

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la 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.”

Bibliotecas Bucaramanga

Universidad Santo Tomás

**Factores que interfieren en la transformación cultural en el proceso de acreditación
de la E.S.E. hospital local de Piedecuesta.**

Daniel Valderrama García, Zoraida Helena Obregón, Carlos Andrés Ramírez

**Trabajo de grado para optar el título de Especialistas en Gerencia de Instituciones de
Seguridad Social en Salud**

Directora:

Diana Astrid Buitrago Núñez

Magíster en Administración Económica y Financiera

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga

División de Ciencias Económicas, Administrativas y Contables

Facultad de Economía

2018

Tabla de Contenido

1.	Introducción.....	7
1.1	Antecedes y justificación.....	7
1.1.1	Ámbito internacional	7
1.1.2	Ámbito nacional	8
1.1.3	Ámbito regional	9
1.2	Justificación	9
2.	Objetivos.....	10
2.1	Objetivo general	10
2.2	Objetivos específicos.....	10
3.	Pregunta de investigación.....	11
4.	Metodología.....	11
4.1	Tipo de investigación.....	11
4.2	La recolección de datos es mixta: cualitativa y cuantitativa.	11
4.3	Muestra a juicio.....	11
4.4	Fuente de Información	11
4.4.1	Fuente Primarias.....	11
4.4.2	Fuentes Secundarias	12
5.	Presentación de la experiencia (caso y/o unidad de análisis).....	12
5.1	Reseña Histórica.....	13
6.	Identificación de la experiencia.....	15
7.	Situación Inicial.....	16
8.	Proceso de Intervención.....	19
8.1	Tabulación y Análisis del Instrumento.....	21
8.1.1	Datos generales (población objeto de estudio).....	22
8.2	Análisis.....	24
8.2.1	Historia y propiedad	24
8.3	Análisis	25
8.3.1	Tamaño	25
8.4	Análisis.....	27
8.4.1	Tecnología.....	27

8.5	Análisis	28
8.5.1	Metas y objetivos.....	28
8.6	Análisis	30
8.6.1	Medio.....	30
8.7	Análisis	31
8.7.1	Personal	31
9.	Situación Final.....	32
10.	Lecciones aprendidas.....	33
10.1	Aspectos Positivos:.....	34
10.2	Aspectos Negativos:	34
11.	Conclusiones.....	35
12.	Recomendaciones	36
12.1	Institución.....	36
12.2	Universidad	37
	Referencias Bibliográficas	38
	Apéndices	39
	Apéndice A. Instrumento recolector de la información	39

Lista de tablas

Tabla 1: <i>Número de líderes por proceso</i>	22
Tabla 2: <i>Clasificación por sexo de líderes de proceso</i>	22
Tabla 3: <i>Clasificación por edad de los líderes por proceso</i>	22
Tabla 4: <i>Clasificación por estado civil</i>	22
Tabla 5: <i>Clasificación por antigüedad</i>	23

Lista de figuras

<i>Figura 1: Historia y propiedad</i>	23
<i>Figura 2: Tamaño</i>	25
<i>Figura 3: Tecnología</i>	26
<i>Figura 4: Metas y objetivos</i>	28
<i>Figura 5: Medio</i>	29
<i>Figura 6: Personal</i>	31

Factores que interfieren en la transformación cultural en el proceso de acreditación de la E.S.E. hospital local de Piedecuesta.

1. Introducción

1.1 Antecedes y justificación.

1.1.1 Ámbito internacional

The International Society for Quality in Health Care. (ISQua)

ISQua es la Sociedad Internacional para la Calidad en el Cuidado de la Salud. Es una organización global cuyos orígenes se remontan a mil novecientos ochenta. Su misión está orientada en Inspirar e impulsar mejoras en la calidad y seguridad de la atención médica en todo el mundo a través de la educación y el intercambio de conocimientos, la evaluación externa, el apoyo a los sistemas de salud y la conexión de las personas a través de redes mundiales. (ISQua, 2018)

Actualmente se constituye de una red que abarca cien países representados en un consejo altamente valorado el cual desarrolla asociaciones que mejoran la prestación de atención médica para las personas, sus familias y las organizaciones que administran esa atención. Además, organizaciones como la OMS (Organización mundial de la salud) hacen parte del proceso integral de asesoramiento técnico y normativo el cual a nivel de cooperación realiza cubrimiento en el proceso continuo de la atención de sistemas y evaluación de estándares de las organizaciones estableciendo puntos de referencia en seguridad y calidad de la atención. (The international society for quality in health care, 2018, pág. 9)

1.1.2 **Ámbito nacional**

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 (ICONTEC, Acreditación en salud, 2018)

La importancia de este sistema radica, por una parte, en que constituye una oportunidad para que sean competitivas en el plano internacional, con el fin de que puedan exportar servicios de salud, y, por otra, genera competencia entre las entidades por ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios que tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad. (B M. A., 2018)

Con base en lo anterior la visión de **ICONTEC** (El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación) (B M. A., 2018) (ICONTEC, Reglamento para la certificación de procesos y sus servicios , 2016) será lograr que el Sistema Único de Acreditación se posicione en la mentalidad de usuarios y prestadores del servicio de salud como una verdadera herramienta de cambio y constituirse en un mecanismo que contribuya a la

competitividad de las organizaciones de salud, sustentada en la transparencia e idoneidad del Sistema. (Niebles S R. D., 2018)

1.1.3 Ámbito regional

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. (NTCGP, 2009)

1.2 Justificación

La Importancia y la incidencia que tiene la calidad en el sistema de salud son de alto impacto, debido a que por el mismo ministerio de salud y protección social, se han dictado y generado normativas que permitan que las instituciones que prestan servicios de salud brinden las herramientas necesarias para que las personas puedan mejorar su calidad de vida mediante patrones de autocuidado (Atención primaria en salud) o que se pueda restablecer su calidad de vida a través de procesos atención, intervención y rehabilitación (En niveles de alta complejidad), con estándares que ayuden a que el mismo sistema genere oportunidades de mejora, ofreciendo experiencias positivas al usuario y su familia.

Teniendo en cuenta las normativas dispuestas, es necesaria que desde el sistema de salud sea mejorada la prestación del servicio que se ofrece a cada uno de los usuarios, ya que el número de EAPB e IPS han entrado en una competencia en poder tener el mayor flujo de usuarios o suscritos para generar lucro en la actividad económica en que pertenecen, haciendo que la calidad del servicio se haga a un lado y desconociendo la

satisfacción del usuario, factor clave para el mejoramiento continuo en los procesos de atención y servicios de salud.

Realizar este estudio de caso permitirá identificar los factores que interfieren en la acreditación de las instituciones de salud en Colombia; Es decir, el SOGC (SOCIAL, 2006), que dicta unos parámetros que permiten garantizar los servicios de salud de los usuarios y/o suscritos de carácter integral.

Según el Decreto 1011 del 2006; conociendo los factores que permitan que aquellas instituciones que manifiesten interés en iniciar un proceso de acreditación obtengan parámetros mínimos y conozcan ciertos componentes que les permita observar un panorama real al cual se van a enfrentar desde el sistema de salud en Colombia, generarán un servicio de salud de alta calidad, satisfacción en los usuarios, oportunidad en los servicios y estabilidad financiera.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar los factores que interfieren en la transformación cultural institucional en el proceso de acreditación de la ESE Hospital Local de Piedecuesta (Santander).

2.2 Objetivos específicos.

- Establecer los factores que interfieren en la transformación cultural institucional.
- Describir los factores que interfieren en la transformación cultural institucional identificados en la institución.

3. Pregunta de investigación

¿Cómo minimizar los factores que podrían interferir en el proceso de acreditación en la ESE Hospital Local de Piedecuesta?

4. Metodología

4.1 Tipo de investigación

Estudio de caso ya que se analizarán los factores que interfieren en la transformación cultural institucional en el proceso de acreditación en la ESE Hospital Local de Piedecuesta.

4.2 La recolección de datos es mixta: cualitativa y cuantitativa.

Para la recolección de datos de la investigación se realizará un cuestionario de preguntas cerradas, que permitirá establecer y describir los factores que interfieren en la transformación cultural institucional según Charles Handy (1993).

4.3 Muestra a juicio

Líderes de proceso de acreditación de la ESE Hospital Local de Piedecuesta

4.4 Fuente de Información

4.4.1 Fuente Primarias

Líderes de la oficina de mejoramiento continuo en el proceso de acreditación de la ESE Hospital de Piedecuesta

4.4.2 Fuentes Secundarias

Resolución 2082 del 21 de mayo 2014 por el cual se dictan disposiciones para la operatividad del sistema único de Acreditación en salud

Decreto 1011 2006 SOGC

CAMPO DE APLICACIÓN: Las disposiciones del decreto se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras de régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Artículo 4° COMPONENTES DEL SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

- El sistema Único de Habilitación
- La Auditoria Para el mejoramiento de la Calidad de la atención en salud.
- El sistema único de acreditación.
- El sistema de Información para la calidad.

5. Presentación de la experiencia (caso y/o unidad de análisis)

5.1 Reseña Histórica

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, 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. (Niebles S R. D., 2018)

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un "Manual de Acreditación de IPS", tomando como referencia el "Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe", publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

En 1996, el Ministerio 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 EPS e 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.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC-2006)”

Conociendo la trascendencia por el que el SOGC en su eje del Sistema Único de Acreditación (SUA), se ve reflejado que las instituciones de salud su panorama real y existente es por la gestión, compromiso de la alta dirección y un factor que no se debe

excluir es financiero, ya que la presentación para la acreditación, se requiere tener una infraestructura que sea competitiva al mercado, las inversiones en materia de mejora de procesos y procedimientos es alta, y sin embargo el talento humano debe ser competente para iniciar con el proceso.

Todo el avance que se ha realizado y que el ministerio de salud le ha apostado a mejorar los servicios de salud con calidad, han podido definir y justificar porque tan solo 36 instituciones a nivel nacional en Colombia están acreditadas con altos estándares de calidad, como lo muestra Acreditación en Colombia en compañía con el ICONTEC.

6. Identificación de la experiencia

Las instituciones a las cuales se les realizara el abordaje del estudio de caso corresponden a la ESE Hospital Local de Piedecuesta:

La ESE Hospital Local de Piedecuesta está ubicado en el Barrio la tachuela Calle 5 # 5-59, Piedecuesta - Santander, Colombia es una institución prestadora de Servicios de Salud de bajo nivel de complejidad orientados a la atención humanizada bajo estándares de calidad, es uno de los Hospitales del departamento de Santander, que actúa como centro de referencia de baja complejidad con tecnología de vanguardia y se encuentra en miras a la acreditación de sus servicios, mediante procesos que Garanticen la calidad en los servicios de salud con la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad centrado en el mejoramiento continuo y la seguridad del paciente, para lograr el mayor beneficio con el menor riesgo”.

La población atendida pertenece a los estratos I, II, y III de Piedecuesta y sus zonas aledañas, cuenta con contratación con diferentes AEPB del régimen contributivo y

Régimen Subsidiado, manteniendo estándares de calidad en la atención a sus clientes de todos los niveles sociales.

Cuenta con una capacidad instalada de la siguiente forma:

- Servicio de Internación
- Servicio de Urgencias
- 11 Camas en Internación
- 14 camas en Urgencias
- 8 Consultorios de Medicina General
- 4 consultorios de Urgencias
- 3 Consultorios Odontológicos
- 2 Consultorio de Higiene oral
- 1 Consultorio de Ginecología
- 4 Consultorios de Enfermería
- 3 Ambulancias
- 1 Farmacia
- 1 Laboratorio
- 1 equipo portátil de toma de Rx
- 1 cuarto transitorio de cadáveres con refrigeración.

7. Situación Inicial

ESE Hospital Local de Piedecuesta (Santander):

En la actualidad la institución ha demostrado avances con respecto al eje de acreditación de la transformación cultural, donde se han evidenciado el fortalecimiento en la integración de los procesos con los respectivos responsables, el manejo de cada uno de los grupos primarios, donde participan los líderes de cada área, reforzándose con los temas de acreditación e incentivando esa transformación y permitiendo que los mismos colaboradores interactúen con el mejoramiento continuo de la institución.

Se ha mejorado la cultura de reporte en las áreas, fortaleciéndose con capacitaciones desde el sistema de información y de la gestión documental que lleva la institución, por medio de la intranet institucional, en conjunto con la integración y afinación en la medición de los procesos, para determinar planes de mejoramiento que permitan la identificación de la mejora continua de la institución.

De igual la institución ha demostrado liderazgo en la red de prestación de servicios, siendo escogido como hospital público de primer nivel en la Ruta de CA de mama y CA de Cervix y en la ruta de Accidente Cerebro Vascular, demostrando que la mejora continua y el cambio de transformación cultural institucional ha permitido logros que han sumado a la construcción de la Acreditación en Salud.

En el proceso de intervención se captó falencias que aún la institución está pasando para lograr el objetivo como lo describe Charles Handy (1993):

- **Tamaño:** Se identificó que dentro de esta institución la articulación de sus colaboradores ha mostrado un cambio sustancial para el desarrollo en la ejecución de los procesos orientados hacia la acreditación en salud; De esta manera la transformación cultural de la organización ha requerido de competencias relevantes para la ejecución del objetivo, siendo una organización pequeña donde los esfuerzos de los líderes de los

procesos son multidisciplinarios, corriendo riesgos de sobre cargar de más trabajo sin delimitar sus funciones

Dichas competencias aluden a:

- Experiencia en la medición de los procesos ya que ocupan otros campos a los que no están especializados.

- Adherencia en los procesos que están ejecutando.

- **Personal:** Las múltiples funciones que se encuentran de algunos responsables de área, hacen que no se sientan satisfechos, ya que la carga laboral y/o responsabilidad la han manifestado como prioridad, ya que, por falta del mismo talento humano, se ha sobrellevado en algunas pocas tareas importantes que demandan total dedicación, haciendo que dejen las otras tareas a un lado, impidiéndoles que haya el éxito en cada proceso que se lleva en la institución.

- **Metas y objetivos (Seguridad del Paciente):** Dentro de este eje fundamental en el proceso de acreditación, se evidenció que existen falencias de tipo cultural en la política de seguridad del paciente debido a la poca relevancia que se le da a cada uno de los componentes de la misma

Sin embargo, otros factores importantes identificados por los autores del estudio de caso, se identificó falencia en:

- **Recursos:** Asimismo, se observó una falencia importante para la continuidad del objetivo, siendo este la falta de recursos económicos dentro de la organización para la ejecución de actividades, mejoras en infraestructura, adquisición de equipos de ayuda diagnóstica, adquisición de equipos de oficina, muebles y enseres entre otros. Además, se

ha evidenciado que la recuperación de cartera a largo plazo se ha convertido en situaciones de difícil cobro generando demoras y procesos legales innecesarios en el recaudo.

8. Proceso de Intervención

En el proceso de investigación se visitó a la institución ESE Hospital Local de Piedecuesta identificando los factores de la transformación cultural que interfieren en el proceso de acreditación; en el pasado mes de mayo del año 2018, se realizó visita a la ESE para dar respuesta a la investigación en mención y se identificó de la siguiente manera:

ESE Hospital Local de Piedecuesta: Durante el mes de mayo del año 2018 se visitó el Hospital de Piedecuesta, donde se dio inicio con la presentación del equipo de mejoramiento continuo de la institución, conformado por: Jefe de seguridad del paciente, ingeniero, biomédico, auditor médico, Ingeniero ambiental, oficina amiga del usuario, líder de transformación cultural, oficina de planeación y líder de la oficina de mejoramiento continuo, donde cada uno del equipo se presentó y habló sobre el rol que tiene en la institución y cómo contribuyen al mejoramiento continuo en la prestación de los servicios enfocándose en generar experiencias positivas al usuario y su familia.

Se contó con la explicación y aclaración del responsable de la oficina de planeación y líder de la oficina, que finalizando el año 2016 se contaba con una sola persona en el área de calidad, pero para el enfoque a buscar la acreditación en salud, era necesario conformar la oficina de mejoramiento continuo con el respectivo equipo ya en mención, para ello se inició el año 2017 con el equipo y se dio inicio al levantamiento de la gestión documental,

documentación de los procedimientos por procesos y áreas, elaboración de ficha indicadores para evaluar los procesos de la institución, se realizó la política de seguridad del paciente, la elaboración de guías, procesos, protocolos y demás, que implica el cambio de la nueva cultura de reporte de eventos adversos e incidentes etc.

Se realizó un recorrido por la institución en compañía con el equipo de mejoramiento continuo, donde el enfoque principal fue con la persona responsable de la transformación cultural de la institución, refiriéndose, que no se contaba en la institución con una política de humanización de los servicios, y para ello también los colaboradores tenían un rol muy importante, desde el protocolo de contestar una llamada, pausas activas, atención de los usuarios, todo enfocado a la humanización del servicio; de igual forma se implementó el programa de parto humanizado dentro de la institución.

Desde la oficina de planeación se realizó capacitaciones para el manejo de la ficha de indicadores y el reporte de las mismas, ya que cada líder de proceso nunca había hecho una medición de las actividades realizadas en su proceso, por tal motivo la cultura del reporte se fortaleció, por medio de los comités de mejoramiento continuo y grupos primarios.

De igual forma se evidencia en la ruta establecida, la implementación de los buzones de sugerencia para los usuarios y para los colaboradores de la institución, se revisó también se revisó actas de los comités, grupos primarios, evidencias fotográficas, sistema de gestión documental por la intranet, ficha de indicadores, listados de asistencias a capacitaciones y demás.

Para la institución la oficina de mejoramiento continuo ha sido de gran importancia para mejorar los procesos, ya que desde el año 2017, se realizó un trabajo duro en la cultura de

la organización, ya que no se contaba con nada, ha sido un proceso que ayudó a fortalecer y a mejorar la imagen de la institución y con el compromiso de una alta dirección de cada uno de los colaboradores y líderes de procesos; se evidencia por parte del líder de la oficina que uno de los factores importantes para cada organización de salud que busca la acreditación, es poder transformar la cultura que ya se tenía por una de mejoramiento continuo, que garantice un trato humanizado en la prestación de los servicios.

Cabe resaltar que dentro de esta institución se tiene un estructura sólida y muy bien organizada enfocándose en la acreditación en salud, sin embargo, uno de los temores del líder de la oficina, es que se garantice la continuidad del personal para no dejar brechas en el proceso y así obtener resultados favorables en el proceso que se lleva a cabo.

8.1 Tabulación y Análisis del Instrumento

Durante el proceso de intervención, se elaboró y aplico un instrumento de carácter (cuestionario) cuantitativo que les permitió a los autores de este trabajo de grado, confirmar la teoría de Charles Handy, acerca los factores que interfieren en la acreditación en el eje de la transformación cultural.

Se realizó la aplicación del instrumento a los líderes de procesos del Hospital Local de Piedecuesta, en los procesos de:

Gestión Administrativa, Gestión de recursos básicos, Gestión de Ambiente físico y tecnología biomédica, Gestión de la información, Gestión de control, Gestión de programas sociales, Gestión de urgencias, Gestión de internación, Gestión financiera y Gestión de apoyo terapéutico.

A continuación, se podrán observar la tabulación y análisis de 65 preguntas agrupadas por los factores de Historia y Propiedad, Tamaño Tecnología, metas y objetivos, Medio y personal. Cada factor contenía entre 11 y 12 de preguntas, podrá así evidenciar como primera medida tablas con datos, graficas de tortas. Y finalmente un análisis general por factor:

8.1.1 Datos generales (población objeto de estudio)

Tabla 1: *Número de líderes por proceso*

UNIDAD DE TRABAJO	CANT.
Líder de procesos Operativos	1
Líder de procesos Administrativos	4
Líder de procesos financieros	
Líder de procesos Jurídicos	
Líder de procesos Asistenciales	3
Líder de procesos de Gestión	2
Líder de procesos de Información	
Líder de procesos de Control Interno	

Tabla 2: *Clasificación por sexo de líderes de proceso*

ESTADO CIVIL	CANT.
SOLTERO	6
CASADO	3
VIUDO	
DIVORCIADO	
UNIÓN LIBRE	1

Tabla 3: *Clasificación por edad de los líderes por proceso*

SEXO	CANT
MASCULINO	3
FEMENINO	7

Tabla 4: *Clasificación por estado civil*

EDAD	CANT.
18-22 AÑOS	
23-27 AÑOS	2
28-32 AÑOS	2
33-37 AÑOS	2
38 AÑOS EN ADELANTE	3

Tabla 5: Clasificación por antigüedad

ANTIGÜEDAD EN LA ORGANIZACIÓN	CANT
ENTRE 1 Y 5 AÑOS EN LA ORGANIZACIÓN	5
ENTRE 6 Y 10 AÑOS EN LA ORGANIZACIÓN	4
ENTRE 11 Y 15 AÑOS EN LA ORGANIZACIÓN	1
MAS DE 15 AÑOS EN LA ORGANIZACIÓN	

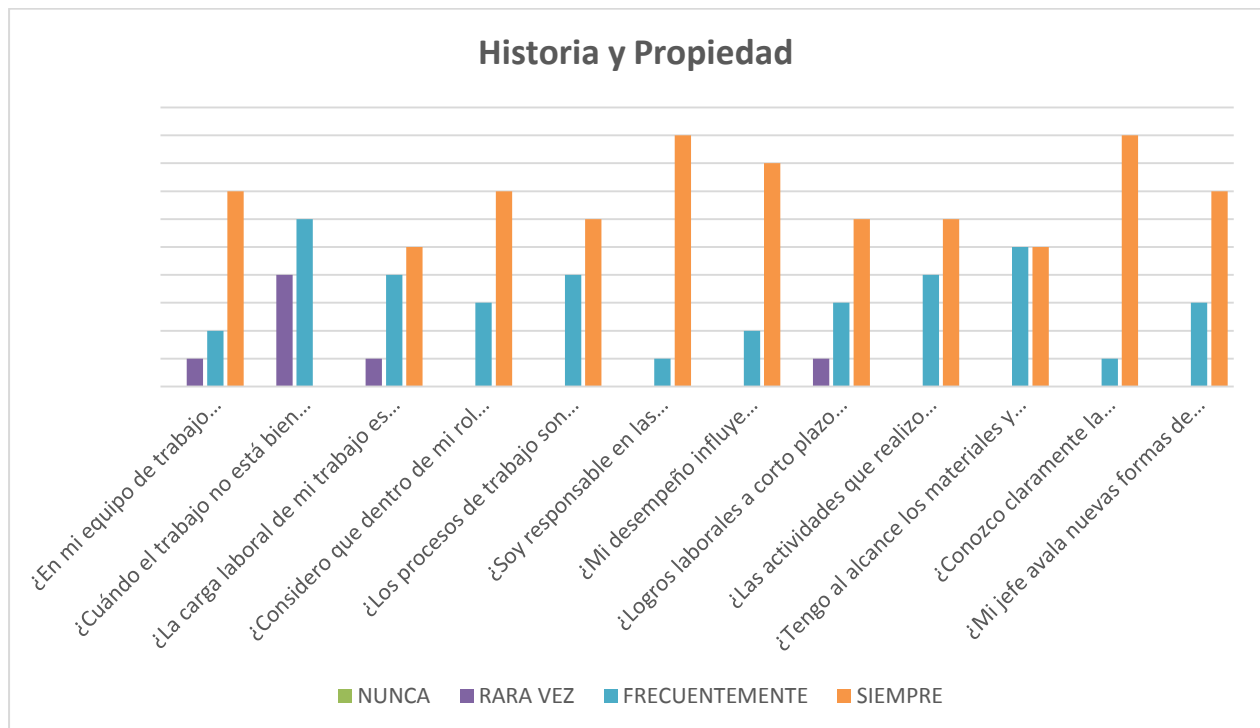


Figura 1: Historia y propiedad

8.2 Análisis.

8.2.1 Historia y propiedad

La responsabilidad de los cargos en los empleados de esta institución es compartida y realizada en equipo; el 70% desarrollan un trabajo planificado, con un rol identificado, a pesar que las nuevas formas de desarrollar dichas actividades son avaladas por los jefes, el 70% considera que no altera los procesos de las mismas, 60% tiene observación directa de sus jefe inmediatos lo que les permite desarrollar tareas claras, y relevantes, han desarrollado un empoderamiento con la institución ya que el 90% se consideran responsables de las actividades relacionadas con su trabajo y la contribución que la institución espera de ellos, el 80% considera que su desempeño está relacionado directamente con el rendimiento de la institución, el 60% considera que solo se han realizados logros personales a corto plazo, un hallazgo negativo de este empoderamiento es que solo el 50% considera que su carga laboral es adecuada y corresponde a su función al igual que solo trabajan con los elementos necesarios para desarrollar sus actividades.

Desde la óptica académica y laboral, se ha identificado que alguno de los factores de la transformación cultural que interfieren en el proceso de acreditación, la historia y propiedad es fundamental para que los mismos colaboradores tengan la percepción clara e identifiquen las oportunidades que tienen en lo laboral para que la institución tenga estándares que les permita ser competitivos en un mercado con afinidad a la calidad, por eso las cargas laborales o el perfil de actividades de cada colaborador deben estar plenamente definidos y en cada uno de sus procesos con actividades claras que les permita manejar las metas establecidas para el proceso de mejora continua.

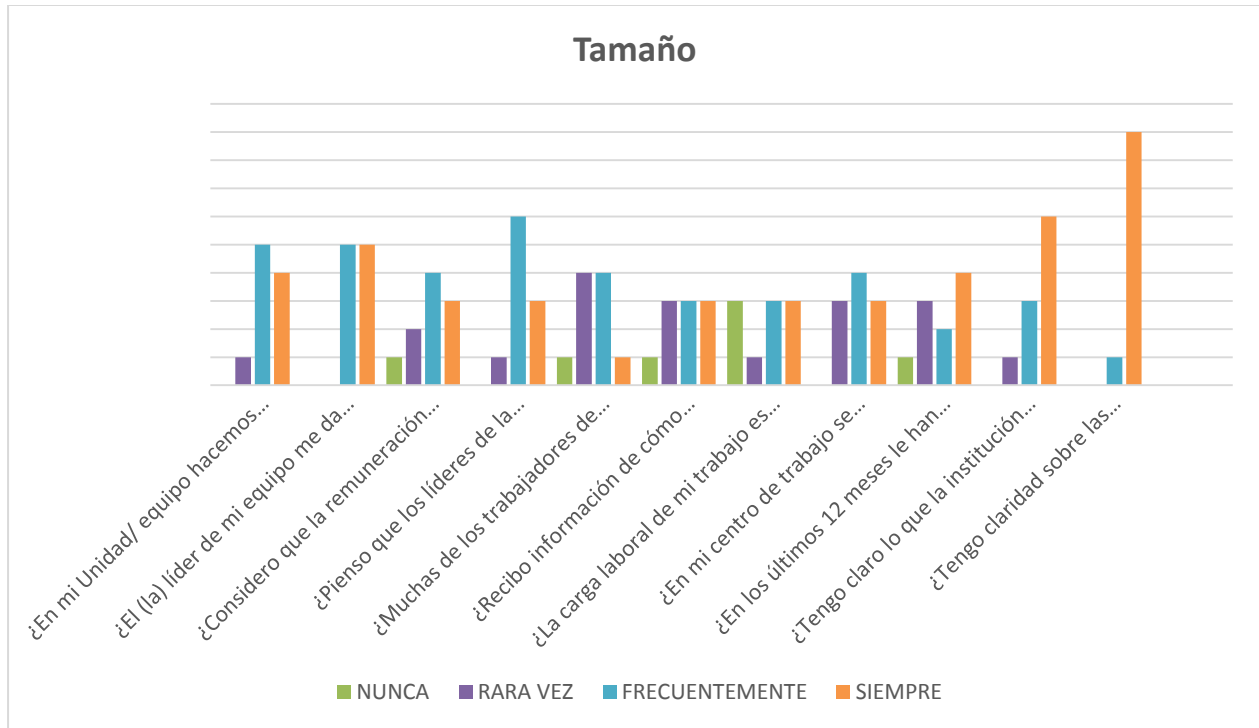


Figura 2: Tamaño

8.3 Análisis

8.3.1 Tamaño

El personal de la institución el 90% tiene claridad en su función y responsabilidad, el 60% manifiesta tener claro lo que la institución espera de su desempeño, el 60% manifiesta recibir ejemplo de su jefe en la solución los conflictos e impases que surgen. Solo el 50 % realiza seguimiento a la consecución de las metas y objetivos del equipo, el 30% manifestó recibir información de cómo desempeña su trabajo y el 30% dijo que rara vez paradójico con el 50% que manifiesta recibir retroalimentación de manera oportuna , el 40% respondió que su remuneración es acorde con las labores que desempeña mostrando algo de insatisfacción en esta área, a pesar de esto el nivel de estrés es mínimo solo 10% manifestó tenerlo, el 30% considera que la carga laboral es adecuada y corresponde a la

función que desempeña, el 40% recibió evaluación de desempeño en el último año pero desconocido para el 40% del personal.

Se debe identificar en cada una de las organizaciones a aquellos líderes de procesos, sus falencias para la resolutivez de conflictos o la solución de problemas para llevar y cumplir los objetivo que plantea la alta dirección, por eso es importante tener definido un plan de capacitaciones que les permita a toda la organización tener un cambio cultural con enfoque a la mejora continua, para ello si en una organización no se hace el seguimiento y/o control, es difícil conocer las debilidades o generar oportunidades de mejora que le aporte a cada uno de los líderes a tener metas trazadas y estandarizadas en un proceso de acreditación; desde toda alta dirección se debe ratificar el acompañamiento a cada una de las áreas con mediciones claras que generen aportes positivos a la transformación cultural de la organización.

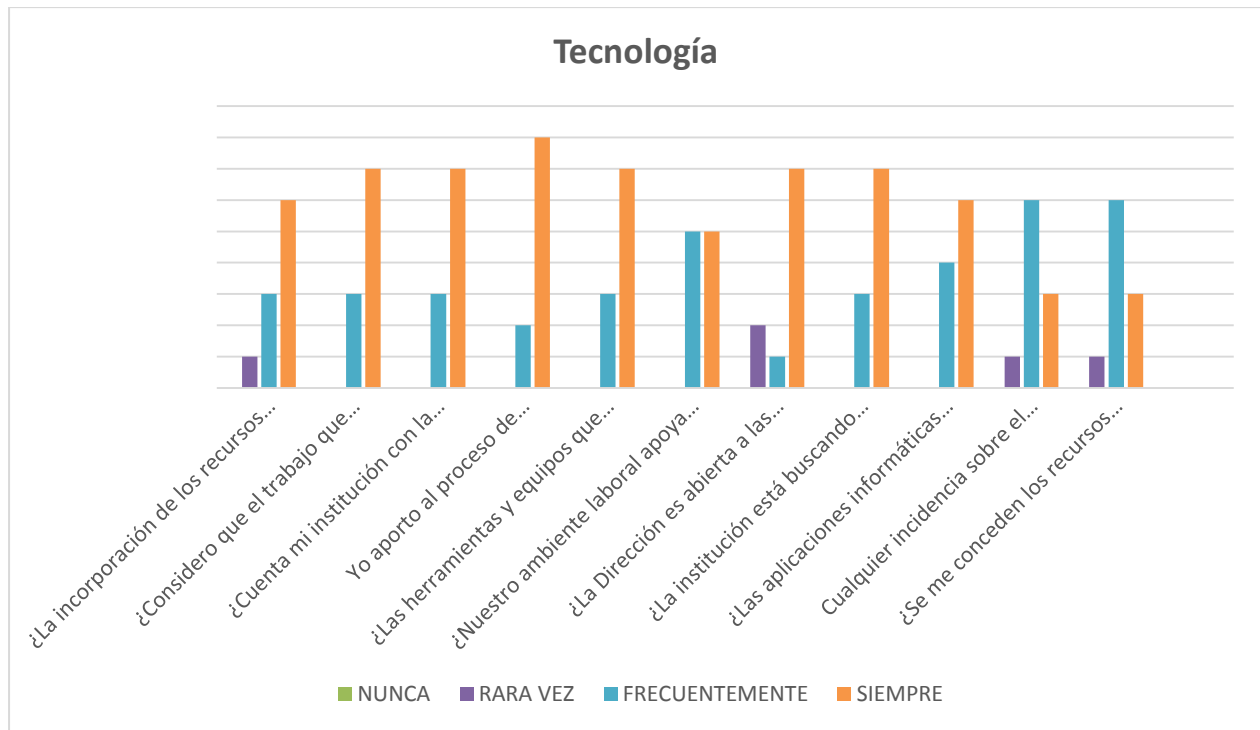


Figura 3: Tecnología

8.4 Análisis.

8.4.1 Tecnología.

El uso de la tecnología hace parte de un herramientas indispensables para proveer a los empleados de unas condiciones que maximicen su desempeño , el 60% de los empleados consideran que la incorporación de los recursos tecnológicos en la institución hacen parte de los avances logrados a nivel institucional, el 70% manifiesta que estos equipo y el software son de buena calidad y las aplicaciones informáticas que utilizo están adaptadas a las necesidades de sus puestos, el 80% considera que esto aporta a su proceso de planificación laboral, el 50% del ambiente laboral apoya la innovación, aunque el 70% manifiestan que la institución realizará cambios para mantener su competitividad, el 70% considera que la dirección es abierta para las sugerencias y consejos de los empleados en la implementación de recursos bioinformáticas, el 70% considera que las herramientas y equipos reciben mantenimiento en forma adecuada y que cualquier incidente en el desempeño relacionada con el sistema o la informática es solucionado de manera eficaz, a pesar de que el 60% evidenció que frecuentemente conceden los recursos que solicitan para realizar sus actividades.

Toda organización que se enfoque a una mejora continua y/o estar en un proceso de acreditación, es fundamental e importante que se cuente con un sistema de información organizado desde cada uno de los procesos o áreas que se tiene en la organización, por tal motivo la tecnología es fundamental ya que permitirá que cada uno de los líderes tengan un trabajo fácil y sin desgaste con el uso de las TIC, ya que las inversiones son significativas pero productivas al momento de mejora de procesos; parte fundamental de una organización se debe evidenciar una excelente planificación en un plan de mantenimiento

para garantizar el buen funcionamiento de los equipos tecnológicos que aporta a la transformación cultural y permitir que desde la óptica académica se genere valor agregado a los procesos o áreas enfocados a la mejora continua.

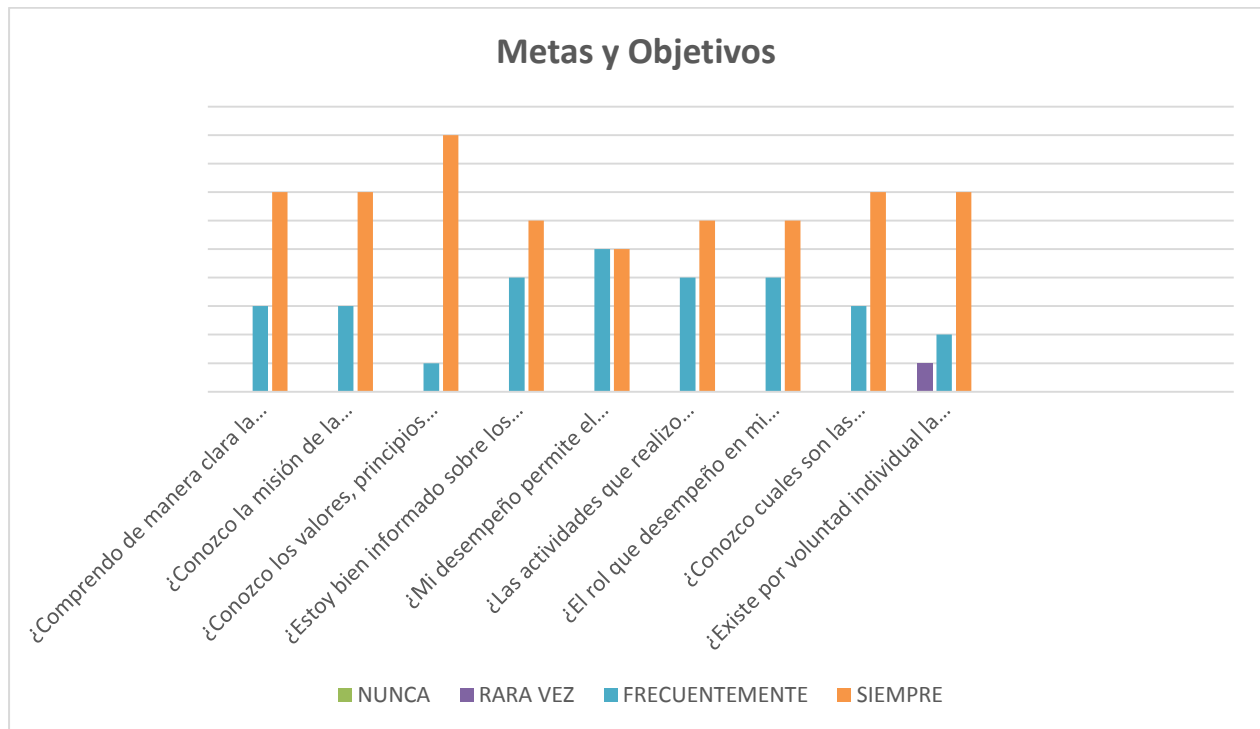


Figura 4: Metas y objetivos

8.5 Análisis

8.5.1 Metas y objetivos.

El 70% personal de la institución comprende y conoce de manera clara la Misión, Visión y las estrategias que se han desarrollado para alcanzar las metas y objetivos institucionales.

El 90% conoce los valores y principios institucionales, el 50% considera que su desempeño permite el alcance de los objetivos y metas a nivel general de la institución, y el 60% manifiesta que las actividades que realiza constantemente contribuyen sin lugar a

dudas al beneficio general de todos los trabajadores y que el rol que desempeña en el lugar de trabajo permite seguir a cabalidad los principios y valores de la institución, 50% considera que los alcances de la institución corresponde también a sus alcances, el 70% manifiesta que existe la voluntad individual en la retroalimentación para desempeñar las actividades de la mejor manera.

Desde un enfoque de mejora continua en una organización, es importante enfatizar desde un proceso de inducción o reinducción las metas y objetivos que persigue la organización, tener un cambio cultural que ayude al seguimiento y control por parte de los mismos colaboradores que incentiven a los cambios con enfoque a la calidad que se tiene como objetivo la acreditación en calidad de los servicios de salud que se presta en la institución, es recomendable que toda organización genere una cultura de reporte, de cambios, de evaluación de desempeño, de medición de indicadores que contribuya a los objetivos establecidos por la organización.

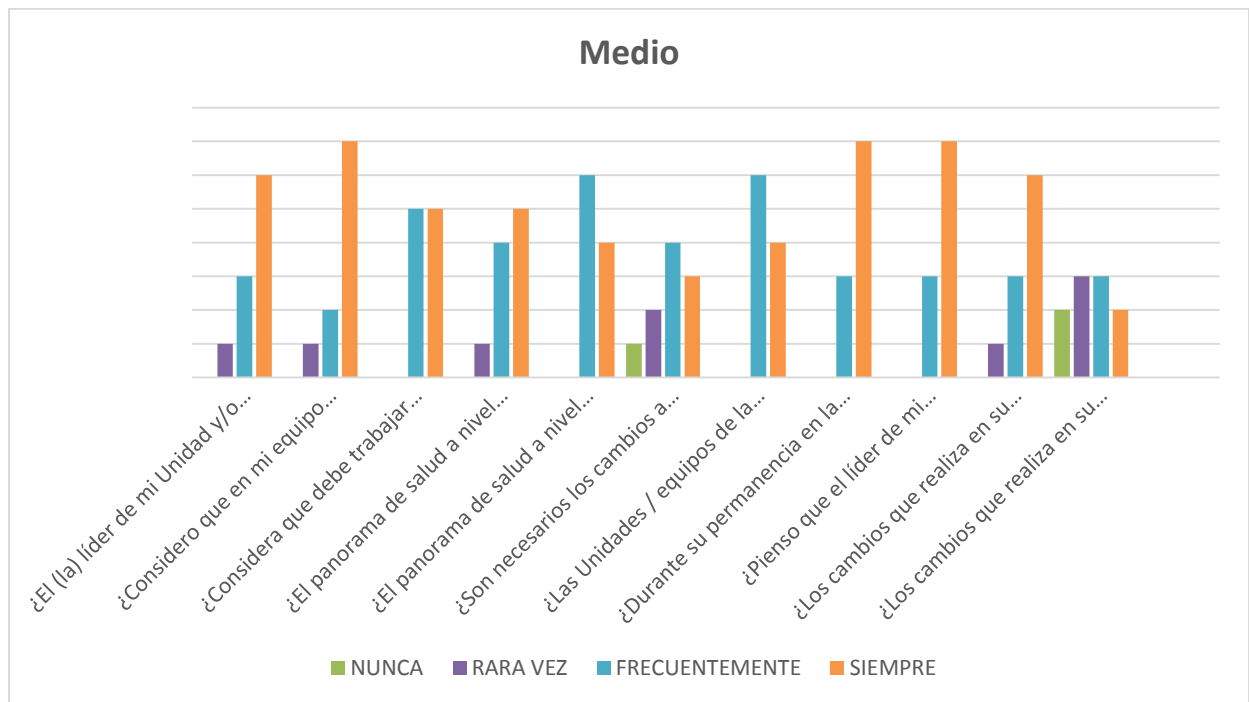


Figura 5: Medio

8.6 Análisis

8.6.1 Medio

El 60% del equipo manifiesta recibir oportunamente información sobre los temas y novedades que impactan su trabajo de parte de su jefe, 70% respondió positivamente a la fluidez de información dentro del mismo equipo, el 70% considera que el líder del equipo contribuye positivamente a solucionar conflictos e impases en el área de trabajo.

Con respecto de cómo perciben la influencia de su trabajo en el panorama municipal el 50% considera que debe trabajar arduamente, y con el panorama nacional manifiestan el 50% que depende del trabajo de las autoridades distritales y municipales, 60% manifestó que el panorama de salud nacional también depende del trabajo de los miembros de las instituciones,

El 40% considera que los cambios a nivel institucional cambian sus actividades de manera anual, aunque ,el 70% manifiesta que los cambios realizados por parte de la dirección han sido de manera positiva, el 60% considera que los cambios que realiza el equipo es de carácter emprendedor, y 60% reciben apoyo del equipo ,en los cambios del equipo por carácter personales las respuestas tuvieron dualidad el 30% manifestaron que esos cambios se realizan rara vez o, el otro 30 que frecuentemente, el 20% que siempre y el otro 20% que nunca.

Todas las entidades de seguimiento y control deberán tener un propósito de cambio para mejorar los servicios que se les presta a los usuarios, con un enfoque en la humanización de los servicios de salud, para ellos, se debe tener una articulación en el sistema de información que incentive a cada una de las instituciones de salud a tener un cambio

cultural para mejorar los servicios de salud; esto permitirá a que un sistema de salud mejore en la prestación de los servicios.

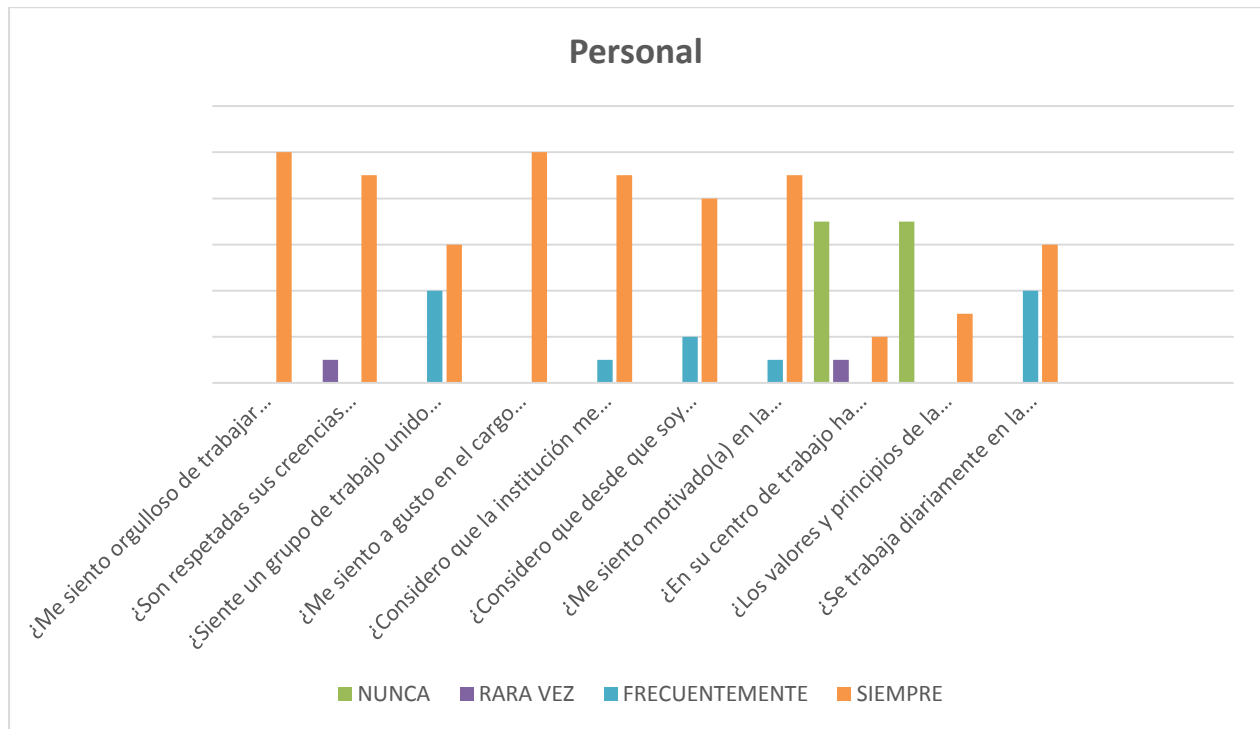


Figura 6: Personal

8.7 Análisis

8.7.1 Personal

En el desarrollo de estas preguntas a nivel personal se observó que los valores individuales de las personas contribuyen positivamente a la cultura institucional el 100% se siente orgulloso de trabajar en la institución y a gusto con el trabajo que desempeña, el 90% considera que la institución ofrece oportunidades de desarrollo de mi carrera al interior de la misma y que se siente motivado por la misma institución, el 80% considera haber tenido transformación en su vida personal y familiar desde que es parte de la institución, el 90%

considera que sus creencias espirituales son respetadas y el 70% consideran que nunca se han colocado en cuestionamientos sus creencias espirituales por los valores y principios institucionales.

El 60 % tiene la percepción que el grupo de trabajo trabaja unido por objetivos y metas colectivas, y que se trabaja diariamente manteniendo un lenguaje sin palabras obscenas, 70% considera tener estabilidad laboral pues nunca han percibido represalias o amenazas relacionadas con su permanencia en el trabajo.

El ambiente laboral dentro de una organización es fundamental que se lleve de forma armónica, ya que incentiva a que cada uno de los colaboradores trabaje agusto y aporten mejoras al sistema de salud que se presta en la institución, con enfoques a la mejora continua para la realización y cumplimiento de los objetivos planteados en acreditación desde la perspectiva de la transformación cultural.

9. Situación Final

Durante el proceso de intervención se identificó que cada uno de los líderes de los procesos que se les aplicó el instrumento generaron empatía y cuestionamiento en sus saberes, ya que en el desarrollo del mismo pudieron obtener una óptica diferente de las responsabilidades que tienen a cargo, lo cual les permitió definir y generar una planeación para el cumplimiento de cada una de sus funciones y lograr tener un seguimiento y control por medio de indicadores que les ayude a identificar las falencias y/o debilidades; logrando que desde la alta gerencia se realicen mejoras desde los procesos de la institución en la transformación cultural para el logro de lo esperado en acreditación.

Los cambios que se generó en la institución fue:

ESE Hospital Local de Piedecuesta:

Para la aplicación del instrumento se contó con el líderes de proceso de evaluación y control, líder del proceso de la gestión urgencias, líder de la gestión de la tecnología, líder de la gestión administrativa, líder de la gestión de la gestión de ambiente físico y tecnología biomédica, para cada uno de estos líderes, que cuentan con personal a cargo, se realizó cambios al momento de poder dirigir a los líderes de las áreas, ya que la cultura organizacional que se llevaba en el proceso de acreditación y en la mejora de cada uno de los procesos era un poco descuidado, ya que las actividades se vuelven muy mecánicas que no les ha permitido poder tener límites en la designación de funciones y/o ambiente en el lugar del trabajo; vieron de forma prioritaria poder realizar mediciones a la transformación cultural por medio de indicadores que les permita conocer el rendimiento de las áreas permitiéndoles generar planes de mejoramiento que se llevan en cada uno de los procesos.

También se evidenció un cambio en la planeación de la ejecución de los grupos primarios que se realizan al interior de la institución, con objetivos más claros que permita que los factores de la transformación cultural se fortalezcan para el cumplimiento del objetivo.

10. Lecciones aprendidas

Durante la intervención se identificaron las siguientes lecciones aprendidas tanto positivas como negativamente como se muestra de la siguiente forma:

10.1 Aspectos Positivos:

Se identificó aspectos positivos que permitirá que se replique en otras instituciones de salud enfocados en la acreditación tales como: Implementación, planeación y ejecución de grupos primarios, Implementación, seguimiento y control de Indicadores, Elaboración y ejecución de planes de mejoramiento, nuevas programaciones de capacitaciones enfocados en la transformación cultural de la institución en el reporte y mejora continua en la prestación de los servicios.

10.2 Aspectos Negativos:

Se identificó al interior de la institución un factor importante que podría impactar de forma negativa, es la garantía de recursos para la continuidad del proceso de acreditación y con esto conlleva a la alta rotación del personal en cada una de las áreas responsables de la institución, que no garantizan la trazabilidad de los mismos procesos para el control y seguimiento del cumplimiento de las metas trazadas por la alta dirección.

Para la ESE Hospital Loca de Piedecuesta hay que tener en cuenta que los factores que interfieren en el proceso de la acreditación, pueden estar en cada uno de los 7 ejes que plantea Acreditación, pero que sin duda en toda organización debe haber un cambio cultural para que cada uno de los colaboradores tenga un compromiso con la institución, esto permitirá que más instituciones puedan tener una visión a la calidad en la prestación de los servicios.

11. Conclusiones

1. Al Analizar los factores que interfieren en la transformación cultural institucional en el proceso de acreditación de la ESE Hospital Local de Piedecuesta (Santander), se evidenció que es imprescindible mantener en todos los procesos la percepción y la ejecución de los mismos desde una perspectiva de cultura de cambio con enfoque de calidad.

2. Los factores que interfieren en la transformación cultural institucional de la institución permitieron identificar que el autoconocimiento en el desarrollo de todos los procesos fundamenta la base del seguimiento y el empoderamiento de cada uno de los colaboradores.

3. La implementación de todos los procesos, procedimientos, protocolos y guías de manejo institucional deben estar constituidos desde el marco conceptual del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud como principal referente en el alcance de brindar la mayor satisfacción a usuarios, instituciones adscritas, referentes, proveedores y demás entes relacionados

4. Cada uno de los factores identificados permitirán construir planes de contingencia frente a situaciones de inhabilidad o inviabilidad de procesos relacionados con la prestación integral de los servicios de salud.

5. Todos y cada uno de los colaboradores de la institución deben mantener el principio de humanización como ejemplo y característica en las labores desempeñadas debido a que constituye un eje fundamental en el logro de a satisfacción del usuario.

12. Recomendaciones

En este estudio de caso, se identificaron varios factores que pueden interferir en el proceso de acreditación de una institución de salud.

Como futuros Gerentes de ISSS, se proponen diferentes estrategias a institución intervenida, teniendo en cuenta el ciclo de Deming o Ciclo PHVA.

12.1 Institución

1. Implementar el estudio de caso *“FACTORES QUE INTERFIEREN EN LA TRANSFORMACIÓN CULTURAL EN EL PROCESO DE ACREDITACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL LOCAL DE PIEDECUESTA”* como herramienta de trabajo para realizar los ajustes relacionados y descritos a lo largo del mismo

2. Vincular toda la red de servicios del municipio de Piedecuesta (A cargo de la ESE HOSPITAL LOCAL DE PIEDECUESTA) con el estudio de caso a criterio de la institución como iniciativa que permita garantizar con resultados la prestación de servicios de salud con calidad.

3. Realizar las capacitaciones y certificaciones correspondientes al sistema obligatorio de garantía de la calidad en los colaboradores afines a la planeación, ejecución y evaluación de los procesos interrelacionados.

4. Capacitar a toda la población de la institución en los cuatro componentes del SOGCS: Sistema Único de habilitación, Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), Sistema único de Acreditación y el sistema de información para la calidad en salud como preámbulo en la ejecución de cada proceso interrelacionado.

12.2 Universidad

1. Diseñar una base de datos de las instituciones de salud adscritas a procesos de investigación calidad con la descripción general de cada avance con el fin de dar continuidad a los ejercicios académicos propuestos en cada módulo, semestre, gira académica entre otras.

2. Realizar jornadas de socialización de avances en los proyectos a nivel de las diferentes facultades afines a la temática facilitando que las diferentes habilidades y destrezas sean aplicadas al ejercicio.

3. Solicitar a las instituciones estatales y no estatales formalmente los datos mínimos necesarios en la planeación de los respectivos proyectos evitando contratiempos innecesarios

Referencias Bibliográficas

- B, M. A. (2018). *La cultura organizacional y su influencia en la implementacion de los sistemas de informacion en los servicios de salud*. Literatura.
- B, M. A. (10 de Marzo de 2018). *La cultura organizacional y su influencia en la implementación de los sistemas de información en los servicios de salud: Revisión de la literatura*. Obtenido de La cultura organizacional y su influencia en la implementación de los sistemas de información en los servicios de salud: Revisión de la literatura: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4022/1/Cultura_Organizaciona1.pdf
- ICONTEC. (15 de Marzo de 2016). *Reglamento para la certificacion de procesos y sus servicios*. Obtenido de http://www.icontec.org/Documentos%20compartidos/--Reglamento_para_la_certificaci%C3%B3n_de_procesos_y_servicios.pdf
- ICONTEC. (15 de Marzo de 2018). *Acreditacion en salud*. Obtenido de www.acreditacionensalud.org.co/sua/Paginas/Index.aspx
- ISQua. (10 de Marzo de 2018). *The International Society for Quality in Health Care*. Obtenido de The International Society for Quality in Health Care: <https://isqua.org>
- Niebles S, R. D. (2018). Rol del auditor en los procesos de acreditacion de las instituciones de salud en colombia. . En R. D. Niebles S, *Rol del auditor en los procesos de acreditacion de las instituciones de salud en colombia*. (págs. 10 - 15). Santo Tomas.
- Niebles S, R. D. (24 de Febrero de 2018). *Rol del auditor en los procesos de acreditacion de las instituciones de salud en colombia*. Obtenido de <http://www.acreditacionensalud.org.co/Paginas/Index.aspx>
- NTCGP. (2009). *Norma tecnica de calidad en la gestion publica*. Colombia.
- SOCIAL, M. D. (2006). *Minisalud*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf
- The international society for quality in health care*. (15 de marzo de 2018). Obtenido de <https://isqua.org>

Apéndices

Apéndice A. Instrumento recolector de la información

HISTORIA Y PROPIEDAD	NUNCA	RARA VEZ	FRECUEMENTEMENTE	SIEMPRE
¿En mi equipo de trabajo contamos con un plan de trabajo compartido y claro para todos sus integrantes?				
¿Cuándo el trabajo no está bien hecho recibo críticas de mi superior/a				
¿La carga laboral de mi trabajo es adecuada y corresponde a la función que desempeño?				
TAMAÑO	NUNCA	RARA VEZ	FRECUEMENTEMENTE	SIEMPRE
¿En mi Unidad/ equipo hacemos seguimiento a la consecución de las metas y objetivos del equipo?				
¿El (la) líder de mi equipo me da retroalimentación clara y oportuna sobre mi trabajo?				
¿Considero que la remuneración que recibo está acorde con las labores que desempeño?				
TECNOLOGÍA	NUNCA	RARA VEZ	FRECUEMENTEMENTE	SIEMPRE
¿La incorporación de los recursos tecnológicos en la institución hacen parte de los avances logrados a nivel institucional?				
¿Considero que el trabajo que realizamos en mi Unidad/ equipo es de buena calidad?				
¿Cuenta mi institución con la sistematización de los procesos mediante un software?				
METAS Y OBJETIVOS	NUNCA	RARA VEZ	FRECUEMENTEMENTE	SIEMPRE
¿Comprendo de manera clara la visión institucional y me siento identificado?				
¿Conozco la misión de la institucional y me siento identificado con ella?				
¿Conozco los valores, principios institucionales y actúo acorde a los mismos?				
¿Estoy bien informado sobre los objetivos y estrategias de la institución?				
PERSONAL	NUNCA	RARA VEZ	FRECUEMENTEMENTE	SIEMPRE
¿Me siento orgulloso de trabajar en la institución?				
¿Son respetadas sus creencias espirituales a pesar de las diferencias culturales?				
¿Siente un grupo de trabajo unido por un objetivo y unas metas colectivas?				
¿Me siento a gusto en el cargo que desempeño?				
¿Considero que la institución me ofrece oportunidades de desarrollo de mi carrera al interior de la misma?				