí mismas la solución de sus diferencias, con la ayuda de un tercero neutral y calificado, denominado conciliador.

Contratación: es formalizar con apego a la ley la futura relación de trabajo para garantizar los intereses, derechos, tanto del trabajador como la empresa. Cuando ya se aceptaron las partes es necesario integrar su expediente de trabajo. La contratación se llevará a cabo entre la organización y el trabajador. La duración del contrato será por tiempo indeterminado o determinado. El contrato deberá ser firmado por el director general, el responsable directo y el trabajador.

Anticipo. - Indica "Pago parcial" del crédito por la Entidad de Facturan a su cliente antes del vencimiento y cobro del mismo. De cada crédito se pueden solicitar y conceder "anticipos" durante la vida del mismo hasta llegar al máximo porcentaje establecido en el contrato.

Buen fin. - Indica que el crédito ha sido aceptado por el deudor y se ha comprometido a su pago al vencimiento.

Buen origen. - Se refiere a que los créditos a ceder son conformes, de lo que responde la empresa vendedora.

Cartera. - Se refiere a los créditos cedidos pendientes de cobro en poder de la entidad de Facturan representados por sus documentos.

Cesión. - Se refiere a la cesión mercantil de los créditos.

Clasificación. - Indica el hecho de evaluar crediticiamente a un cedente, evaluando sus necesidades y con el fin último de cubrirlas asignándole un límite de riesgo máximo.

5.4 Marco legal

Marco jurídico que regula las empresas sociales del Estado

Para la presentación del Marco legal por metodología se realizó la lectura de varias fuentes de información jurídica, para lo cual se organizó un cuadro normativo, titularizando la ley o la norma sobre un cambio en el sistema de salud el cual se conceptualiza, este sector es constantemente modificado, por lo cual se recomienda que para cada tema tratado de calidad se actualice lo último en norma para su aplicación y entendimiento. En la tabla 2, se presentan las normas referentes al tema de la acreditación que aplica al tema, en el anexo A, se relación el listado de normas relacionadas que tienen una incidencia indirecta.

Tabla 2. Normas referentes a la acreditación

NORMA	PROPÓSITO
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral se dictan otras disposiciones. Ley estatutaria.
Ley 715 de 2001	Ley Orgánica del Sistema de Salud Colombia
Decreto 1011 de 2006	Se establece el SOGC
Resolución 1043 de 2006	Por el cual se establece procesos de Habilitación y acreditación
Resolución 1445 de 2006	Proceso de acreditación para Empresas Prestadoras de Servicios de salud
Resolución 1446 de 2006	Por el cual se define el Sistema de Información de Calidad
Guía Preparación 2007	Guía práctica de preparación para la acreditación de entidades prestadoras de servicio de salud en Colombia
Resolución 3960 de 2008	Por la cual se modifica la Resolución 1445, con el cual se adiciona el Manual Estándar de acreditación en Salud
Resolución 0123 de 2012	Regulación sobre Manual de acreditación en salud ambulatoria y hospitalaria
Decreto 0903 de 2014	Decreto por el cual se establece el Sistema Único de acreditación en salud
Resolución 2082 de 2014	Por el cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de acreditación en Salud

Fuente. Elaboración propia (2019)

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de Estudio

El tipo de estudio definido para realizar el análisis de la entidad, es descriptivo, sirven para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes (Hernández, Fernández y Baptista, 2015). Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos. El propósito de la descripción para el proceso de análisis se centra en la profundización en el estudio de las variables de servicio, calidad, rentabilidad que se puedan evaluar y comparar con los periodos de la información obtenida en la entidad.

6.2 Método de investigación

El método de investigación que se va a utilizar en la realización del análisis a la entidad hospitalaria de primer nivel, es el método inductivo y cualitativo, puesto que permite al investigador partir de la observación de fenómenos o situaciones particulares. En términos muy generales, consiste en “establecer enunciados universales ciertos a partir del análisis, esto es, ascender lógicamente a través del conocimiento, desde la observación de los fenómenos o hechos de la realidad a la ley universal que los contiene” (Gómez, 2004).

El inductivismo se caracteriza por tener 4 etapas básicas (Gómez, 2004):

Observación y registro de los hechos.

Análisis y clasificación de los hechos.

Derivación inductiva de una generalización a partir de los hechos.

Contrastación.

En una primera etapa se deben observar y registrar todos los hechos y luego analizarlos clasificarlos ordenadamente.

A partir de los datos procesados se deriva una hipótesis que solucione el problema basada en el análisis lógico de los datos procesados. Esta derivación de hipótesis se hace siguiendo un razonamiento inductivo (aunque en este caso no requiere hipótesis porque los resultados se prueban a través de la información recopilada y procesada, por eso es un estudio descriptivo), la viabilidad del análisis se determina con cada etapa que lo compone.

6.3 Fuentes y técnicas recolectar información

Fuentes primarias: La fuente primaria para la obtención de información son los informes, tendencias, Estudios, Hallazgos de auditoria, los libros contables, de donde se toma la información física para el análisis de cifras.

Fuentes secundarias: Las fuentes secundarias usadas en el proceso de análisis para desarrollar el estudio son entidades como el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, la Plataforma Sistema de Información Hospitalaria SIHO, La Constitución Política de Colombia, Secretaria de Salud Pública Departamental, son fuentes que permitirán obtener datos estadísticos de la situación a analizar, los libros, la internet, los trabajos ya desarrollados sobre estudios y datos que hablen del tema.

7. RESULTADO

7.1 Caracterización del proceso de acreditación en calidad que se implementó en la Red de Salud del Centro ESE en la ciudad de Santiago de Cali, durante el periodo de 2015 – 2018.

En esta sección se describe el proceso de acreditación de calidad que se evidenció en la red salud centro de Santiago de Cali, lo cual conduce a mejorar el servicio y atención en salud, que, por un lado, mejora la percepción del usuario y/o paciente, y por otro, mejora la eficiencia en materia administrativa y financiera.

ICONTEC es la única entidad en Colombia para aprobar una acreditación, pero para ello realiza el proceso, Con la expedición del nuevo Decreto del Sistema Único de acreditación No. 903 de 2014, se pasa de tener un único acreditador en salud a varios acreditadores que cumplan los requisitos definidos para ello. Quienes cumplan los requisitos establecidos para operar como acreditadores en salud deberán registrarse en el Registro Especial de Acreditadores en Salud. Contamos con que el Icontec sea el primer acreditador registrado y autorizado para continuar su gestión en la acreditación en salud.

Las entidades que estén interesadas en ser acreditadores en salud en Colombia deben cumplir los siguientes requisitos:

Estar acreditada por la International Society for Quality in Healthcare – ISQUA, para lo cual, aportarán fotocopia de la certificación que les haya expedido dicha entidad, en la que se verifique la vigencia del término de la acreditación.

Contar con experiencia mínima de cinco (5) años en la acreditación de entidades del sector salud en Colombia, para lo cual, aportarán certificación expedida por las entidades del referido sector, en las que se evidencien los procesos desarrollados para el logro de la acreditación y el término de duración de esta.

Como todo proceso administrativo de servicios debe estar evaluado periódicamente, por lo cual la ilustración 5, presenta los pasos para un modelo evaluativo de la calidad en el cual se toman

cuatro aspectos bien importantes. Este inicia con eje de la seguridad del paciente, una dimensión fundamental, le sigue la humanización de la atención, luego la gestión tecnológica, por último intervenir en los procesos, medicamentos, protocolos, estos tienen un riesgo que deben estar parametrizados y periódicamente evaluados mediante listas de chequeo.

Ilustración 5. Ejes del Modelo Evaluativo



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2016).

Caracterización del proceso de acreditación

La acreditación en calidad conduce a estandarizar los procesos para que estos se realicen bajo criterios técnicos y de esta manera se logre la eficiencia. En la E.S.E Centro esto conlleva a mejoras en los servicios asistenciales como administrativos, para evaluar las mejoras logradas se establecieron indicadores cuantitativos que permitan medir de manera objetiva los distintos logros. Respecto a la utilización aislada o conjunta de los distintos tipos de indicadores, se recomienda una metodología mixta, cuantitativa y cualitativa (en este orden temporal), como mejor aproximación al estado de la actividad investigadora de la unidad objeto de evaluación.

Las empresas de servicio en salud, se caracterizan por ser empresas que en forma diaria atienden pacientes para sus diferentes servicios, urgencias, hospitalización, exámenes de laboratorio, enfermería, hospital en casa, vacunación en fin según la modalidad de complejidad que este habilitada para prestar sus servicios, por lo cual realizar el impacto en la calidad de sus servicios por la implementación del proceso de acreditación de la Red Centro se toma el periodo comprendido entre el año 2015 al 2018, tiempo en el cual la entidad no estaba acreditada y posteriormente funciona como la primera entidad acreditada del occidente de Colombia. Para los años 2015 al 2018 se identifica que los servicios de salud, tienen un gran incremento en su prestación, algunos por el aumento de la población objetivo atendida y otras por el nivel de organización que tiene la entidad como meta para cada programa trazado.

En la tabla 3 se presentan las fases relacionadas con los ejes del modelo evaluativo de acreditación, las cuales se orientan desde los procesos misionales hacia los gerenciales y de apoyo.

Tabla 3. Síntesis del proceso de acreditación

Fases	Descripción
Implementación de la seguridad del paciente	En esta etapa se enfoca en los servicios brindados al paciente, como urgencias, hospitalización, exámenes, entre otros, con lo cual se mejora la oportunidad, y se previene eventos adversos. Esta medida guarda relación con sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.
Implementación de la humanización de la atención	Este paso se enfoca en modificar los protocolos de atención, para mejorar la relación con pacientes y usuarios y mejorar la relación, para que estos se hagan mas participes y asuman una actitud proactiva frente a las estrategias de cuidado en salud.
Gestión de tecnología	Este paso se enfoco en la dimensión administrativa y financiera, sobre todo para la implementación de tecnologías de información y comunicación que faciliten la administración, planeación y toma de decisiones de tipo gerencial.
Enfoque de riesgo.	Este etapa tiene un alcance operativo como administrativo y resulta clave para hacer frente a las contingencias del mercado, sector y la dinámica normativa en salud.

Fuente. Elaboración propia (2019)

7.2 Identificación de las principales variables de calidad que se mejoraron con el proceso de implementación de acreditación en una ESE de Nivel I.

La E.S.E. Centro atiende anualmente a alrededor de 90.000 caleños que acceden buscando servicios como prevención de enfermedades, control prenatal y de patologías cardiovasculares, hipertensión, diabetes, entre otras. A través del programa de Cáncer Cérvix ‘Por ti mujer’, la E.S.E. Centro atendió en 2017 a más de 115.000 mujeres mediante citologías (Secretaría de Salud de Cali, 2018)

Para determinar las principales variables que se deben analizar se tomó la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social (2014), la cual se debe presentar en forma mensual y rendir en la Secretaria de Salud Departamental de Salud, por medio de la aplicación Sistema de Información de Hospitales SIHO, en su parte de producción.

Las principales variables para el análisis son:

Reintegro de Urgencias: Indicador que mide el número de veces que un paciente asiste al área de urgencias de una institución prestadora de salud, para Colombia el indicador se delimita en 72 horas.

PQRS: Para que el servicio de salud se preste en forma eficiente y transparente cada empresa de salud debe tener por ley en SIAU el cual es un Servicio de Información y Atención al Usuario, donde deben recibir, gestionar, controlar y presentar el número de PQRS preguntas, quejas, respuestas y soluciones que se le dio a cada una de las solicitudes realizadas por los usuarios

Producción de Servicios: Para medir la producción de servicios de salud y hacer una medición el Ministerio de Salud elabora una lista de servicios entre ellos, número de consultas, número de dosis, número de partos atendidos, promedios y número de cirugías. Lo anterior para hacer una medición de la eficiencia en los servicios prestados por cada entidad y en periodos evaluados de cada tres meses por medio de la plataforma del programa SIHO.

Planta de Personal: La plataforma del Sistema de Información de Hospitales SIHO, para conocer como la administración de cada entidad de salud administra su planta de personal, crea el indicador de cantidad de planta de personal, en el cual se debe identificar y cuantificar cada uno de los funcionarios que se tiene por modalidad de contratación de empleado público,

trabajador oficial, libre nombramiento y periodo de prueba y por último los empleados por planta personal temporánea, lo cual permite que cambios por administración o político realiza la entidad en cada periodo de gobierno.

En la tabla 4 se presentan diferentes indicadores que se relacionan con el desempeño de calidad, figuran aspectos como la ocupación de camas hospitalarias, egresos, porcentaje de ocupación, días de estancias, entre otros, a continuación, se presenta para cada uno la definición.

Tabla 4. Indicadores de desempeño de calidad.

Indicador	Descripción
Camas Hospitalarias:	Este indicador permite conocer la capacidad que tiene la entidad para atender en estado de hospitalización.
Egresos Hospitalarios:	Permite cuantificar el número de salidas de personas de urgencia y hospitalización de una entidad por periodo mensual. Es la salida de un paciente hospitalizado de los servicios de internamiento del hospital. Un egreso implica siempre la conclusión del período de hospitalización y la desocupación de una cama de hospital, ya sea por alta, fallecimiento o transferencia a otro establecimiento de salud (mayor complejidad).
Porcentaje de Ocupación:	Mediante este indicador la entidad presenta el nivel de utilización de camas según la cantidad de camas habilitadas para el servicio. Grado de utilización de las camas censables en las unidades hospitalarias del sector público a partir de 360 días considerados como hábiles por año.
Días de estancia:	Permite conocer qué número de días que esta un paciente por servicio, ejemplo, para una buena adherencia en procesos de tratamiento psiquiátrico un paciente requiere de 24 días de estancia, Este indicador refleja la permanencia promedio de los

	Pacientes en el hospital: Es un indicador de eficiencia de la prestación de servicios, así como el uso del recurso de cama. Puede indicar aplicación inadecuada de la capacidad resolutive cuando los días de estancia son demasiado cortos o demasiado largos, lo que hace especialmente útil a este indicador cuando se analiza por afección principal.
Giro Cama:	El giro cama es una medida del número de egresos que en promedio comprometieron el uso de cada cama disponible. Es la rotación media de las camas y expresa cuantos pacientes pasan en un período dado, en promedio por cama disponible.
Exámenes de laboratorios:	Dentro de programa direccionado por ejemplo a las mujeres jóvenes y donde el principal objetivo es la pronta detección del cáncer uterino, el indicador de exámenes de laboratorio es ideal para medir el número de muestras que se realizan y poder ser comparado con el indicador de primera vez
Control de Enfermería:	Indicador para medir el número de veces que asisten los usuarios de una entidad a controles de salud.
Unidad de Valor Real (UVR):	Medida comparativa de servicio utilizada por los hospitales para comparar el volumen de recursos necesarios para llevar a cabo diversos servicios en un solo departamento o entre departamentos

Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

Estadísticas de mejoramiento de las variables de desempeño de calidad.

Una vez identificadas y conceptualizadas los principales conceptos sobre las variables a desarrollar en los años analizados se presenta la metodología de tabla de resultados y gráfica, donde por cada año se registra una medición de la variable en estudio, tras el análisis numérico, el más importante es como la entidad de estudio, realiza su proceso antes y después del proceso de acreditación , logrando presentar una comparación entre el periodo no certificado y el

periodo si acreditado el cual cuenta para todos los casos de procesos y protocolos y listas de adherencias que los hacen eficientes y eficaces en su prestación, beneficiando a la población de usuarios de las comunas de cada una de las Instituciones Prestadoras de Salud con que cuenta la Red Centro en la ciudad de Santiago de Cali.

Como se aprecia en la tabla 5, respecto al egreso de pacientes se logró un incremento, progresivo entre el año 2014 a 2018, en este último donde se logra se evidenció que se tuvo un egreso de 2004 pacientes, lo que indica que la institución ha mejorado su capacidad operativa demostrando que la acreditación permite maximizar el uso de los recursos para tener una mayor cobertura.

Tabla 5. Egresos hospitalarios ESE Centro

AÑO	RESULTADO	INCREMENTO	DISMINUCIÓN	PORCENTAJE
2014	1556			
2015	1779	223		14,33%
2016	1742			0,34%
2017	1954	212		12,17%
2018	2004	50		2,56%

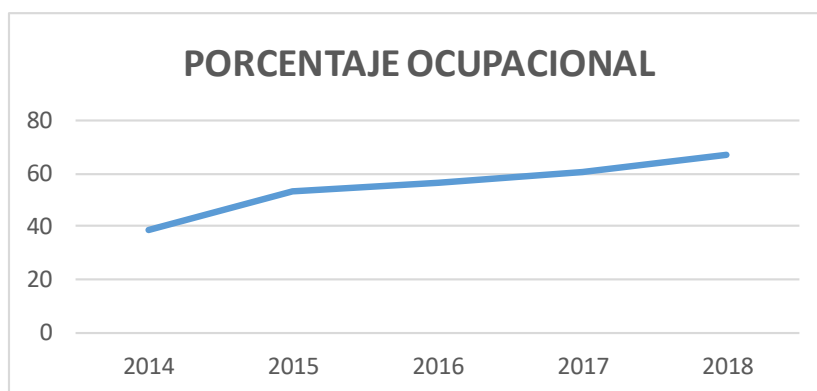
Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

Para este caso la gerencia de la Red Centro proyectó enfocar su productividad en los programas de Promoción y Prevención y realizar el mayor número de egresos que en campo asistencial o medico significa.

Como se aprecia en la tabla 6, el porcentaje ocupacional mejoró a través el proceso de acreditación permitió pasar de una tasa de ocupación de 38,75% en el año 2014 a una tasa de 67, 06% en el año 2018, lo que significó, por un lado, que se mejoró la relación con la comunidad que acude a la ESE en lugar de asistir a otras instituciones especializadas en la ciudad de Cali. Anteriormente, según informó la administración de la ESE, los pacientes sentían desconfianza del servicio prestado, por ende, solicitaban el traslado para otra IPS o ESE. Con la acreditación de calidad se mejoró la confianza y esto condujo que mayor cantidad de pacientes usen los servicios, lo que contribuyó a la descongestión de otras instituciones de mayor complejidad.

Tabla 6. Porcentaje de Ocupacional

AÑO	RESULTADO	INCREMENTO	DESMINUCION	PORCENTAJE
2014	38,75			
2015	53,14	14,39		37,14%
2016	56,21	3,07		5,78%
2017	60,29	4,08		7,26%
2018	67,06	6,77		11,23%



Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

En la tabla 7, se aprecia el incremento en los días de estancia desde el año 2014 a 2018, se evidencia un incremento pasando de 1,91 a 2,6 en promedio. El análisis de las variables de porcentaje ocupacional versus días de estancia, equivale al resultado final del nivel de eficiencia en la atención en la prestación de los servicios. Aunque el número de días se espera sea menor, en el caso de la ESE Centro, su incremento se debe en gran medida al aumento en la cantidad de pacientes y que muchos han optado por ser atendido en esta institución y no ser traslado a otra. Esto ha llevado a que el indicador aumente, tema que esta conexo a la tasa de ocupación y que la ESE como tal ahora enfrenta una atención de casos más complejos sin la necesidad de la remisión hacia otras IPS.

Tabla 7. Promedios de días de estancia.

AÑO	RESULTADO	INCREMENTO	DISMINUCIÓN	PORCENTAJE
2014	1,91			
2015	2,29	0,38		19,90%
2016	2,48	0,19		8,30%
2017	2,36	0		0,00%

2018	2,6	0,24		10,17%
------	-----	------	--	--------

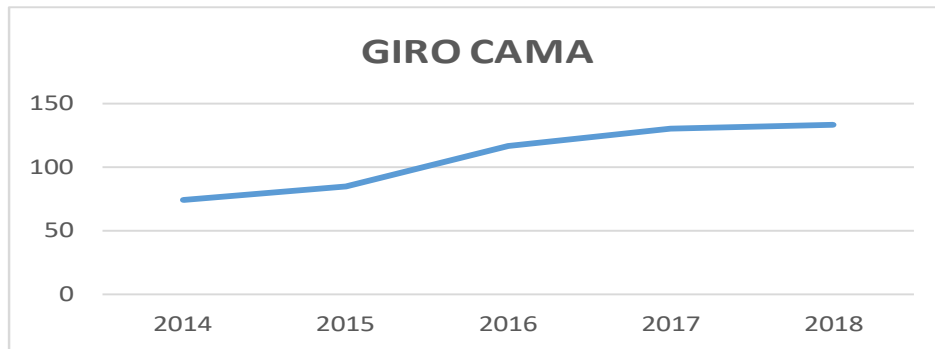
Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

Para el análisis del indicador de giro de cama se debe considerar algunos aspectos, uno de estos es la comunicación entre la parte asistencial y la administrativa, en este sentido se debe tener el mismo lenguaje. Para el caso del análisis de un giro de cama, se debe considerar que un paciente por ley se debe atender por urgencia, en el caso de salud organiza son 6 horas de pasar un mayor lapso este tiempo no es reconocido por el pagador al no existir una autorización para su hospitalización. De allí la importancia de estar comunicados en el manejo de atención inmediata a los pacientes previa su validación de ingreso, se debe atender, pero también se debe ser efectivo en detectar la causa de su servicio para definir si es un servicio de urgencia, un servicio de hospitalización autorizado o simplemente trasladar el paciente para que el costo de su hospitalización y atención lo atienda otra entidad prestadora de salud habilitada para cada caso.

En la tabla 8 se aprecia el comportamiento del indicador de giro de cama, el cual es una medida del número de egresos que en promedio comprometieron el uso de cada cama disponible. Es la rotación media de las camas y expresa cuantos pacientes pasan en un período dado, en promedio por cama disponible. En el año 2014 este indicador se ubicó en 74,1, para el año 2018 paso a 133,60, esto se debe a un incremento en la demanda de servicios, lo cual se refleja en la tasa de ocupación y el número de egresos.

Tabla 8. Giro cama.

AÑO	RESULTADO	INCREMENTO	DESMINUCION	PORCENTAJE
2014	74,1			
2015	84,71	10,61		14,32%
2016	116,13	31,42		37,09%
2017	130,27	14,14		12,18%
2018	133,60	3,33		2,56%

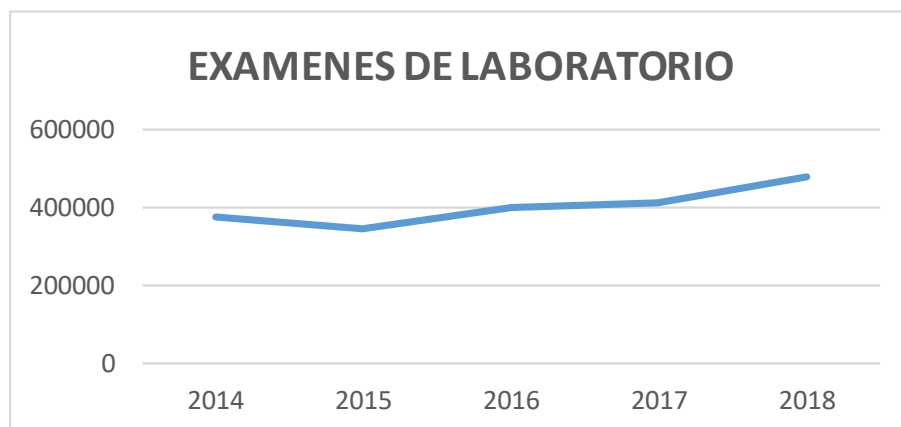


Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

La acreditación también conlleva a que se tenga mayor eficiencia en los servicios prestados, entre ellos los exámenes de laboratorio, como se aprecia en la tabla 9, se encontró un incremento en la cantidad de exámenes realizados, se pasó de 375.019 en el año 2014 a 477.362 en el año 2018. Esto refleja una mayor demanda de los servicios, a la vez que la institución aprovecha la capacidad instalada generando con ello ingresos que permiten la sostenibilidad económica. Con el aumento de pacientes, la tendencia es explicable, además usuarios de otras IPS recurren a la ESE Centro por la confianza en los exámenes, eficiencia representada en el tiempo de atención y costos.

Tabla 9. Exámenes de laboratorio.

AÑO	RESULTADO	INCREMENTO	DESMINUCION	PORCENTAJE
2014	375019			
2015	343471	-31548		-8,41%
2016	397036	53565		15,60%
2017	413445	16409		4,13%
2018	477362	63917		15,46%

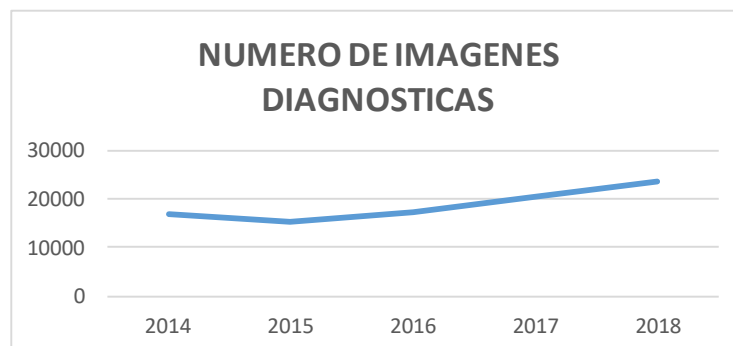


Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

Con el tema de las imágenes diagnosticas se tuvo una situación similar a la de los exámenes de laboratorio, se incrementó el número entre 2014 a 2018, para el primero fue de 16.681, llegando a 2018 a 23.762, tal como se presenta en la tabla 10.

Tabla 10. Números de imágenes diagnósticas.

AÑO	RESULTADO	INCREMENTO	DESMINUCION	PORCENTA
2014	16681			
2015	15205	-1476		-8,85%
2016	17420	2215		14,57%
2017	20430	3010		17,28%
2018	23762	3332		16,31%



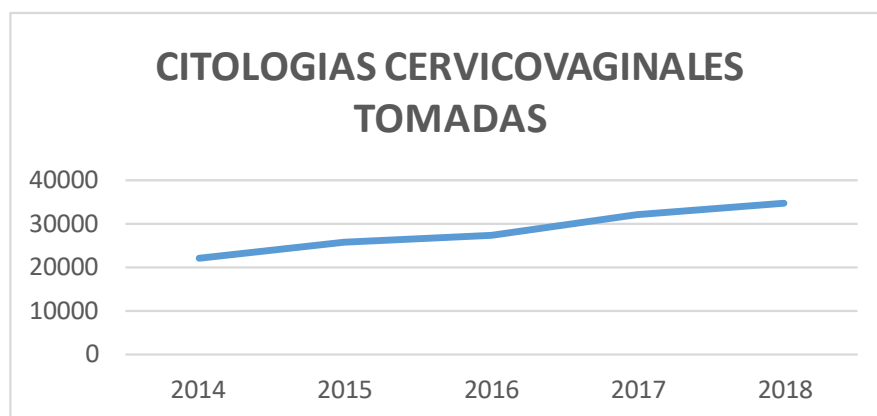
Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

Los dos servicios; exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas, en los periodos analizados presentan un aumento entre el 18 y 12% anual en sus prestaciones, acciones que van ligadas con el programa de detección temprana de cáncer.

Otra forma de identificar la buena trazabilidad de resultados por la implementación del proceso de acreditación, el cual trajo diversificación en la prestación de los servicios, no solo la idea de hospitalizar sino la generación de valor agregado haciendo programas de promoción y prevención en poblaciones que con recursos bien canalizados se puede hacer gestión y generar utilidad social objetivo central de las empresas sociales del estado E.S.E. Un ejemplo de lo anterior es el servicio de citologías, como se aprecia en la tabla 11, para el año 2014 se tuvo 22.038 citas de esta clase, para el 2018 se llegó a 34.492, lo que muestra un incremento significativo, contribuyendo así a los programas y políticas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, en particular de enfermedades de gran impacto como el cáncer.

Tabla 11. Citologías Cervicovaginales tomadas.

AÑO	RESULTADO	INCREMENTO	DESMINUCION	PORCENTAJE
2014	22038			
2015	25574	3536		16,05%
2016	27005	1431		5,60%
2017	32132	5127		18,99%
2018	34492	2360		7,34%

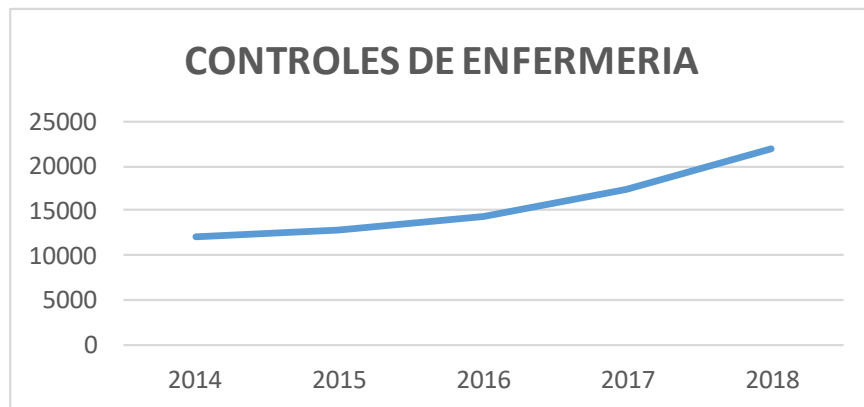


Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

En esta misma dinámica, también se aumentó los controles de enfermería que hacen parte de los programas y políticas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Como se aprecia en la tabla 11, se evidenció un incremento en el número de citas, pasando de 11.971 en el año 2014 a 22.021 en el año 2018. Lo anterior es una contribución significativa a la estrategia para el manejo de enfermedades no transmisibles, que tienen un fuerte impacto en la salud pública en cifras de morbilidad y mortalidad.

Tabla 12. Controles de enfermería.

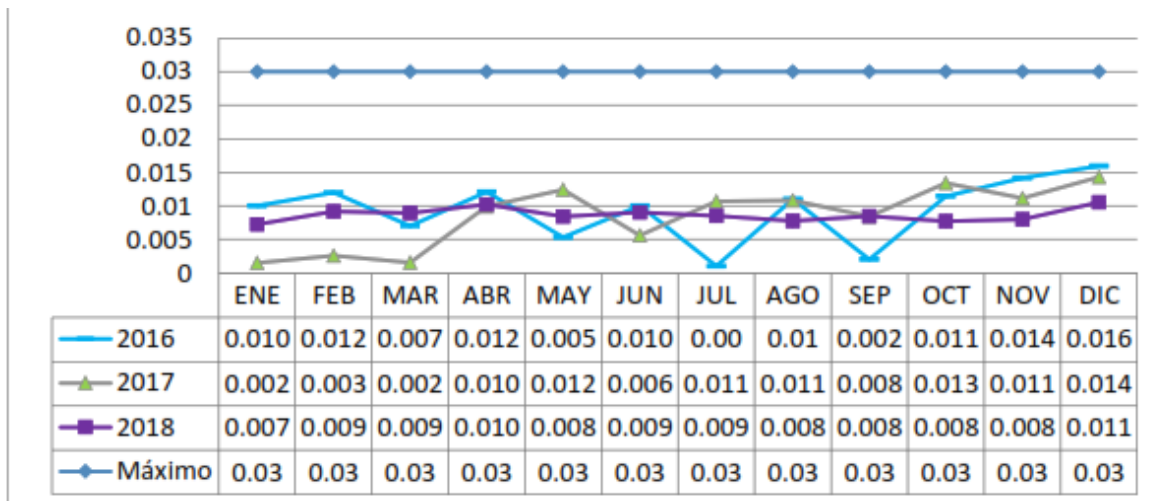
AÑO	RESULTADO	INCREMENTO	DESMINUCION	PORCENTAJE
2014	11971			
2015	12901	930		7,77%
2016	14295	1394		10,81%
2017	17394	3099		21,68%
2018	22021	4627		26,60%



Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

Uno de los indicadores relevantes que se mejorado con la acreditación en salud, es el reintegro a urgencias, gracias a la adherencia a protocolos de atención se mejora la calidad del servicio y con ello una mayor efectividad del tratamiento. Como se aprecia en la gráfica 1, en el año 2018 se tuvo menos reingresos comparados con el año 2016, lo que implica es que mayor número de pacientes se benefician de diagnósticos y tratamientos adecuados, conforme lo indican los protocolos de atención.

Gráfica 1. Reintegros a Urgencias en 72 horas por la misma causa.



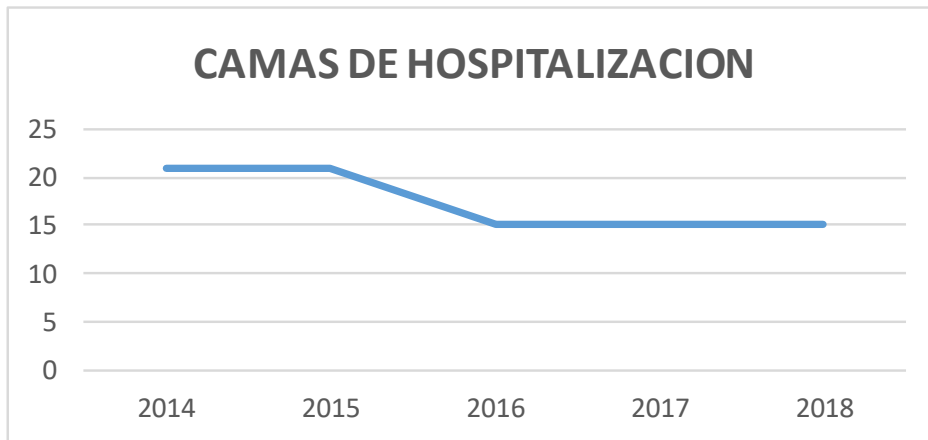
Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

Mediante la gráfica de e reintegro a urgencias mayor de 72 horas por encima de la misma causa, se registra como la entidad mediante la realización de buenas listas de adherencia el personal médico y asistencial puede evaluar efectivamente la causa de asistencia de cada paciente evitando la repetición de asistencias por la misma causal lo cual colapsa el servicio de urgencia para la entidad, acción que a la vez hace disminuir el costo del servicio por existir menos horas de atención al mismo paciente el cual siempre será el mismo reconocido por ley.

En la tabla 13, se aprecia cómo se redujo el número de camas de hospitalización lo que indica que los mejores diagnósticos y tratamientos se reflejan en menor cantidad de días de hospitalización, incluso se llega a que esta no sea necesaria. En el año del 2014 tenía una capacidad de asistencia hospitalaria de 21 camas las cuales para el año del proceso de acreditación disminuye a 15 y son las que actualmente posee, mediante el programa SICO traslada de forma inmediata a los pacientes al Hospital Universitario del Valle por su complejidad y nivel de atención en pacientes que requieren cirugías que la entidad no posee la adecuación ni los equipos necesarios para prestar este servicio por su nivel de complejidad

Tabla 13. Estadística de camas de hospitalización.

AÑO	RESULTADO	INCREMENTO	DESMINUCION	PORCENTAJE
2014	21			
2015	21	0	0	0,00%
2016	15		6	28,57%
2017	15		0	0,00%
2018	15		0	0,00%



Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

La grafica incluida en la tabla 13 de análisis para los años 2015 al 2018 se evidencia que la entidad determino que su fuente económica no era la hospitalización de pacientes más cuando solo es una entidad de primer nivel, por lo cual enfocó su gestión en el desarrollo de programas de promoción y prevención en la población joven femenina, madres lactantes y mujeres en etapa de mayor edad.

Por lo anterior otra variable a tener en cuenta es el enfoque que se le quiere dar a la ESE y su progreso en los próximos años, en primer caso no es una entidad hospitalaria, es una entidad que se caracteriza por programas de asistencia en Promoción y prevención a la población joven, lactantes y mujeres de mayor edad.

7.3 Beneficio administrativo y financiero logrado con el proceso de implementación de acreditación en una empresa social del estado ESE de Nivel.

La implementación y logro de la acreditación de calidad en salud, permite mejorar la situación administrativa y financiera, esto también es un tema que se ha analizado desde el punto de vista de los indicadores que reflejan de manera cuantitativa las mejoras logradas. Para lograr identificar las principales variables de calidad y los indicadores financieros de la entidad en estudio y su evolución comparativa entre los años sin acreditación y los años ya acreditadas, se toman como referencia las siguientes variables (ver tabla 14):

Tabla 14. Indicadores de desempeño de calidad en la dimensión administrativa

Variable	Descripción
Unidad de Valor Relativo (UVR):	La medida comparativa de servicio utilizada por los hospitales para comparar el volumen de recursos necesarios para llevar a cabo diversos servicios en un solo departamento o entre departamentos (UVR).
Planta de Personal:	La plataforma del Sistema de Información de Hospitales SIHO, para conocer como la administración de cada entidad de salud administra su planta de personal, crea el indicador de cantidad de planta de personal, en el cual se debe identificar y cuantificar cada uno de los funcionarios que se tiene por modalidad de contratación: Empleado público, trabajador oficial, libre nombramiento y periodo de prueba y por último los empleados por planta personal temporánea, lo cual permite que cambios por administración o político realiza la entidad en cada periodo de gobierno.
Ingresos Comprometidos:	Corresponde al valor que una entidad compromete los ingresos de su vigencia, sin haber ingresado, solo facturado sin recaudar.
Ingresos Recaudados:	Corresponde al valor de los ingresos realmente recibidos por la venta de sus servicios.
Recaudo vs Reconocimiento:	En el proceso de facturación existe el estado de venta el cual se divide en radicado que se supone que es el valor a recibir, mientras que el valor reconocido corresponde el valor realmente recibido en caja después de que la factura radicada es objetada, glosada y aceptada entre las partes.
Equilibrio vs	Corresponde al valor de la relación 1/1, el cual quiere decir que

Eficiencia:	medición da los ingreso sobre los egresos, el cual debe ser siempre mayor a 1.
Cartera Hospitalaria:	Representa el valor de los derechos a favor de la entidad contable pública, originados en la prestación del servicio de salud a los usuarios, en desarrollo de sus funciones de cometido estatal, identificando los derechos a cobrar con facturación generada pendiente de radicar, de aquellos con facturación radicada en la entidad pagadora, así como los abonos a la cartera por los mecanismos de giro directo y giro previo, autorizados legalmente.

Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

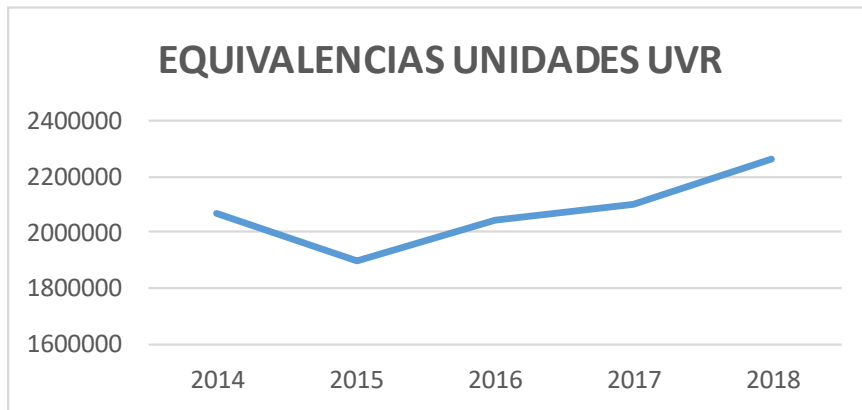
El Indicador de Crecimiento de la Producción en UVR (Unidad de Valor Relativo), mide el desempeño de la producción de servicios hospitalarios con respecto al año inmediatamente anterior, mide la variación de los gastos entre periodos respecto a las unidades de producción, que son las actividades asistenciales determinadas por el Ministerio de Salud, que según el nivel de complejidad se les asigna un peso porcentual específico (Ponderador), las cuales sumadas establecen la Producción Equivalente UVR, la cual se consolida para los años de 2014 al 2018 en el anterior cuadro, para cada año se presenta un aumento con mayor aumento para los años 2016 y 2018, registro que se ve también reflejado en la mayor producción de servicios hospitalarios.

Como se aprecia en la tabla 15, el indicador de equivalencia de unidades UVR muestra un incremento, en el año 2014 se ubicó en 2.064.543,28 a 22.653.349,25 lo cual se explica por la necesidad de recursos que se requieren para atender la demanda de servicios. En el caso de la ESE se encontró un incremento en el número de pacientes atendidos, lo que conlleva a utilizar mayor cantidad de recursos. En el año 2015 se registra una disminución en el valor de las unidades UVR por el cambio de normatividad donde los servicios de la Población Pobre No Asegurada (PPNA) pasó a ser administrada por las diferentes Empresas Prestadoras de salud (EPS9 y dejaron de ser responsabilidad de la Secretaría Departamental y Municipal de Salud

del Valle, cambio que para todas estas entidades de nivel I afectó el valor en la facturación radicada.

Tabla 15. Equivalencia Unidades UVR.

AÑO	RESULTADO	INCREMENTO	DESMINUCION	PORCENTAJE
2014	2064543,28			
2015	1896394,33		-168148,95	-8,14%
2016	2044065,17	147670,84		7,79%
2017	2103014,20	58949,03		2,88%
2018	2265349,25	162335,05		7,72%



Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

Realizar un análisis porcentual de la estructura de la planta de personal sería algo metódico y sin análisis cualitativo de la situación por la cual paso el sistema de salud en estos años, para el caso de la E.S.E Centro haber sostenido su personal y no haber entrado en el proceso de liquidación de Ley 550 como el Hospital Universitario de Valle es un gran logro, o haber pasado al régimen de entidades en Saneamiento Financiero por su déficit financiero es mayor logro. Como se aprecia en la tabla 16, se identificó una planta con 101 en el año 2014 a 93 funcionales en el año 2018, algo que evidencia un muy buen desempeño más con el enfoque de la venta de sus servicios donde cada año aumentan un 12% y 18%.

Tabla 16. Planta de personal.

PLANTA DE PERSONAL					
Variable	2014	2015	2016	2017	2018
Total Cargos Planta de Personal (Provistos)	101	98	93	94	93
Empleados Públicos	62	60	56	56	53
Trabajadores Oficiales	0	0	0	0	0
Libre Nombramiento y Periodo Fijo	39	38	37	38	40
Planta Temporal	0	0	0	0	0

Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

La situación económica y financiera se beneficia de la acreditación en calidad, como se observa en la tabla 17, la administración de la E.S.E Centro durante los años 2014 al 2018 presenta un equilibrio presupuestal donde los ingresos son mayores a los gastos proyectados para la vigencia, el promedio de ingreso sobre los gastos es del 6%, registrándose un mayor aumento en el año 2017 de un 12%, sobre el valor de los gastos, lo que concluye que la administración tiene políticas de aumento de la producción con un nivel de gastos proyectados o por debajo de lo presupuestado. Parte del éxito económico se enfocó en la venta de servicios de la entidad en la atención a la población del régimen subsidiado, uno por su ubicación geográfica en las comunas más vulnerables de la ciudad y otra por ser el régimen de usuarios de mayor atención en la prestación de servicios de la ciudad de Cali.

Tabla 17. Gastos Comprometidos.

GASTO COMPROMETIDO (miles de pesos corrientes)					
Variable	2014	2015	2016	2017	2018
Gastos Total Comprometido Excluye CxP	32.634.483	31.858.734	36.283.168,09	39.052.458,96	47.285.869,88
Gasto de Funcionamiento	22.654.878	23.537.922	27.212.029,72	30.873.381,45	34.045.184,17
Gastos de Personal	19.541.479	19.749.982	23.028.224,65	26.381.472,01	28.434.413,38
Gasto de Personal de Planta	5.562.912	5.747.738	5.915.308,13	5.843.692,38	5.988.422,93
Servicios Personales Indirectos	13.978.567	14.002.244	17.112.916,52	20.537.779,63	22.445.990,45
Gasto de Sueldos	2.916.589	3.087.676	3.197.987,81	3.317.631,52	3.445.942,06
Gastos Generales	3.101.252	3.787.940	4.011.196,19	4.491.909,44	5.610.770,79
Gastos de Operación y Prestación de Servicios	2.835.477	2.493.420	3.855.123,11	4.481.065,43	4.816.485,89
Otros Gastos	7.156.275	5.827.393	5.388.624,15	3.698.012,08	8.424.199,82
Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	0	0	0	0	0
Gastos Totales con Cuentas por Pagar	32.634.483	31.858.734	36.283.168,09	39.052.458,96	47.285.869,88

Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

Un indicador del buen resultado de la ESE Centro es el aumento del ingreso, como se observa en la tabla 18, se pasó de unos ingresos de \$33.274, 480.000 en 2014 a \$50.875.849.000 en el año 2018, aspecto que le permite tener mayor capacidad operativa, también se evidenció un crecimiento en la venta de servicios. Este aumento en el ingreso implica tener recursos para financiar la atención conforme ha aumentado la demanda de servicios de salud.

Tabla 18. Ingresos Comprometidos.

INGRESOS RECONOCIDOS (miles de pesos corrientes)					
Variable	2014	2015	2016	2017	2018
Ingreso Total Reconocido Excluye CxC	33.274.480	32.476.230	38.901.449,77	43.942.161,22	50.875.849,58
Total Venta de Servicios	27.299.167	28.645.439	34.013.274,47	40.622.804,48	42.769.611,60
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	2.582.222	3.646.896	6.394.400,68	10.154.179,60	8.597.751,07
.....Régimen Subsidiado	23.664.711	23.825.349	26.091.406,48	28.500.040,88	30.520.166,70
.....Régimen Contributivo	86.725	219.372	121.670,12	367.324,62	802.973,17
Otras ventas de servicios	965.509	953.822	1.405.797,19	1.601.259,39	2.848.720,66
Aportes	5.047.342	2.891.992	3.977.191,55	1.378.818,67	4.912.624,74
Otros Ingresos	927.971	938.799	910.983,75	1.940.538,07	3.193.613,24
Cuentas por cobrar Otras vigencias	2.385.998	2.037.829	1.530.904,29	1.527.005,01	2.650.235,32
Ingreso Total Reconocido	35.660.478	34.514.059	40.432.354,06	45.469.166,23	53.526.084,90

Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

Respecto a los ingresos recaudados también se encuentra un crecimiento sostenido desde 2014 a 2018, tanto en las ventas de servicios, como en otras cuentas, tal como se presenta en la tabla 19. En el sector salud el sistema de presupuesto se realiza mediante dos estudios, uno el reconocimiento cuando la factura por la venta del servicio se radica y el recaudo cuando la factura es pagado por las Empresas Responsables de Pago (ERP).

Tabla 19. Ingresos Recaudados.

INGRESOS RECAUDADOS (miles de pesos corrientes)					
Variable	2014	2015	2016	2017	2018
Ingreso Total Recaudado (Excluye CxC)	31.167.463	30.839.092	35.499.835,19	40.576.585,33	46.541.191,47
Total Venta de Servicios	25.854.517	27.008.301	31.213.008,37	37.257.228,60	38.584.953,49
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	2.582.222	3.576.853	6.239.400,68	10.056.611	8.124.585,15
.....Régimen Subsidiado	22.362.711	22.571.855	23.829.207,76	25.675.808,59	27.714.080
.....Régimen Contributivo	55.861	26.386	52.599,33	237.078,70	427.643,97
Otras ventas de servicios	853.724	833.207	1.091.800,61	1.287.730,30	2.318.644,38
Aportes	4.386.260	2.891.992	3.375.843,07	1.378.818,67	4.912.624,74
Otros Ingresos	926.686	938.799	910.983,75	1.940.538,07	3.043.613,24
Cuentas por cobrar Otras vigencias	2.385.998	2.037.829	1.530.904,29	1.527.005,01	2.650.235,32
Ingreso Total Recaudado	33.553.462	32.876.920	37.030.739,48	42.103.590,34	49.191.426,79

Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

Un buen flujo de recursos permite a la ESE Centro poder proyectar la ejecución de los programas en los tiempos estimados lo que hace una trazabilidad de objetivos continuos para beneficio de los usuarios. Mediante las variables registradas en tabla 19, se evidencia como el desempeño del sistema administrativo y financiero de la entidad durante su periodo de acreditación refleja un excelente comportamiento en sus ventas, recaudos y cobro de la cartera, llegando a un porcentaje promedio del 94% de eficiencia, variable que resumen la buena gestión desde el registro de los servicios cobrados hasta la buena gestión en su facturación, radicación y cobro ante las entidades responsable de pago ERP, como se presenta en la tabla 20.

Tabla 20. Recaudos vs Reconocimientos.

RECAUDADOS / RECONOCIMIENTOS					
Variable	2014	2015	2016	2017	2018
% de recaudos / reconocimientos	93,67	94,96	91,26	92,34	91,48
Total Venta de Servicios	94,71	94,28	91,77	91,72	90,22
.....Atención a población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda	100	98,08	97,58	99,04	94,5
.....Régimen Subsidiado	94,5	94,74	91,33	90,09	90,81
.....Régimen Contributivo	64,41	12,03	43,23	64,54	53,26
Otras ventas de servicios	88,42	87,35	77,66	80,42	81,39
Aportes	86,9	100	84,88	100	100
Otros Ingresos	99,86	100	100	100	95,3
Cuentas por cobrar Otras vigencias	100	100	100	100	100

Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

El equilibrio presupuestal en la entidad consiste en tener una relación de 1/1 de los ingresos sobre los gastos, cuando el ingreso es superior la eficiencia en su gestión es mayor a 1, cuando el resultado del equilibrio presupuestal es menos a 1, no existe eficiencia en los recursos. Como aprecia en la tabla 21, para el análisis de las cifras de los años del 2014 al 2015 es una inclinación del 1.09 a 1.16 durante los cinco años analizados, registros que evidencian la buena gestión administrativa, operativa y financiera de la entidad, igual o mejor situación presenta el equilibrio entre la cuentas por cobrar y las cuentas por pagar, la entidad destina el recaudo de sus ingresos a el compromiso de pago de las obligaciones adquiridas con los proveedores, donde indica que desde el año 2014 con un 96% y un incremento en os años a hasta un 98%5 cumple en su totalidad con las deudas adquiridas.

En el ciclo del manejo del dinero la gestión administrativa y financiera se mide con las variables de mayor peso, son el equilibrio y eficiencia en un periodo determinado, para el caso de la entidad E.S.E Centro arroja un buen resultado, presentado un aumento sustancial para los años que inicia el proceso de acreditación.

Tabla 21. Equilibrio y Eficiencia.

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA					
Variable	2014	2015	2016	2017	2018
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,09	1,08	1,11	1,16	1,13
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	1,03	1,03	1,02	1,08	1,04
Equilibrio presupuestal con reconocimiento (Sin CXC y CXP)	1,02	1,02	1,07	1,13	1,08
Equilibrio presupuestal con recaudo (Sin CXC y CXP)	0,96	0,97	0,98	1,04	0,98
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	13.222,86	15.105,21	16.640,01	19.316,47	18.879,92
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	12.346,73	13.726,76	15.198,71	16.811,32	17.154,83
Gasto de personal por UVR (\$)	9.465,28	10.414,49	11.265,90	12.544,60	12.551,89

Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

El tema de la cartera en las entidades de salud Colombia, es un tema de difícil análisis, más cuando cada día en el entorno aparecen la figura de empresas en liquidación, como son el caso para la ciudad de Santiago de Cali de Calisalud, Selva Salud, Cafesalud, Proinsalud y CAPRECOM, empresas que afectan al nivel I de atención directamente e indirectamente por el traslado de usuarios de un lado hacia las más eficientes en su gestión, situación que afectan el equilibrio financiero de las entidades, sin embargo para la entidad E.S.E Centro el comportamiento de la cartera ha sido estable por contar con la figura de contratos capitados, donde se contrata por una población estadística y un nivel de atención proyectado con un pago mensual capitado por año.

Como se aprecia en la tabla 22, la cartera de la ESE ha crecido entre 2014 a 2018, sin embargo, el recaudo ha mejorado reduciendo el número de días de morosidad, en los distintos regímenes, aunque el comportamiento es positivo, es un tema complejo porque no solo depende de la ESE sino también de la situación financiera de los demás actores del sistema general de seguridad social en salud.

Tabla 22. Cartera por Deudores por Edades.

CARTERA DEUDORES (miles de pesos corrientes)					
Variable	2014	2015	2016	2017	2018
Total Cartera	4.260.540	4.559.539	6.208.464,66	5.542.048	5.370.984,47
< 60 días	889.026	938.272	1.513.005	1.296.802,24	1.243.466,16
61 a 360 días	581.280	829.509	1.686.599,39	2.114.898,40	2.311.187,38
> 360 días	2.790.234	2.791.758	3.008.860,26	2.130.347,36	1.816.330,93
Régimen Subsidiado	3.473.099	3.393.369	4.344.392,41	3.934.838,84	3.328.955,50
< 60 días	819.036	637.800	699.178,11	962.217,01	1.029.563,46
61 a 360 días	245.020	387.397	1.137.567,58	1.686.043,09	1.289.794,65
> 360 días	2.409.042	2.368.173	2.507.646,72	1.286.578,75	1.009.597,39
Población Pobre No Asegurada	0	70.043	456.348,48	347.568,59	473.165,92
< 60 días	0	70.043	456.348,48	97.568,59	13.241
61 a 360 días	0	0	0	250.000	459.924,92
> 360 días	0	0	0	0	0
Régimen Contributivo	46.226	188.269	206.284,74	278.213,94	396.450,43
< 60 días	9.966	22.039	11.615,65	62.456,64	54.224,16
61 a 360 días	12.159	158.451	50.944,01	42.903,96	189.383,76
> 360 días	24.102	7.780	143.725,08	172.853,33	152.842,51
SOAT ECAT	102.029	111.288	141.100,66	192.740,56	249.822,06
< 60 días	3.256	2.761	9.152,39	14.248,60	17.866,63
61 a 360 días	12.964	8.157	21.836,68	42.165,06	43.811,75
> 360 días	85.808	100.370	110.111,59	136.326,91	188.143,68
Otros Deudores	639.187	796.571	1.060.338,36	788.686,07	922.590,56
< 60 días	56.768	205.630	336.710,37	160.311,40	128.570,92
61 a 360 días	311.137	275.505	476.251,13	93.786,30	328.272,29
> 360 días	271.282	315.435	247.376,87	534.588,38	465.747,35

Fuente. Elaboración propia (2019) según estadísticas de la ESE Centro. Santiago de Cali.

Otra variable de la medición de la gestión administrativa y financiera de la entidad en su proceso de acreditación es la cartera institucional, al tener unas buenas listas de adherencias en la parte asistencial permite tener buenos resultados en la forma eficiente de facturar los servicios, situación que hace de la radicación sea oportuna antes las Entidades Responsables de Pago (ERP), una factura bien auditada permite el pago oportuno de la misma por no tener objeciones en su proceso de pago.

8. CONCLUSIONES

El proceso de acreditación de calidad que se implementó en la Red Salud del Centro ESE en la ciudad de Santiago de Cali, durante el periodo de 2015 – 2018, es producto de un esfuerzo progresivo desde la gerencia de la institución con el apoyo enfático de la Secretaría de Salud Municipal de Cali, que ha planteado una estrategia general para garantizar el derecho a la salud de la población de ciudad. Con este contexto se concluye que la red de salud ha contado con las condiciones para lograr la acreditación según los lineamientos del Ministerio de Salud, acorde al sistema obligatorio de garantía de la calidad, lo cual le permitió definir una ruta detallada, donde se asumen unos objetivos específicos, compromisos y responsabilidades. De esta manera se facilita el monitoreo y control del proceso para tomar medidas correctivas.

La implementación de la acreditación en el ESE objeto de estudio permitió evidenciar que la dimensión operativa se vio mejorada, entre los indicadores que obtuvieron un incremento favorable figura el reintegro de urgencias, productos de servicios, planta de personal, camas hospitalarias, egresos hospitalarios, porcentaje de ocupación, días de estancias, giro de cama, exámenes de laboratorio, control de enfermería, entre otros. Cada uno de estos indicadores refleja que la institución ha aumentado la capacidad de atender a mayor cantidad de paciente a lo largo del periodo entre 2014 y 2018. Lo anterior es positivo en la medida que contribuye a la descongestión de la red de salud del municipio, en particular de las instituciones con mayor nivel de complejidad, también permite evidenciar que la confianza en la ESE aumenta, sobre todo en la adherencia a los programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad, eje central de la atención en primer nivel.

De igual manera la implementación de la acreditación en salud, trae consigo beneficios en la dimensión administrativa y financiera, en el caso de la ESE analizada se encontró que esta mejoro su situación financiera, aumentando con ello los ingresos y administrándolos de forma eficiente, aspecto que fue clave dado que entre el 2014 a 2018 se incrementó el número de paciente atendidos. El buen manejo financiero, se debe también al aumento de venta de servicio en la unidad de exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas, lo cual aporta a garantizar la viabilidad financiera de la institución. Un aspecto, que también se ve mejorado con el tema de

la acreditación es la relación con la comunidad, pacientes y usuarios que reinciden en la solicitud de servicios de salud lo que implica que estos ya no se desplazan a instituciones privadas o entidades públicas en otro sector de la ciudad.

La implementación de un sistema de calidad, trae consigo un beneficio para el paciente y usuario que cuenta con una atención más oportuna, bajo principios de seguridad y gestión del riesgo, brindando una atención humanizada, lo cual va de la mano del interés del Estado de garantizar el derecho fundamental a la salud. En lo administrativo y financiero la acreditación en calidad también impacta en la sostenibilidad de las entidades prestadoras de servicios de salud, lo cual es relevante considerando la crisis que enfrenta el sector, y que las debilidades económicas se traducen en barreras de acceso para los pacientes que encuentran demoras en la asignación de citas, y falencias en los servicios solicitados.

9. RECOMENDACIONES

La experiencia de acreditación de la Red Salud del Centro ESE en la ciudad de Santiago de Cali, mostró que esta incide en la capacidad operativa aumentando la eficiencia y mejorando la atención al paciente, sacando mayor provecho a la capacidad instalada lo que representa atender a mayor cantidad de población. También en la dimensión financiera y administrativa se ve impactada positivamente, sin embargo, se hace más énfasis en estas dimensiones y se deja a un lado el impacto social y ambiental sobre las comunidades por lo tanto se recomienda:

- La acreditación debe conducir a mejorar la relación con la comunidad y se debe evaluar (o medir) este tema, dado que una desconfianza es la causa de que pacientes y usuarios se desplacen hacia otros sectores o instituciones privadas, generando con ello esfuerzos innecesarios a la población, a la vez que se puede congestionar la red de salud en los niveles de mayor complejidad.
- Hoy en día la dimensión ambiental está ligada al tema de sostenibilidad, por ende, se debe buscar valorar este tema, particularmente en el nivel I de atención en salud, dado que las condiciones de vida de la población constituyen factores de riesgo que facilitan la aparición de enfermedades y/o accidentes. Se recomienda abordar este tema mediante la educación de estilos de vida saludable, educación ambiental, nutrición y temáticas afines.
- La clave del proceso de acreditación es la participación activa del talento humano, en la experiencia del ESE objeto de estudio, se evidenció que parte del personal está vinculado por tercerización o prestación de servicios, se recomienda mejorar las condiciones de trabajo para que tengan mayor estabilidad y condiciones que faciliten su capacitación y formación.
- Los resultados alcanzados a través del proceso de acreditación son positivos, sin embargo, se debe considerar que estos se ven influenciados por múltiples variables, por ende, se recomienda la auditoría permanente para garantizar que cualquier anomalía sea corregida oportunamente y no se comprometa el desempeño de la institución.

- El sistema de salud en Colombia se encuentra estructurado lo cual facilita que las entidades y autoridades puedan trabajar coordinadamente. En este caso se recomienda trabajar en alianza con la Secretaría de Salud municipal y Ministerio de Salud para adquirir recursos y apoyo que permitan la mejora continua efectiva superando los desafíos del sector y las exigencias de la comunidad.

Referencias

- Acuerdo 1997, 17 (Bogota noviembre de 1997).
- Alonso G, G. A. (2012). *Departamento Nacional de Planeacion*. Obtenido de <https://www.dnp.gov.co/direccion-general/Paginas>
- Alonso G, G. A. (2012). *Departamento Nacional de Planeacion*. Obtenido de <https://www.dnp.gov.co/direccion-general/Paginas>
- Arbelaez Velez, A. (2005). *Biblioteca de trabajos de grados de faculta de salud*. Obtenido de <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/142/1/IntegracionSistemasGestionDeCalidad.pdf>
- Avedis D, R. S. (2001). Calidad. *Calidad Asistencial*, 1.
- Ayala Garcia, J. (2012). *La salud en colombia mas cobertura pero menos acceso*. Obtenido de Banco de la Republica: http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf
- Berenguer R, R. (2008). Componentes de Sistema de Calidad. *Ministerio de Salud de Peru*.
- Betancourt V, A. (Octubre de 2012). *Trabajos de Grado facultad de Medicina - Universidad Nacional*. Obtenido de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://bdigital.unal.edu.co/7601/1/599403.2012.pdf>
- Calderon C, N. M. (2012). *Reforma del sertor de la Salud y Participacion Social*. Obtenido de <http://bvs.insp.mx/articulos/6/20/020601.pdf>. Consultado Febrero de 2012.

- Carrillo F, F. (2012). *Ministerio de la Salud y Proteccion Social*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>
- Carrillo Florez, F. (2012). pág. 28. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>
- Carrillo Florez, F. (2012). *Evolucion de la Acreditacion en salud en Colombia*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unico-acreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>
- Carrillo L, F. (2016). *Metodologia de Gestion Publica en la Salud*. Obtenido de <http://Minsalud Colombia>. (s.f.). *Código de Comercio*.
- Definición de cartera*. (s.f.). Obtenido de <https://www.google.com.co/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=define+cartera+>
- GÁLVEZ, M. B. (2012). *El enfoque por competencias*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Gaviria, U. A. (2014). *Sistema Unico Acreditacion en Salud*. Bogota D.E: Ministerio de Salud y Proteccion Social.
- Gómez, R. (25 de Julio de 2004). *Evolución científica y metodológica de la Economía*. Obtenido de GÓMEZ LÓPEZ, Roberto. (2004). *Evolución científica y metodológica de la Economía*. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/libreria/>: GÓMEZ LÓPEZ, Roberto. (2004). *Evolución científica y metodológica de la Economía*. Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/libreria/>
- Gonzalez R, J. L. (2011). *La Administracion del Sistema de Salud. Dinero*, <https://www.dinero.com/negocios/articulo/la-administracion-del-sistema-salud/131168>.

- Hernandez I, A. (2001). Calidad de los Servicios de Salud en America Latina y El Caribe. *Revista de Enfermeria Cubana*, 1,2.
- Jaime V, B. (2012). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de bdigital.unal.edu.co/7601/1/599403.2012.pdf
- Jeduca. (2016). *Iconteq*. Obtenido de <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Paginas/His.aspx>
- Kerguelon B, C. A. (2018). Calidad en salud en Colombia Los principios. *Calidad de la Salud en Colombia*, 18,19.
- Linais A, A. (2012). *Evaluacion de la Calidad de la atencion en Salud, un primer paso para la reforma del Sistema*. Obtenido de <http://redalyc.uaemex.mx>
- Miranda R. (2008). *Ministerio de la Salud y Proteccion Social*. Obtenido de [hptt//: MINSALUD](http://MINSALUD)
- Nicolas, P. G. (2016). *Ministerio de la salud y a Proteccio Social*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Estudio%20sobre%20el%20modo%20de%20gestionar%20la%20salud%20en%20Colombia.pdf>
- Novaes H, N. D. (2006). *SCIELOSP*. Obtenido de http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892000000600019&script=sci_abstract&tlng=pt. Consultado Febrero de 2012
- Osorio A, J. (2005). *Integracion del sistema de calidad en la salud*. Obtenido de <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/142/1/IntegracionSistemasGestionDeCalidad.pdf>
- Ross A, J. (2012). *La Calidad y la reforma del sector de la salud en America Latina*. Obtenido de <http://www.scielosp.org>

- Ruiz Gomez, F. (2014). “*Debemos apalancar los hospitales públicos hacia la acreditación en calidad*”: *ViceSalud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Debemos-apalancar-los-hospitales-publicos-hacia-la-acreditacion-en-calidad.aspx>
- Saenz L. (2001). *Modernización del Sistema de Hospitalario en Colombia*. Obtenido de <http://MINSALUD>
- Servicios financieros*. (s.f.). Obtenido de https://es.wikipedia.org/wiki/Servicios_financieros
- Social, M. d. (2006). *Manuales de Estandares del sistema Unico de Acreditacion*. Bogota, Distrito Especial: Ministerio de La Proteccion Social.
- Social, M. d. (2006). *Manuales de Estandares del sistema Unico de de Acreditacion*. Bogota, Distrito Especial: Ministerio de la Salud y Proteccion Social.
- Social, M. d. (2006). *Resolucion Numero 1445*. Bogota, Distrito Especial: Ministerio de la Salud y la Proteccion Social.
- Tono R, T. (2007). *Programa de Apoyo a la Reforma de Salud*. Bogota D.C: Ministerio de la Salud y la Proteccion Social.
- Tunjo L, M. L. (2012). Desarrollo de procesos de acreditacion en paises de Latinoamerica. Obtenido de <http://bdigital.unal.edu.co/7601/1/599403.2012.pdf>
- Uribe R, J. P. (2006). *Manuales de Estandares del Sistema Unico de Acreditacion*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Manual-Estandares-acreditacion-instituciones-salud-habilitacion-Rehabilitacion.pdf>

Anexos

Anexo A. Marco Legal

NORMA	PROPÓSITO
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral se dictan otras disposiciones. Ley estatutaria.
Ley 715 de 2001	Ley Orgánica del Sistema de Salud Colombia
Decreto 1011 de 2006	Se establece el SOGC
Resolución 1043 de 2006	Por el cual se establece procesos de Habilitación y acreditación
Resolución 1445 de 2006	Proceso de acreditación para Empresas Prestadoras de Servicios de salud
Resolución 1446 de 2006	Por el cual se define el Sistema de Información de Calidad
Guía Preparación 2007	Guía práctica de preparación para la acreditación de entidades prestadoras de servicio de salud en Colombia
Resolución 3960 de 2008	Por la cual se modifica la Resolución 1445, con el cual se adiciona el Manual Estándar de acreditación en Salud
Resolución 0123 de 2012	Regulación sobre Manual de acreditación en salud ambulatoria y hospitalaria
Decreto 0903 de 2014	Decreto por el cual se establece el Sistema Único de acreditación en salud
Resolución 2082 de 2014	Por el cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de acreditación en Salud
NORMA	PROPÓSITO
Resolución 2427 de 2014	Por el cual se inscribe una entidad en el registro especial de acreditación en salud
Decreto 903 de 2014	Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de acreditación.
Paquete Instruccionales 2015	Paquete instruccional de seguridad del paciente Yips
Resolución 0256 de 2016	Información que regula el sistema de Calidad en Servicios de Salud.
Resolución 6055 de 2016	Por el cual se determina la integración y funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de acreditación en Salud en Colombia.
Decreto 780 de 2016	Por el cual se inscribe una entidad en el registro especial de acreditación en salud
Resolución 346 de 2018	Por el cual se inscribe una entidad en el registro especial de acreditación en salud
Resolución 5095 de 2018	Por el cual se adopta el Manual de acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia.
Manual de acreditación 2018	Manual sobre acreditación en salud ambiente y hospitalización
NORMA	PROPÓSITO
Decreto 056 de 1975	Por el cual se sustituye el Decreto-ley 654 de 1974 y se dictan otras disposiciones.
Decreto 694 de 1975	La carrera administrativa en los diversos niveles del Servicio Nacional de Salud, subsector oficial.

Ley 10 de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de del Servicio Nacional de Salud, subsector oficial.
Ley 60 de 1993	Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con 'los artículos 151 y 288 de la Constitución Política 'y se distribuyen recursos según los artículos 356
Decreto Ley 1298 de 1994	Por el cual se expide el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Decreto 1770 de 1994	Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 13, 14 y 16 de la Ley 60 de 1993, en relación con la certificación de requisitos para la administración autónoma del Situado Fiscal para salud por parte de los departamentos, distritos y municipios, sus procedimientos y formalidades.
Decreto 1876 de 1994	El Decreto de 1994 Por el cual se reglamentan los artículos 96o, 97º y 98o del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado.
Decreto 2193 de 1994	Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 42 de la Ley 715 de 2001 y 17 de la Ley 812 de 2003. es competencia de la Nación definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como divulgar sus resultados, con la Participación de las entidades territoriales.
Acuerdo 17 de 1997	Por el cual se transforman los establecimientos públicos Distritales prestadores de servicios de salud como Empresa social del estado, se crea la empresa social del Estado la candelaria y se dictan otras disposiciones.
Decreto 2753 de 1997	Por el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros
Decreto 1703 de 2002	Por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Decreto 2309 de 2002	Las disposiciones del presente Decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales,
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y 'se dictan otras disposiciones

