

## **Información Importante**

La Universidad Santo Tomás, informa que los autores han autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea del CRAI-Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la CRAI-Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

**Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-Biblioteca  
Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**Informe de Gira Académica**

**Proceso de Habilitación de la Empresa Social del Estado del Municipio de Rionegro**

**(Santander)**

**Wilson Yezid Orostegui Jaimes, Yolanda Parada Gómez**

**Tutor**

**Jorge Alberto Castro Hernández**

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**Facultad de Economía**

**Especialización en Gerencia de Instituciones de Seguridad Social en Salud**

**2017**

## Contenido

	Pág.
Introducción .....	6
1. El Hospital San Antonio de Rionegro (Santander) .....	8
1.1 Historia .....	8
1.2 Misión.....	9
1.3 Visión .....	9
1.4 Principios corporativos.....	10
1.4.1 Honestidad .....	10
1.4.2 Respeto .....	10
1.4.3 Servicio.....	10
1.5 Valores corporativos .....	10
1.5.1 Responsabilidad.....	11
1.5.2 Trabajo en equipo .....	11
1.5.3 Amabilidad .....	11
1.6 Estructura Orgánica.....	11
1.7 Productos y/o servicios.....	12
2. El proceso de habilitación de la ESE del municipio de Rionegro (Santander).....	14
2.1 Diseño y preparación del proceso de habilitación (fase 1).....	14
2.1.1 Capacidad técnico-administrativa.....	15
2.1.2 Sostenibilidad financiera y patrimonial .....	15
2.1.3 Capacidad tecnológica y científica .....	16

---

2.2 Desarrollo del proceso (fase 2).....	16
2.2.1 Estándar Uno .....	17
2.2.2. Estándar Dos.....	19
2.2.3 Estándar Tres .....	22
2.2.4 Estándar Cuatro .....	23
2.2.5 Estándar Cinco.....	24
2.2.6 Estándar Seis .....	26
2.2.7 Estándar Siete .....	26
2.3 Procesos de auditoria.....	27
2.3.1 Auditoria Interna.....	27
2.3.2 Auditoria Externa .....	28
3. Lecciones aprendidas y Recomendaciones .....	28
3.1 Lecciones aprendidas .....	28
3.2 Recomendaciones.....	30
Referencias Bibliográficas .....	32
Apéndices.....	33
Apéndice A.....	33

**Lista de Tablas**

	Pág.
Tabla 1. <i>Productos y/o servicios</i> .....	13
Tabla 2. <i>Diez principales causas de consulta externa</i> .....	24
Tabla 3. <i>Diez Principales causas de Atención de Urgencias:</i> .....	24
Tabla 4. <i>Diez principales causas de Hospitalización</i> .....	25

**Lista de Figuras**

	Pág.
<i>Figura 1.</i> Estructura orgánica. ....	12

## Introducción

Dado el constante cambio y los nuevos requerimientos que surgen día a día a nivel mundial en la prestación de los servicios de salud, el Gobierno Nacional de Colombia ha ido renovando la normatividad respecto al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud, que fue establecido en el país a partir del decreto 1011 del 2006 y contempla cuatro componentes: El Sistema de Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación, el Sistema de Información para la Calidad y la Auditoría para el mejoramiento de la Calidad.

Con relación al primer componente, se puede indicar que el Sistema de Único de Habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), (Uribe, 2006, pp6)

Resulta importante indicar que de acuerdo al Sistema Único de Habilitación para prestadores y EPSS, ningún hospital, centro de salud o clínica puede prestar sus servicios si no ha cumplido con este requisito. El proceso de habilitación es obligatorio y todas las instituciones prestadoras del servicio de salud deben realizar dicho proceso.

En este contexto, la ESE San Antonio de Rionegro (Santander) inició su proceso de habilitación a partir del segundo semestre del año 2006 posterior a una reunión previa de la Gerencia y la Junta Directiva, en conjunto con las áreas financiera, contable y de calidad donde

se analizó el decreto 1011 del 2006 y se evaluó la manera y la viabilidad para darle cumplimiento a lo establecido en la norma. A partir de su primera acreditación recibida el 07 de noviembre de 2006, la ESE San Antonio de Rionegro ha realizado de manera responsable el debido proceso de habilitación.

Ahora bien, pese a la enorme experiencia adquirida, la ESE San Antonio de Rionegro adolece de una sistematización de su proceso de habilitación. Por tal motivo, el presente informe pretende documentar los factores determinantes del proceso de habilitación del Hospital San Antonio de Rionegro (Santander) y la importancia que tiene para este tipo de instituciones estar habilitadas al ser un marco de referencia para otras instituciones en el cumplimiento de la norma y permanencia en el sistema de salud.

La información usada para la realización de este estudio de caso se recopiló a partir de fuentes primarias y secundarias como documentos institucionales y la realización de entrevistas semi-estructuradas a funcionarios del área administrativa y de calidad.

Este trabajo contiene 3 partes: En la primera se hace una presentación general de la ESE San Antonio de Rionegro (Santander). En la segunda, se describe el proceso de habilitación de la institución, iniciando con la preparación y diseño del proceso, seguido del desarrollo del mismo y finalizando con los procesos de auditoría. Por último, se mencionan las lecciones aprendidas y recomendaciones.



## **1. El Hospital San Antonio de Rionegro (Santander)**

### **1.1 Historia**

El Hospital San Antonio de Rionegro (Santander), fue creado el 1 de octubre de 1885 ante la necesidad de un centro hospitalario que brindara atención médica y asistencial a las personas de la región y a los viajeros que presentaban enfermedades tropicales entre ellas la fiebre amarilla, generando grandes problemas de salud pública en esta región. El hospital inicio su funcionamiento en una vivienda ubicada en el centro del municipio. Posteriormente, en el año de 1888, tras grandes problemas de salud pública, como consecuencia del aumento de las enfermedades tropicales, fray Juan Antonio Nepomuceno Ramos, decidió comprar una finca ubicada a la salida del pueblo, conocida como la Meseta, que transformó y adecuó como un hospedaje para los enfermos. Con ello, creó el primer centro de atención médica de la región. Con el transcurrir el tiempo Fray Juan Ramos fue mejorando las instalaciones e hizo una plaza-parque al frente de una capilla, colocando sobre ella la imagen de San Antonio de Padua.

En el año de 1962 el Senador de la República Carlos Lleras Restrepo, dirigió un aporte oficial por un millón de pesos, invertido en la reconstrucción total del centro hospitalario, quedando con modernas y funcionales instalaciones, reconocida como una de las mejores del departamento de Santander.

A partir de 1964 el hospital fue dirigido por un grupo de hermanas Terciarias Capuchinas, con positivos logros, quienes dejaron perenne legado por sus enseñanzas y demostraciones de bondad y servicio a las gentes.

El Hospital San Antonio de Rionegro (Santander) fue transformado de hospital de caridad a E.S.E. mediante acuerdo del Concejo Municipal No. 021 el 9 diciembre de 1994, de conformidad

con el decreto 1298 de 1994. La E.S.E. Hospital San Antonio de Rionegro (Santander). Actualmente, es una Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS de naturaleza pública y orden municipal, descentralizada, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente, vinculada al ministerio de la protección social, certificado como descentralizado en salud mediante el Decreto 0417 del 8 de diciembre de 1996 expedido por la Gobernación de Santander, para garantizar la atención en salud a la población del primer nivel de complejidad (Moreno, 2012).

## **1.2 Misión**

La Empresa Social del Estado San Antonio de Rionegro (Santander) es una entidad que ofrece servicios de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y servicios asistenciales integrales de primer nivel de atención, para satisfacer las necesidades de la población del municipio de Rionegro (Santander) y su área de influencia, con talento humano calificado y comprometido. (Montoya, 2017)

## **1.3 Visión**

En el año 2023, la Empresa Social del Estado San Antonio de Rionegro (Santander) será una institución reconocida a nivel departamental por su liderazgo en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, garantizando una prestación de servicios segura, oportuna, humanizada, socialmente responsable y financieramente viable (Montoya, 2017).

## **1.4 Principios corporativos**

Los principios corporativos de la Empresa Social del Estado San Antonio de Rionegro (Santander), que rigen el comportamiento y las acciones institucionales son:

### **1.4.1 Honestidad**

Que implica actuar de forma recta, honrada y veraz desempeñando la labor en forma responsable y conservando los recursos institucionales.

### **1.4.2 Respeto**

Garantizar el respeto por la vida y la salud; la dignidad humana y las características individuales de los clientes internos externos

### **1.4.3 Servicio**

Prestar servicios de salud primer nivel integrales como calidad y calidez centrada en las necesidades de los usuarios.

## **1.5 Valores corporativos**

Los valores corporativos de la Empresa Social del Estado San Antonio de Rionegro (Santander) son elemento que identifican y caracterizan a los clientes internos y a la institución ante la comunidad en general. Dichos valores son:

### **1.5.1 Responsabilidad**

Cumplir con los objetivos y deberes institucionales para responder en forma oportuna y eficaz a las necesidades en salud a la comunidad Rionegrana.

### **1.5.2 Trabajo en equipo**

Compartir conocimientos, experiencias y esfuerzos para aportar lo mejor de cada uno y conseguir los objetivos de la ESE San Antonio de Rionegro.

### **1.5.3 Amabilidad**

Desarrollar una cultura institucional basada en el buen trato dentro de un ambiente de cordialidad, respeto, solidaridad y tolerancia; elementos que identifican y caracterizan a los clientes internos y a la institución ante la comunidad en general (Montoya, 2017).

## **1.6 Estructura Orgánica**

La Empresa del Estado Social de Estado San Antonio de Rionegro (Santander) cuenta con una estructura orgánica definida de la siguiente manera (ver gráfica 1):

Una Junta Directiva, encabezada por el señor Alcalde como Presidente, el Secretario de Salud Municipal, Un representante Comité Científico, un representante de los empleados y un representante de la comunidad.

La Gerencia incluye al gerente y a los asesores jurídicos y contables.

Las dos áreas funcionales de la empresa son:

- El área administrativa constituida por un subdirector administrativo (Jefe de personal), los técnicos administrativos, los técnicos del área salud, los auxiliares administrativos, los auxiliares servicios generales, los celadores y los conductores.
- El área operativa misional compuesta por médicos generales y rurales del S.S.O, enfermeros profesionales y del S.S.O., profesionales en el área de la salud, técnicos y auxiliares del área de la salud.

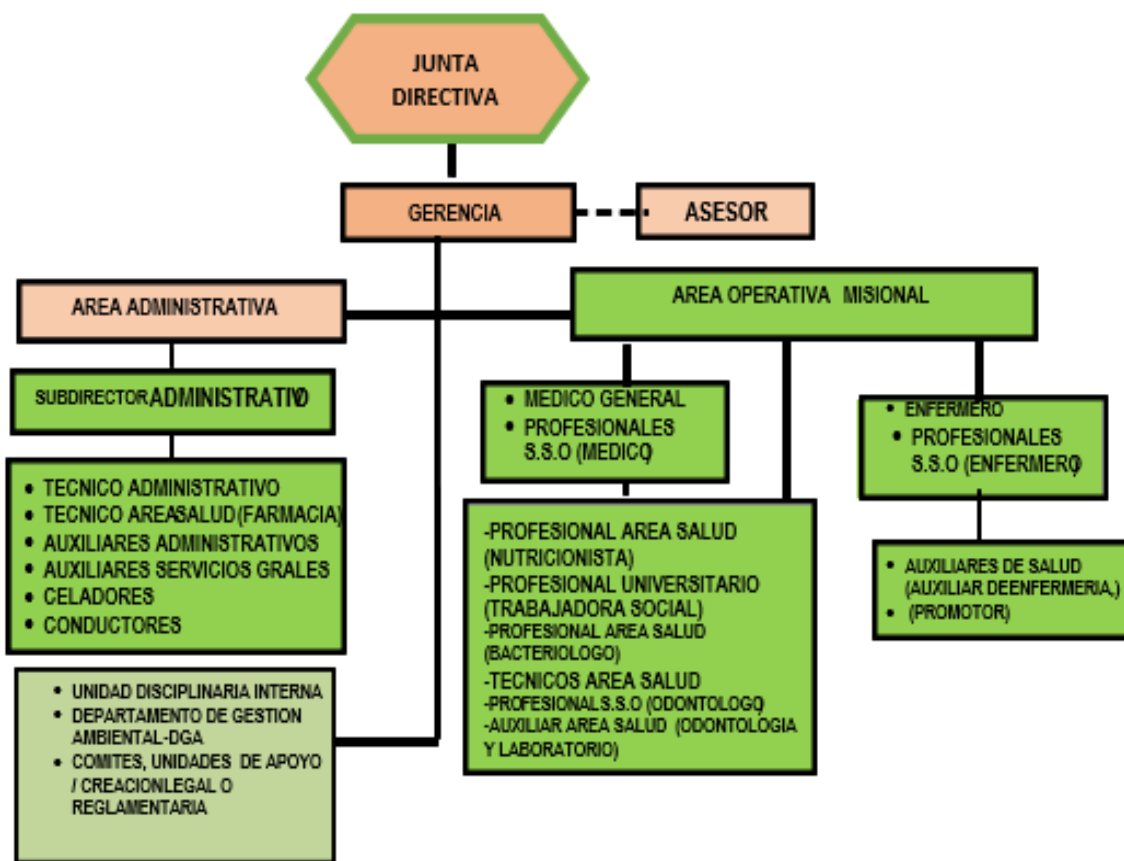


Figura 1. Estructura orgánica.  
Fuente: PAMEC ESE San Antonio 2015

### 1.7 Productos y/o servicios

La ESE San Antonio ofrece a sus usuarios los servicios del Primer Nivel de Atención de baja complejidad en el Municipio de Rionegro relacionados a continuación:

Tabla 1. *Productos y/o servicios*

<b>AREA</b>	<b>SERVICIOS</b>	<b>PRODUCTOS</b>
<b>ATENCIÓN AMBULATORIA</b>	Consulta Paramédica	-Consulta de Enfermería -Control de Enfermería
	Consulta Médica	-Consulta Médica General -Control por Médico General
	Atención odontológica	-Acción preventiva odontológica (Educación, motivación, prevención, examen Clínico Odontológico, control de placa, Fluorización). -Consulta Odontológica.
	Consulta de Trabajo Social	-Consulta individual -Consulta Grupal -Visita domiciliaria
	Consulta Nutricional	-Consulta individual -Consulta grupal
<b>SERVICIO DE URGENCIAS</b>	Atención médica de urgencias	-Triage -Consulta medicina general de urgencias - Observación
	Atención de Enfermería	-Aplicación de medicamentos. -Sala ERA -Sala EDA
<b>SERVICIO DE INTERNACION</b>	Hospitalización:	-General Adultos -General pediátrica -Obstetricia
	Derecho sala de parto.	-Atención del parto -Atención al Recién Nacido
<b>ATENCIÓN Y APOYO A PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA</b>	Atención a Programas de Salud Pública Nacional y Departamental	-Atención a la gestante. -Atención al menor de 1 año -Atención y apoyo a programas de vigilancia epidemiológica.
<b>SERVICIO DE APOYO A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES</b>	Servicio farmacéutico.	Despacho de fórmulas médicas
	Laboratorio clínico	Toma de muestras Procesamiento de Muestras Entrega de reportes de laboratorio
	Toma de Electrocardiograma	EKG
	Referencia y contra referencia	transporte de atención básica

Fuente: PAMEC Ese San Antonio 2015

## **2. El proceso de habilitación de la ESE del municipio de Rionegro (Santander)**

### **2.1 Diseño y preparación del proceso de habilitación (fase 1)**

Para la ESE del municipio de Rionegro, la principal motivación que impulsó el proceso de habilitación, radicó en el cumplimiento de la normatividad impartida por el Estado colombiano.

Conviene indicar que la institución fue inscrita ante el Ministerio de protección Social desde el 15 de Abril del 2003. Posteriormente, con a la expedición del decreto 1011 de Abril del 2006 y con la participación de los profesionales como líderes de cada proceso se inició el mismo año el proceso de habilitación de la entidad de forma paulatina, y ante la Secretaria de salud Departamental se radicó el formulario de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) de Santander con su respectivo portafolio de servicios con fecha de radicación 07 de Noviembre de 2006 y código del prestador principal: 68- 00733 y de la sede: 68 615.

El proceso de habilitación de la Institución se inicia porque dentro de las responsabilidades del estado colombiano se encuentran la organización, dirección y reglamentación de servicios de salud, proteger la vida, el derecho a la seguridad social y la salud de todas las personas a cargo en todo el territorio. Además, es un deber legal controlar la calidad de los servicios de salud. Para dar soporte, se reglamentó el Sistema Único de Habilitación, para integrar todos los conceptos de registros de la IPS, la autoevaluación y la declaración de los estándares (en ultimas lo que constituyó el sistema), la autorización a todos los prestadores para que hicieran parte de la oferta de servicios de salud en el SGSSS. La base conceptual del sistema obligatorio de la calidad inicia con decreto 1011 de 2006, las resoluciones 1043, 1443, 1448, 1445, 3763, se

reglamenta el sistema único de habilitación, los planes auditoria para mejoramiento calidad PAMEC. (Alvernia Vergel, 2017)

En este contexto, la junta directiva, la gerencia y las áreas financiera, contable y de calidad de la institución decidieron iniciar el proceso de habilitación de la ESE de Rionegro, como consta en el acta # 005 de fecha junio 21 de 2006. A partir de esta decisión, la Junta Directiva realiza una valoración de los tres criterios o condiciones de capacidad exigidos por la norma para iniciar el proceso.

### **2.1.1 Capacidad técnico-administrativa**

Se evaluaron los requisitos según la normatividad vigente con respecto a la existencia y representación legal de las instituciones públicas y la existencia de un sistema contable, evidenciando que en su momento se cumplía con cada uno de ellos.

### **2.1.2 Sostenibilidad financiera y patrimonial**

El comportamiento económico y financiero de la institución siempre se ha mantenido desde el año 2005 en el punto de equilibrio en relación a sus ingresos por venta de servicios frente a los costos de producción, reflejados por un superávit en sus estados financieros, manteniendo suficiencia patrimonial y cumpliendo con las obligaciones comerciales y laborales.

La ESE San Antonio de Rionegro - Santander desde el año 2005 y en la actualidad ha mantenido un equilibrio financiero gracias a la gestión realizada por cada uno de los Gerentes que han pasado por la Institución y por los Gobernantes que siempre se han preocupado por la salud de los Rionegranos y en fortalecer la única IPS pública que tiene el municipio. (Alvernia Vergel, 2017)



### **2.1.3 Capacidad tecnológica y científica**

De acuerdo a la norma, las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud, corresponden a los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Se realizó una autoevaluación en cada uno de los servicios aplicando una lista de chequeo para cada uno de los estándares (talento humano, infraestructura, dotación y mantenimiento, medicamentos, dispositivos médicos e insumos, procesos prioritarios asistenciales, historias clínicas y registros e interdependencia de servicios). Se revisaba que teníamos, que cumplíamos y que no cumplíamos. (Alvernia Vergel, 2017)

Durante el proceso de autoevaluación de los estándares se pudo evidenciar que había muchas falencias, en especial en los temas de talento humano, infraestructura, dispositivos e insumos médicos, procesos prioritarios y asistenciales e historias clínicas y registros.

Concluida la valoración de las condiciones básicas para dar inicio al proceso de habilitación, se coloca en marcha la fase dos del proceso, que consiste en la autoevaluación de la institución de acuerdo a los estándares solicitados.

## **2.2 Desarrollo del proceso (fase 2)**

La fase dos del proceso se inició analizando la situación de la institución en su momento a partir de la autoevaluación de cada estándar en cada servicio o área.

Se inició con el gerente del momento y con los profesionales que estaban. Se hacia la autoevaluación de cada uno servicios y lo que no cumplíamos lo íbamos realizando poco a poco. Durante ese proceso se presentaron hallazgos y oportunidades de mejora y nos dimos cuenta con la lista de chequeo que nos faltaba muchos procesos por mejorar por

montar y se fueron haciendo paulatinamente. En cuanto a los costos los mismos profesionales de la ESE lograron hacer un equipo de trabajo, nombrar líderes en cada uno de los procesos y trabajar conforme a ello... Se necesitaban recursos para realizar los arreglos locativos de la infraestructura de la Institución, adquirir algunos equipos, reactivos, sistemas de comunicación... La financiación del proceso se realizó con recursos propios de la institución, con recursos de la Gobernación, del ente territorial, con recursos de saldos de cuenta maestra del Régimen Subsidiado, donaciones de Gobernación. (Alvernia Vergel, 2017)

Año tras año, se han ido realizando, las actualizaciones y las renovaciones en el formulario REPS cada vez que se presentan novedades especialmente las que tienen que ver con visitas de verificación, autoevaluaciones y cambios de gerentes llevadas a cabo en las siguientes fechas: el 21 diciembre del 2006, el 9 septiembre de 2009, el 7 de Noviembre del 2010, 28 de enero del 2016, 15 julio de 2016 y la última constancia de habilitación de fecha 30 de enero de 2017 como consta en los registros que reposan en el archivo de la institución.

El esquema de trabajo empleado por la ESE de Rionegro para llevar a cabo el proceso continuo de autoevaluación, correspondió a los estándares indicados en la norma. La sistematización de las actividades, logros y dificultades de dicho proceso se presentan a continuación, siguiente el esquema de estándares contemplados en la normatividad.

### **2.2.1 Estándar Uno**

La autoevaluación la inició el jefe de cada área junto con el jefe de personal el cual se encargó de hacer la verificación y aplicación de la lista de chequeo en lo relacionado con talento humano. Se verificaron las hojas de vida actualizadas con sus respectivos anexos de los diplomas de

profesionales, técnicos y tecnólogos, conductores de ambulancia. De igual forma, se constató la resolución de autorización para ejercer la profesión en el departamento, el manual de selección del personal, la verificación de los títulos en las instituciones educativas, el horario del servicio, los contratos y las pólizas de responsabilidad civil y todo riesgo. El punto primordial de la verificación consistió en constatar la certificación de la formación académica y de las competencias del personal requerido y en cada área de servicio y la constancia de la capacidad instalada.

La Gerencia organizó la capacitación del personal para concientizarlo sobre la adaptación al cambio, el mejoramiento continuo y el cumplimiento de los requisitos exigidos por la normatividad vigente. Dicha capacitación se realizó por medio de un personal calificado y capacitado, a través de actividades educativas y recreativas y talleres de salud ocupacional dirigidos por jefe de cada dependencia, jefe de calidad, control interno, terapeuta ocupacional y profesionales de ARL Colmena y Caja de Compensación Familiar Comfenalco.

Como resultado de lo anterior, se implementaron nuevos procedimientos de trabajo para crear nuevos valores, actitudes y comportamientos, de tal forma que los miembros de la Institución involucrados en cada proceso se organizaran, motivaran y tomaran conciencia de las tareas ejecutadas. Para alcanzar los objetivos propuestos, por medio de mecanismos de retroalimentación se posibilitó el seguimiento.

En cuanto a la reubicación y actualización del personal, se recalcó la necesidad del cambio a todos los integrantes del equipo para que lo acepten. Teniendo en cuenta que existen muchos factores como costumbres, hábitos y modelos que afectan la forma de alimentarse, vestirse, de trabajar, de establecer relaciones con los demás, con prudencia se fue induciendo en cada una de las capacitaciones dictadas la necesidad de adaptarse a los nuevos contextos, dada la resistencia

al cambio que posee el trabajador. Lo anterior requirió de un lenguaje sutil para evitar que los trabajadores se sintieran perseguidos o lo tomaran como acoso laboral.

En los servicios de consulta externa, promoción y prevención, urgencias, hospitalización y salas de partos, se evidenció la necesidad de capacitar al personal existente (auxiliares de enfermería) y de contratar nuevos profesionales idóneos (enfermeras profesionales, bacteriólogo, médicos, tecnólogo en rayos x, regente en farmacia) debidamente verificados, para la atención del servicio de acuerdo al número de usuarios atendidos y para cumplir con los requerimientos normativos.

### **2.2.2. Estándar Dos**

Se llevó a cabo la aplicación de la lista de chequeo para el cumplimiento del estándar de infraestructura, que conlleva aspectos como la licencia de construcción aprobada para el uso de salud, los planos arquitectónico de la IPS, la señalización las áreas de cada uno de los servicios, las condiciones de acceso, la movilidad de camillas, las normas de bioseguridad, el plan de emergencia y desastres, los planes mantenimiento de la planta física, los planes de mantenimiento de equipos, las instalaciones eléctricas con su respectivo certificado de Retie, la constancia de sismo resistencia.

De acuerdo con los resultados, se realizaron las adecuaciones pertinentes en la planta física para cumplir con los requisitos exigidos por la norma en cada uno los servicios de la institución. La adecuación de las instalaciones se realizó gradualmente teniendo en cuenta que por tratarse de una edificación antigua se acondicionó la estructura de cada servicio realizando gestión de recursos y la asignación de rubro presupuestal para la infraestructura y mantenimiento de cada una de áreas locativas.

Este proceso tuvo muchos contratiempos porque se modificaron, trasladaron, acondicionaron y construyeron modernas instalaciones de acuerdo con cada estándar para darle cumplimiento a la norma, por lo que se tuvo que reformar gran parte del hospital y para ello se necesitó disponibilidad de recursos humanos y económicos con los cuales no se contaban en el momento y fueron asignados poco a poco. El acondicionamiento de la infraestructura que lo requería se inició con la búsqueda de los requisitos iniciales como levantamiento de planos arquitectónicos, licencias de construcción, uso de suelo entre otros.

Para montar los proyectos y radicarlos en las diferentes dependencias, luego de ser aprobados, se realizó el proceso de contratación de las obras para iniciar con las construcciones requeridas. Las adecuaciones realizadas fueron las siguientes: en la parte del ingreso a la institución se construyó la rampa de acceso y el portón de urgencias; en la parte de consulta externa los consultorios médicos, el consultorio de atención maternas, el consultorio atención crecimiento y desarrollo, el cuarto de red de frio para la almacenar las vacunas, el área de terapias, consultorio de odontología, el área de farmacia, el área laboratorio y toma de muestras, el área sala de espera, los baños.

De igual forma se hizo la reubicación y construcción de una moderna edificación de los servicios de urgencias, sala de partos y rayos X. En la parte de hospitalización la adecuación de los cuartos de hombres, mujeres y pediatría con baños en los cuartos, estación de enfermería, cuarto de elementos de aseo, dada la no funcionalidad de los espacios por estar construidos con las paredes enchapadas, pisos con superficies lisas y cóncavas, los cuales, según la autoevaluación practicada y la visita por parte del ente de control, no cumplían con la norma.

De igual forma, se llevó a cabo la reubicación y construcción del cuarto de almacenamiento de los desechos debidamente adaptado y señalizado. En la parte Administrativa se adecuaron

las oficinas de Gerencia y de los respectivos procesos administrativos del talento humano, contables, financieros, jurídicos, de facturación, cobro de la cartera morosa, glosas, devolución de facturas entre otros.

Las últimas adecuaciones fueron financiadas con recursos que el Gerente de turno gestionó en conjunto con el alcalde del Municipio ante la Gobernación y el Ministerio de Salud y protección Social y saldos de recurso del balance de la cuenta maestra del Régimen Subsidiado durante las vigencias 2011 al 2015. Las obras realizadas costaron setecientos dieciocho millones quinientos noventa y ocho mil ciento veinte pesos (\$718.598.120). Las obras realizadas al Centro de Salud de San Rafael se ejecutaron por parte de Ecopetrol por compromiso ante la explotación de pozos de petróleo en esta jurisdicción.

Se realizaron las adecuaciones del servicio de consulta externa en el año 2012, se acomodaron seis consultorios médicos ordenados y organizados, consultorio de nutrición y dietética, oficina atención al usuario SIAU, la sala de espera cómoda con área suficiente y unidad sanitaria por género, la oficina de admisiones, el consultorio de terapia física y respiratoria. Se ejecutaron adecuaciones locativas a la farmacia, el área de odontología con sus respectivos equipos, el laboratorio clínico y con sus respectivos equipos y estructuras según la norma, los consultorios de atención a los programas de promoción y prevención, el área del red de frio para conservación de los biológicos, y área de depósito de desechos residuos hospitalarios peligrosos y basuras debidamente cubierto para protección que cumple con la norma, área de lavandería, almacén, cocina y morgue, área de la planta eléctrica.

En el año 2012 se iniciaron las obras en las instalaciones del servicio de hospitalización para la adecuación de dos salas con capacidad de cuatro camas instaladas cada una para hombres y

dos salas para mujeres en iguales circunstancias y dos salas para pediatría con capacidad de dos camas instaladas cada una.

En el año 2013 se realizaron adecuaciones y construcción de nuevas y modernas instalaciones de acuerdo a los lineamientos de la norma en el servicio de urgencias: se construyeron sala de atención de urgencias, sala de procedimientos, sala de reanimación, una sala de hidratación niños, una sala observación niños, dos salas de observación para adultos con capacidad de dos camas instaladas en cada sala, tres consultorios atención consulta de urgencias y un puesto de admisiones.

Dentro del cumplimiento a la norma se le realizó una adecuación locativa al Centro de Salud de san Rafael. Para el año 2014, en el servicio de sala de partos se construyeron dos salas de partos dotadas de equipos para la atención del parto y atención rehabilitación al recién nacido, dos salas con capacidad de dos camas instaladas para puerperio y para el servicio de consulta externa se adecuó el área de farmacia y odontología, se adecuaron seis consultorios médicos y la sala de espera con sus respectivas unidades sanitarias.

Se construyó el área de Rayos X en el año 2015 con tres salas cómodas, sala de espera suficiente y unidad sanitaria; debidamente dotada con modernos equipos de acuerdo a la normatividad vigente.

### **2.2.3 Estándar Tres**

Se realizó la aplicación de la lista de chequeo para el cumplimiento del estándar tres referente a la dotación (lista de equipos, hojas de vida de los equipos, hoja de vida del técnico de mantenimiento, datos generales y técnico de los equipos, contrato de la empresa de mantenimiento, certificado de calibración de los equipos, permiso de comercialización y

registro sanitario, planes de mantenimiento de equipos preventivo con su respectivo cronograma). (Gaviria, 2014, p.26) Para esto se requirió de los servicios de un ingeniero biomédico que practicó el respectivo estudio, análisis y mantenimiento a los equipos existentes y la necesidad de adquisición de nuevos en cada servicio. Estos equipos se fueron adquiriendo según los requerimientos y solicitudes presentadas. Esta inversión alcanza un valor de cuatrocientos cincuenta millones de pesos (\$ 450.000.000.00) de acuerdo a la información que reposa en los archivos de la Institución.

En el servicio de ambulancia se cuenta con dos ambulancias debidamente habilitadas, equipadas donadas a través de la gestión realizada por los Gerentes y el Gobernador de turno; los conductores cumplen con los requisitos exigidos por la normatividad vigente. También se adquirió una camioneta Chevrolet donada en el 2012 por la gobernación, la cual cuenta con gran capacidad y debidamente dotada para realizar las actividades extramurales.

#### **2.2.4 Estándar Cuatro**

En la aplicación del estándar cuatro correspondiente a medicamentos, dispositivos médicos e insumos se llevó a cabo la verificación en el almacén y en la farmacia de listado de medicamentos (formula farmacéutica, principio activo, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento, presentación comercial). En el listado de dispositivos, se definieron y documentaron los manuales de fármaco vigilancia y tecno vigilancia para las especificaciones técnicas de transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de cadena de frío, control de fechas de vencimiento, mediciones de temperatura y humedad con termo hidrómetro, (Gaviria, 2014, p. 27) que fueron adquiridos e instalados en los servicios de las dependencias de almacén, farmacia, vacunación y laboratorio donde tiene aplicación este estándar.



### 2.2.5 Estándar Cinco

Con respecto al estándar de procesos prioritarios, se aplicó para los servicios asistenciales las guías de práctica clínica y los protocolos para las patologías en cada servicio indicando el origen de la misma. Los médicos aportaron los protocolos relacionados con la consulta externa y sus patologías (10 principales causas consulta externa), la atención del servicio de urgencias y sus patologías (10 principales causas de urgencias) y el servicio de hospitalización con sus (10 principales causas de hospitalización).

Tabla 2. *Diez principales causas de consulta externa*

<b>Orden</b>	<b>Descripción o Diagnóstico</b>
1	Hipertensión esencial (primaria)
2	Infección vías urinarias, sitio no específico
3	Parasitosis intestinal sin otra especificación
4	Hipoglicemia no específica
5	Diabetes mellitus, no insulino dependientes sin mención de complicaciones
6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
7	Rinofaringitis aguda (resfriado común)
8	Dolor en articulación
9	Lumbago no específico
10	Vaginitis aguda

Datos obtenidos de documentos estadísticos de la Institución.

Tabla 3. *Diez Principales causas de Atención de Urgencias:*

<b>Orden</b>	<b>Descripción o Diagnóstico</b>
1	Infección vías urinarias, sitio no específico
2	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
3	Asma, no especificada
4	Herida dedo (s) de la mano sin daño la (s) uña (s)
5	Herida de la cabeza, parte no específica
6	Infección viral, no especificada
7	Cólico renal, no específico
8	Heridas de otras partes del pie
9	Apendicitis aguda, no especificada
10	Heridas de otras partes de la cabeza

Datos obtenidos de documentos estadísticos de la Institución.

Tabla 4. *Diez principales causas de Hospitalización*

Orden	Descripción o Diagnostico
1	Infección vías urinarias, sitio no específico
2	Fiebres del dengue (clásico, hemorrágico)
3	Enfermedad pulmonar obstructiva, no especificada
4	Hipertensión esencial (primaria)
5	Asma, no específica
6	Diabetes mellitus, no insulino dependientes sin mención de complicaciones
7	Venas varicosas en miembros inferiores con úlceras e inflamación
8	Infección local de la piel y del tejido subcutáneo no especificado
9	Tumor comportamiento incierto o desconocido en la vejiga
10	Tumor maligno, parte no especificada

Datos obtenidos de documentos estadísticos de la Institución.

De igual manera, el bacteriólogo aportó los protocolos de los procesos y procedimientos de laboratorio clínico, el profesional de odontología elaboró los protocolos de los procesos y procedimientos de odontología y los profesionales de enfermería el montaje de todos los protocolos que tiene que ver con el ejercicio de enfermería en cada uno de los servicios asistenciales: urgencias, ginecología, hospitalización, promoción y prevención.

Se realizaron actividades de socialización de los procesos y procedimientos de las guías y protocolos y posterior se crearon los comités para efectuar las autoevaluaciones y seguimientos en cada uno de los servicios. Así mismo, se crearon e implementaron los manuales de: atención al usuario, el modelo de atención, políticas de seguridad del paciente y seguimiento del riesgo, bioseguridad y gestión integral de residuos y uso de dispositivos; Además se implementó el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) junto con la evaluación y seguimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

### **2.2.6 Estándar Seis**

Para el estándar de las Historias Clínicas y registros, desde el año 2006 se inició la implementación de los sistemas informáticos con la compra e instalación de equipos de cómputo los cuales se fueron adquiriendo año tras año y así mismo el software que contenía el programa de historias clínicas digitales de acuerdo a los requerimientos de la normatividad vigente donde se registra la información del usuario, resultados de laboratorios, registro de entradas y salidas, registro de las actividades de promoción y prevención, las notas médicas, las notas de enfermería, la aplicación del consentimiento informado en cada uno de los procesos y procedimientos realizados en los servicios de urgencias, laboratorio clínico, odontología, hospitalización y sala de partos (donde se le explica al usuario el procedimiento a realizar junto con los beneficios y riesgos) y en la parte administrativa lo relacionado con el sistema contable y financiero, el presupuesto, facturación, cartera y nómina. Además, se implementó la gestión documental para todo el archivo de la institución.

### **2.2.7 Estándar Siete**

Con respecto al Estándar de Interdependencia de Servicios, los servicios de alimentación, celaduría, manejo de residuos sólidos, biomédicos y el mantenimiento de la infraestructura y equipos siempre se ha contratado de acuerdo al manual de contratación de la institución el cual se rige de acuerdo a los principios de la ley 80 de 1993 por la modalidad de contratación directa. Año tras año se han ido realizando las autoevaluaciones a estos servicios en los cuales se mira que estén definidos los productos o servicio, los tiempos de oportunidad o inoportunidad. De acuerdo a sus resultados se han ido aplicando planes de mejora que tienen que ver con acciones

preventivas, correctivas y coyunturales. Periódicamente se realiza una revisión minuciosa de los contratos vigentes, revisando que haya claridad en lo contratado y que los procedimientos que estén bien legalizados para lo cual se cuenta con interventoría de dichos contratos por parte de un supervisor designado por la Institución y asesor en contratación.

## **2.3 Procesos de auditoria**

Se realizaron dos tipos de auditoria: la interna y la externa:

### **2.3.1 Auditoria Interna**

Las auditorías internas se practicaron en cabeza del jefe de calidad (quien desde el inicio del proceso de habilitación ha sido la misma persona y que por su conocimiento en el tema tiene la capacidad y experticia para liderar el proceso), en compañía de los jefes de cada área de servicio y con los profesionales del momento. Se realizó la autoevaluación en cada servicio sobre lo que se cumplía y lo que no se cumplía, se trabajó y se avanzó poco a poco y durante este proceso se presentaron muchos hallazgos y se verificó mediante una lista de chequeo que faltaban muchos procesos por mejorar, por crear y por ajustar a los cuales paulatinamente se les aplicó un proceso de mejora. Todo el tiempo se ha venido trabajando porque este es un proceso continuo donde se deben aplicar sobre los procedimientos que ya están funcionando listas de chequeo, aplicar indicadores y seguir con planes de mejora para que el personal haga adherencia a todos los protocolos, a todas las guías y a todos los manuales.

### **2.3.2 Auditoria Externa**

La auditoría externa se ha venido realizando por parte de la Secretaria de Salud Departamental de Santander y ha sido atendida por los pares correspondientes para evaluar y dar cumplimiento a los requerimientos explícitos, como consta en las actas firmadas por las partes como compromiso de la ESE para seguir habilitada. Como se evidencia en la visita realizada desde el día 8 al 22 de marzo de 2011 por el equipo verificador de las condiciones de habilitación, se revisaron uno a uno los servicios con sus respectivos indicadores de los cuales nace el acta con fecha del 5 de abril de 2011 donde se encuentra plasmado el informe de auditoría practicado con sus respectivos hallazgos y oportunidades de mejora encontrados en la institución para realizar cambios respectivos.

## **3. Lecciones aprendidas y Recomendaciones**

### **3.1 Lecciones aprendidas**

El proceso de habilitación y de renovación de la instrucción con la aplicación del ejercicio de la autoevaluación, el cumplimiento a la normatividad vigente y la renovación en el REPS cada cuatro años, ha generado grandes expectativas respecto al mejoramiento en la prestación de los servicios de salud por parte de los usuarios y del personal de la institución y además ha mantenido la organización dentro la Red Prestadora de Servicios de Salud.

Por tal motivo, la sistematización del proceso de habilitación de la ESE San Antonio de Rionegro (Santander), permite visualizar el cambio de la filosofía y cultura de la organización. Hubo transformaciones a nivel del tipo de liderazgo, el compartir más el conocimiento, el cambio en las relaciones interpersonales, la coordinación de las actividades en el equipo de

trabajo. Todo esto impulsa al mejoramiento continuo en cada proceso, a la prestación de un servicio con calidad, al fomento de la cultura organizacional y a la promoción y mantenimiento del bienestar de los trabajadores. Tales actividades repercuten de forma positiva en la satisfacción de los usuarios y en la mejora los resultados en salud.

En la Empresa Social del Estado San Antonio de Rionegro (Santander), se evidenció la necesidad de cambiar algunos procesos para lograr el desarrollo institucional, como el fortalecimiento del talento humano en el cual se generó conciencia a cada persona de la necesidad del cambio, de capacitarse y actualizarse para conocer más a fondo cada uno de los procesos aplicados en cada puesto de trabajo y desempeñar su labor con mayor destreza poniendo en práctica sus conocimientos y desarrollando sus habilidades.

El mayor reto para la Gerencia de una Institución es manejar la resistencia al cambio por parte del personal antiguo, lo cual exige un líder que interactúe con los empleados, que tenga las suficientes capacidades administrativas y humanas para mantener el equilibrio organizacional, sirviendo de mediador entre los subalternos y directivos, permitiendo una comunicación horizontal para mantener las mejores relaciones y un excelente clima laboral ante la implementación del cambio. De esta forma, los empleados no se sientan perseguidos o vulnerados en sus derechos, al contrario realizan sus labores motivados y trabajando en equipo para cometer el mínimo de errores y así asegurar la eficacia y efectividad operacional, buscando todo el tiempo la excelencia.

El mayor reconocimiento recibido en la Institución por cumplir con la norma radica en que la ESE se mantiene habilitada y en total funcionamiento de cada uno de los servicios ofertados, lo cual le permite ser una institución competitiva en la región y además hasta el momento se encuentra libre de requerimientos por parte de los entes de control. Por otra parte, se han

visualizado cambios positivos importantes en la organización representados en: mejoras en la infraestructura hospitalaria, dotación de equipos e insumos médicos, trabajo en equipo, mejora en la percepción de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario, reflejado en la disminución de las PQR.

Uno de los resultados del proceso de habilitación de cada uno de los servicios ofrecidos por la ESE San Antonio de Rionegro (Santander), tiene que ver con la creación e implementación de nuevas políticas en pro de la prestación del servicio de salud y de la seguridad del paciente los cuales son la columna vertebral de las instituciones de salud.

### **3.2 Recomendaciones**

El sentido de pertenencia por la institución debe nacer desde la gerencia y generar un proceso de cambio organizacional para mantenerse en el mercado, partiendo de una autoevaluación para identificar la situación actual de la institución comparándola a donde se desea llegar en este caso al cumplimiento de la norma. Es ahí donde surge la necesidad del nombramiento de un líder con suficientes habilidades, conocimientos y capacidades para dirigir el proceso de habilitación permitiendo la conformación de equipos de trabajo en conjunto, el desarrollo de la autoevaluación en cada servicio con cada jefe de área, donde cada uno aporta desde su profesión y desde su ejercicio y conocimiento.

Se recomienda concientizar al personal de la Institución sobre la importancia de estar involucrados en todo el proceso de habilitación de la organización, recalcando que la labor realizada por cada uno es vital en la búsqueda de soluciones en pro de la mejora continua y la solución eficaz de problemáticas presentadas. Por ello, se debe conformar un trabajo en equipo entre las áreas administrativas y asistenciales, reorganizando los sitios de trabajo y la mejora de

los canales de comunicación. Para tal efecto, se requiere de un líder con capacidades, habilidades y destrezas para escuchar, informar, organizar, compartir con sus colaboradores y comprometerlos para realizar las tareas y procesos con el mínimo de error, en los tiempos establecidos desde la atención primaria del usuario y con calidad.

Se deben tener buenas estrategias de liderazgo por parte de la Gerencia como: las capacitaciones del personal, la implementación de ciertos estímulos y reconocimientos a los trabajadores, los canales de comunicación de forma vertical y horizontal, las buenas relaciones interpersonales, la disposición para colaborar y tener la mente abierta y el uso de palabras y acciones claras para transmitir los mensajes dentro de la institución. Lo anterior con el fin de enfrentar las situaciones que surgen en el día a día y resolverlas de la mejor manera posible y además para mejorar notablemente la realización de las labores en cada área y puesto de trabajo, cambiar hábitos y comportamientos nocivos, renunciar al miedo a lo desconocido, eliminar el apego a lo conocido y tomar conciencia de la importancia de realizar las labores de la mejor manera posible con el mínimo de errores.

Factor primordial lo constituye la capacidad económica y financiera de la organización, pues se debe contar con un rubro y disponibilidad presupuestal porque siempre se tiene que estar mejorando la infraestructura, renovando equipos y contratando de personal calificado. Para ello, se deben gestionar los recursos ante el Ministerio de Salud y Protección Social (ente territorial departamental y municipal).



### Referencias Bibliográficas

Alvernia Vergel, Y. (2017). Coordinadora de Calidad de la ESE San Antonio de Rionegro – Santander.

Decreto 1011 (2006), *por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Título IV, Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Título VI, Sistema de Información para la Calidad.

Empresa Social del estado San Antonio. (2016). Registro especial de prestadores de servicios de salud resolución 2003 mayo 30 de 2014

Gaviria, A. Resolución 2003 (2014), *por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y habilitación de servicios de salud*.

Hospital San Antonio de Rionegro (Santander) (2011). *Autoevaluación condiciones de habilitación* según Resolución 1043 de 2006. Bucaramanga

Hospital San Antonio de Rionegro (Santander) (s.f.) Formulario de inscripción ese San Antonio de Rionegro Santander.

Moreno, M (2015), Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud, PAMEC. Ese San Antonio de Rionegro Santander

Montoya, O (2017), Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud, PAMEC. Ese San Antonio de Rionegro Santander.

Moreno, M (2012). *Plan desarrollo Institucional*. recuperado de <http://www.esesanantonio.gov.co>.

Uribe, A. (2006). *Sistema único de habilitación*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/salud/pservicios/paginas/sistema-unico de habilitacion.aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/pservicios/paginas/sistema-unico%20de%20habilitacion.aspx)

### **Apéndices**

**Apéndice A** Audio entrevista (Ver apéndice en medio digital)