

**EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA
DE LA CALIDAD EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO
DEL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD
DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA DURANTE EL AÑO 2013, CON
CARACTERÍSTICAS DE LAS PRACTICAS DE LA CULTURA
ORGANIZACIONAL**

**LEISA MARÍA BORJA GARCÍA
DIEGO GERMÁN CHARRY GONZALES**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
SANTIAGO DE CALI**

2014

**EVALUACIÓN DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA
DE LA CALIDAD EN LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO
DEL PRIMER NIVEL DE COMPLEJIDAD
DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA DURANTE EL AÑO 2013, CON
CARACTERÍSTICAS DE LAS PRACTICAS DE LA CULTURA
ORGANIZACIONAL**

**LEISA MARÍA BORJA GARCÍA
DIEGO GERMÁN CHARRY GONZALES**

Trabajo de grado para optar al título de
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN

Director MANUEL SALVADOR WILLIAMS AGUILAR
Magister en Políticas Públicas

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
SANTIAGO DE CALI
2015**

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
SANTIAGO DE CALI
2015

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del Director

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Santiago de Cali, Enero de 2015.

Contenido

INTRODUCCIÓN	10
CAPITULO 1. EL OBJETO DE ESTUDIO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	15
1.1 APROXIMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	15
1.2 Ubicación Geográfica al Objeto de Estudio	21
1.2.1 E.S.E municipales seleccionados como muestra y grupo focal	23
1.3 EL PROBLEMA	28
1.3.1 Pregunta de Investigación	28
1.3.2 Justificación	28
1.3.3 OBJETIVOS	29
1.3.3.1 Objetivo General	29
1.3.3.2 Objetivos Específicos	29
CAPITULO 2. MARCO REFERENCIAL	31
2.1 CONTEXTO TEÓRICO	31
2.2.1 Marco normativo aplicable al sistema de seguridad social en Colombia	35
2.2.2 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS	39
2.2.3 Cultura organizacional en los servicios y programas de salud humana	78
2.2.4 El rombo filosófico expuesto por Renée Bédard en la teoría de la Cultura Organizacional	79
2.2.5 Aspectos culturales de los habitantes del Departamento del Huila desde sus practicas culturales	84
CAPITULO 3. MARCO METODOLÓGICO Y DE RESULTADOS	87
3.1 Metodología	87
3.1.1 Método	87
3.1.2 Instrumentos de medición	88
3.2 Análisis de fuentes primarias y técnicas de indagación	90
3.2.1 Cuantificación de la muestra	90
3.3. Resultados de la investigación	95
3.3.1 Determinación de la satisfacción global de los usuarios de cada una de las empresas sociales del estado objeto de estudio.	95
3.3.2 Evaluación de los componentes del SOGC en salud	102

3.3.2.1 Evaluación del sistema único de habilitación	103
3.3.2.2 Evaluación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.	105
3.3.2.3 Evaluación del sistema único de acreditación	107
3.3.2.4 Evaluación del sistema de información para la calidad	108
3.3.3 Cumplimiento global del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud.	108
3.3.4 La cultura organizacional en Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad del Departamento del Huila	110
3.4 Discusión de los resultados	117
3.5 Conclusiones	124
3.6 Recomendaciones	127
Bibliografía	128
Anexos	133
Anexo 1. Servicios prestados por las ESEs	134
Anexo 2. Encuesta sobre Cultura Organizacional.	135
Anexo 3. Encuesta sobre satisfacción Global	136
Anexo 4. Servicios habilitados en las 16 ESES objeto del estudio	137
Anexo 5. Hoja consolidado Parametrización del SOGCS	141

GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico 1. Distribución Geográfica de Conformación de Redes Servicios de Salud.	21
Gráfico 2. Municipios del departamento del Huila	23
Tabla 1. Marco normativo aplicable al sistema de Seguridad social en Colombia	35
Gráfico 3. Características de la Calidad de la Atención de Salud	42
Gráfico 4. Ruta de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación	45
Tabla 2. Estándares del sistema único de Habilitación	47
Gráfico 5. Base para el mejoramiento de la Calidad	63
Gráfico 6. Ruta Crítica para el desarrollo de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en Salud	63

Gráfico 7. Variables de Evaluación de las Oportunidades de Mejora	66
Gráfico 8. Matriz de Priorización para Planeación	67
Gráfico 9. Evidencia de los resultados de la Gestión	68
Gráfico 10. Calidad esperada y calidad observada	70
Gráfico 11. Componentes de auditoría para el Mejoramiento	71
Tabla 3. Los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y sus funciones en el SIC	75
Gráfico 12. Indicadores del Nivel de monitoria del sistema	77

GLOSARIO.

ACREDITACIÓN. Método empleado para calificar atributos de la atención brindada por un establecimiento. También se le define como “*el procedimiento de evaluación periódica de los recursos de un servicio o establecimiento de salud que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente definidos y aceptados*”. (Ministerio de salud; Decreto 1011 de 2006)

ASEGURAMIENTO EN SALUD. Es la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Art 14 Ley 1122

DISTINTIVO DE HABILITACIÓN. Símbolo dirigido a los usuarios que garantiza que el prestador está inscrito en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Debe ser visible a los usuarios en los servicios habilitados.

ESTÁNDARES. Conjunto de normas y condiciones indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida ó la salud de los usuarios. Deben ser de obligatorio cumplimiento por los prestadores de Servicios de Salud.

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB¹ y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. Art 41 Decreto 1011.

¹ Empresas Administradoras de Planes de Beneficios. (EAPB)

SISTEMA 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 EAPB. Art 6 decreto 1011.

SISTEMA DE INFORMACIÓN: Es la Captura, almacenamiento, transmisión, análisis y seguridad de la Información. Resolución 1445 de 2006, modificada por la Resolución 3960 del 2008 de Acreditación de Servicios en Salud.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias que menoscaban la salud de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y colectivo.

SIGLAS

IPS. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

POS. Plan de Obligatoriedad de Salud.

SGSSS. Sistema de Seguridad Social en Salud.

ESE. Empresa Social del Estado.

SOGC. Sistema Obligatorio de garantía de la calidad.

EAPB: Empresas Administradores de Planes de Beneficios.

INTRODUCCIÓN

En Colombia la prestación del servicio de salud ha pasado por diferentes etapas. Las primeras corresponden a la expansión del sistema de hospitales públicos en las poblaciones y municipalidades impulsadas por la iniciativa e inversión privada, la siguiente corresponde a la época de la intervención estatal a través de la operación directa de los sistemas de salud con fuerte presencia del gobierno nacional; a continuación, se presentó el período de descentralización en el ámbito financiero y operacional, la fuerte crisis de los servicios dio paso a la autorización de operación privada de los servicios públicos de salud que contempla la Ley 100 de 1994.

Según Varela (2007), en Colombia al igual que en la mayor parte del mundo, la prestación de los servicios de salud habían tenido un carácter monopólico, dado que prácticamente el conjunto de las actividades se realizan por un único prestador que integra verticalmente desde la enfermedad en sus fuentes, hasta la propia recolección y tratamiento de las personas enfermas. En algunos casos, en Colombia se ha empezado a implementar la creación de empresas diferenciadas encargadas de tratar las diversas situaciones de salud, pero éstos son apenas pasos iniciales y el modelo aún no se ha generalizado.

El servicio de salud en la mayoría de las grandes ciudades de Colombia fue prestado por el Estado durante la mayor parte del siglo anterior. Dentro del proceso de liberación de los mercados, como una política impulsada por el gobierno central en Colombia, algunos de los antiguos monopolios naturales pasaron de las manos del Estado a las empresas privadas.

Siguiendo con Varela, (2007). Una mirada retrospectiva de los procesos de transformación de las empresas de servicios públicos en Colombia, a varias décadas de aplicación e implementación de la normatividad, nos muestra situaciones diferenciadas y contrapuestas. En efecto, una parte significativa de las principales

empresas de servicios públicos de salud colombianas transformó su naturaleza del modelo anterior de entidades municipales al de empresas industriales y comerciales del Estado, luego hacia el esquema de las sociedades por acciones. Este ha sido un paso incitado en el diseño de la Ley, con el fin de promover la participación del capital privado en la inversión y gestión de dichas empresas.

El presente documento reseña los alcances y avances alcanzados a través de la ejecución de la investigación titulada “Evaluación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en las Empresas Sociales del Estado, del primer nivel de complejidad del departamento del Huila, durante el año 2013, con características de las practicas de la cultura organizacional”, buscando evidenciar el objetivo de “Evaluar la estructura, los procesos, la operación y los resultados del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud, de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad del departamento del Huila, desde la perspectiva de la cultura organizacional, y proponer estrategias de transformación y cambio de la cultura organizacional hacia el mejoramiento del SOGC”

En consecuencia, la indagación es realizada en primera instancia a partir del análisis documental de los manuales y guías dispuestas por el gobierno nacional para la implementación del sistema en Colombia; e investigaciones abordadas por científicos nacionales y latinoamericanos. En segunda instancia se define un marco teórico referencial para la ejecución del trabajo de campo, codificación de las respuestas de los encuestados en el programa estadístico SPSS, la construcción de una base de datos y por último el establecimiento de las principales variables y las relaciones entre; el análisis de los documentos, la teoría seleccionada y la encuesta estructurada que mide la satisfacción de los usuarios del sistema de salud objeto de estudio. En este contexto, los resultados se presentaran a través de tablas de relaciones y análisis gráficos estadísticos.

De lo anterior es importante resaltar que el presente estudio se orientó a estudiar y analizar la última reforma de la administración pública en el sector salud, servicio que ha estado orientado a través de políticas públicas que pretenden el bienestar humano y han estado influenciadas por los modelos económicos mundiales asignados para Latinoamérica, conservando en su interior la tradición institucional de actuar e intervenir a los usuarios ahora llamados clientes para el mantenimiento del saneamiento del medio ambiente, el control de las enfermedades transmisibles, la educación sanitaria u la organización de los servicios médicos.

En cuanto al desarrollo de los dispositivos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud se puede apreciar que estos se encuentran concentrados con mayor porcentaje en los espacios urbanos.

Ahora bien, cada uno de los parámetros y procedimientos que se vincularon a través de variables, categorías y subcategorías de análisis, encontraron su nicho en teorías referentes al sentido y significado de la percepción humana y la cultura organizacional contemporánea, razón por la cual se encuentra entre los resultados un paralelo cualitativo desde lo cuantitativo sobre el cumplimiento o no de los derroteros dispuestos para el sistema en sus distintos componentes evaluados, ubicados a nivel municipal.

En lo que se refiere análisis involucran a dieciséis ESE de las instituciones del Sistema de Seguridad Social del departamento del Huila como muestra aleatoria intencional, por cuanto sus acciones y competencias se relacionan con los resultados esperados y contribuyen a mejores condiciones de salud y calidad de vida de la población. Por lo tanto, el modelo de gestión se orienta a la construcción y aplicación de los objetivos, metas, estrategias y acciones relacionadas con la salud concebida en el Plan Nacional de Salud Pública, según el nivel y tipo de intervención que realiza a la comunidad y población involucrada. Este nivel de gestión involucra a los actores

institucionales encargados de la operación de la atención en salud, en quienes su actuar está definido por las competencias, responsabilidades y funciones establecidas normativamente.

Dentro de los resultados de esta investigación se relacionan los elementos teóricos de dos modelos administrativos que estudian la cultura organizacional incorporada a los servicios de salud, uno de ellos fue acogido por el gobierno nacional y representan la garantía de calidad para la atención integral de los servicios de salud para todos los ciudadanos colombianos, derivado de la vertiente macroeconómica neoliberal, identificad por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP dentro del enfoque analítico-cualitativo, con perspectiva antropológica. El segundo modelo asume los postulados de la profesora Renée Bédard, autora del rombo filosófico, mediante el cual acuño los fundamentos del pensamiento y las prácticas administrativa para los servicios hospitalarios, su concepción humanista propone un enfoque que reconoce al ser humano por sus particularidades individuales y potencia los conocimientos y capacidades del grupo interno de trabajo desde el ámbito institucional biopsicosocial.

De otra parte se reflexiona a través de todo el escrito sobre la necesidad de identificar las limitaciones de cada una de las escuelas de pensamiento administrativo del sistema social y neo humano relacionista, los aciertos y desaciertos de la administración desde la consulta sobre la satisfacción de los usuarios de las EPS municipales, a través de la *“Evaluación del sistema obligatorio de garantía de la calidad en las empresas sociales del estado del primer nivel de complejidad del departamento del Huila durante el año 2013, con características de las practicas de la cultura organizacional”*. En lo concerniente al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad – SOGC, definido por el gobierno nacional *“como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país, estructurado en cuatro componentes: Habilitación, PAMEC, Sistemas de Información y Acreditación*, se concluyó que este régimen representa

la ejecución de la política social que establece una relación interpersonal de roles sociales entre el usuario y la organización local para el desarrollo social comunitario, instrumento que deberá proporcionar la dignidad de los seres humanos involucrados en el proceso inherente a su calidad de vida, derecho estimado por la Constitución Política de Colombia de 1991 a modo de amparado al desarrollo humano.

CAPITULO 1

EL OBJETO DE ESTUDIO Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1 APROXIMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

La presente investigación ha tomado como objeto de estudio el sistema de salud pública ejercido en Colombia, régimen ejecutado a través de políticas públicas regladas a través de leyes y decretos a fin de hacer cumplir cada uno de los lineamientos técnicos y científicos necesarios para obtener un servicio de calidad con equidad para los ciudadanos de todo el territorio nacional, tal y como lo preceptúa la Constitución Política de Colombia de 1991. En cumplimiento al derecho a la salud con calidad se crea el régimen denominado, “Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad” aplicable a todas las Empresas Sociales del Estado, promulgado a través del Decreto 1011 de 2006.

En consecuencia, la investigación se propuso evaluar el sistema obligatorio de garantía de la calidad en las Empresas Sociales del Estado del primer nivel de complejidad del departamento del Huila durante el año 2013, con énfasis en la cultura organizacional apropiada para cada uno de ellos, para lo cual se realizó en primer lugar un análisis de la percepción de los usuarios del servicio de salud de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad y su desempeño, el cumplimiento de los estándares básicos de habilitación, el PAMEC, el sistema único de Acreditación y el Sistema de información, ubicando en los aspectos de mayor relevancia a los resultados de las etapas anteriores, es de anotar que la presente evaluación, se realizó siete años después de la puesta en vigencia del actual “Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad – SOGC”.

En el departamento del Huila, están legalmente constituidas 37 Empresas Sociales del Estado de primer nivel de atención, una por cada uno de los 37 municipios que hacen parte del departamento. De las 37 ESE se seleccionaron como grupo focal para la presente investigación 16 de ellas, teniendo en cuenta para su selección la ubicación geográfica, la facilidad de acceso a la información y la selección de grupos para aplicación de los instrumentos de indagación. Por consiguiente, la muestra es intencional clasificada como aleatoria o probabilística en virtud a que todos los sujetos de la población consultada han tenido la misma probabilidad de ser escogidos o seleccionados, garantizando con ello una manera eficaz para extrapolar los resultados. (*“Las muestras aleatorias son muestras elegidas al azar, mientras que las muestras intencionales se eligen con un propósito (es decir, de forma determinista y no al azar). Sin embargo la combinación de las dos existe y se denomina "muestreo intencional aleatorio".*) Tomado: <http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestreo.pdf>

En consecuencia, para evaluar el cumplimiento del SOGC, fueron seleccionados para cada componente del sistema cuatro variables para la etapa de habilitación, cuatro para el sistema PAMEC, cuatro en el Sistema único de acreditación y dos para sistema de información, en el entendido que estas últimas están determinadas por las acciones a que hace alusión el marco teórico normativo. A continuación se reseñan cada uno de los componentes del sistema evaluados.

COMPONENTES DEL SISTEMA	CRITERIOS
HABILITACIÓN NOTA: Los criterios básicos de habilitación no serán evaluados, en virtud a que si la ESE funciona actualmente es porque los cumple para poder colocar en marcha sus servicios.	• Establecimiento de nuevos servicios • Inscripción y registro • Verificación • Autocontrol para mantener las condiciones
PAMEC (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad)	• Existencia de documento PAMEC • Definición de procesos prioritarios accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad • Criterios y métodos de evaluación • Evaluación sistemática de procesos prioritarios desde la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad
SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN	• Autoevaluación para la acreditación y existencia del respectivo documento • Calificación obtenida producto de la autoevaluación mayor de uno • Existencia de planes de mejoramiento para la acreditación o la existencia de procesos para la acreditación priorizados en el PAMEC • Existencia de la evaluación externa para la acreditación
SISTEMA DE INFORMACIÓN	• Reporte oportuno de los indicadores de calidad definidos por el SGSSS • Cumplimiento del estándar de cada Indicador

Fuente: Elaboración Propia (Charry D. y Borja L.)

Por lo que se refiere a la interpretación de resultados, es importante anotar que la variable denominada “percepción” fue tomada en cuenta, en la indagación telefónica efectuada a los usuarios del sistema de salud objeto de estudio, bajo la modalidad de satisfacción del usuario.

El significado y sentido del término percepción, es definido por el diccionario especializado como la “Función psíquica que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir y elaborar las informaciones provenientes del exterior y convertirlas en totalidades organizadas y dotadas de significado para el sujeto” (Bruno, (1997)). Por otra parte, se define como “el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información

respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos” (Gibson, (1979)), esta definición se enmarca como concepto en planteamiento ecologista del científico James Jerome Gibson, contenido en el libro “The Ecological Approach to Visual Perception”, publicado en 1979, quien define que la teoría de que la percepción es un proceso simple.

En consecuencia, el científico, Ulrich Neisser, precisa que la percepción es un proceso activo constructivo, dispositivo acuñado por la psicología moderna para referirse a que la “interacción con el entorno no sería posible en ausencia de un flujo informativo constante....(...)”, de la misma manera define que la percepción “es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema” (Neisser, (1967), pág. 67).

Por último es importante destacar que los procesos mentales interfieren en el conocimiento de la realidad la cual requiere de operaciones mentales más simples (percibir, recordar, prestar atención) o más complejas (comprender, transmitir, reflexionar). Es posible a través de estos procesos producir una representación mental que nos permite evocar un objeto o situación que no está presente.

El sistema mental funciona basándose en representaciones internas de conocimientos, entidades simbólicas que reciben diferentes nombres: plan, guión, esquema, en el entendido que cuando se refiere a la cognición para tratar luego sus características, se debe tener en cuenta que no es posible una única mirada a su significado en la psicología cognitiva actual, sino una variedad de enfoques que tratan algún aspecto particular de la cognición. La Psicología cognitiva formula teorías sobre la atención, la memoria, la percepción, la emoción, los procesos del pensamiento racional y la resolución de problemas y su aplicación. Se propone estudiar la mente, es decir las representaciones mentales, con métodos objetivos. Cognición quiere decir

conocer, pero también hace referencia a saber, aprender y estudiar. (Pozo, (1989), pág. 67)

Para efectos de esta investigación la percepción se interpreta como un proceso donde la persona selecciona, organiza e interpreta los estímulos y les da un significado. Por otra parte la cultura organizacional, considerada por el profesor de la Universidad del Valle, Álvaro Zapata como un “conjunto de suposiciones, creencias, valores y normas que comparten los miembros de una organización”. (Zapata & Rodríguez, (2008)).

Con respecto a variable dependiente, “cultura organizacional” considerado genéricamente como el proceso de socialización que se da dentro de una empresa, a través de una objetivación social, advirtiendo que “no existe organización alguna, sin una cultura inherente que la identifique, la diferencie de otras y además oriente su accionar y modos de hacer, rigiendo sus percepciones y la imagen que sus públicos tengan de ella” (Trelles, (2001), pág. 154). Manifestaciones que son a la vez categorías de análisis, a través de las cuales se puede llevar a cabo el diagnóstico cultural de la ESE, objeto de estudio. Así mismo, como el desarrollo del marco interpretativo para que el recurso humano indagado, puedan dar significación a las actividades organizativas.

Respecto a la cultura organizacional, se presentan dos grandes tendencias entre las escuelas de pensamiento, la primera, concibe la cultura como elemento esencial en la vida organizacional: una variable influyente en el comportamiento empresarial, del mismo modo que podría influir el clima, los conflictos o el liderazgo (algo que se tiene) y la segunda, identifica como esencia organizativa (metáfora básica): conformadora de sentido, con la posibilidad de ofrecer una interpretación compartida de la realidad que facilita la habilidad de organizarse. La cultura desde esta óptica, promueve el sentido del orden y la lógica que simbólicamente constituye la organización (algo que se es). (Kreps, (1990)), para lo cual “La principal función de los

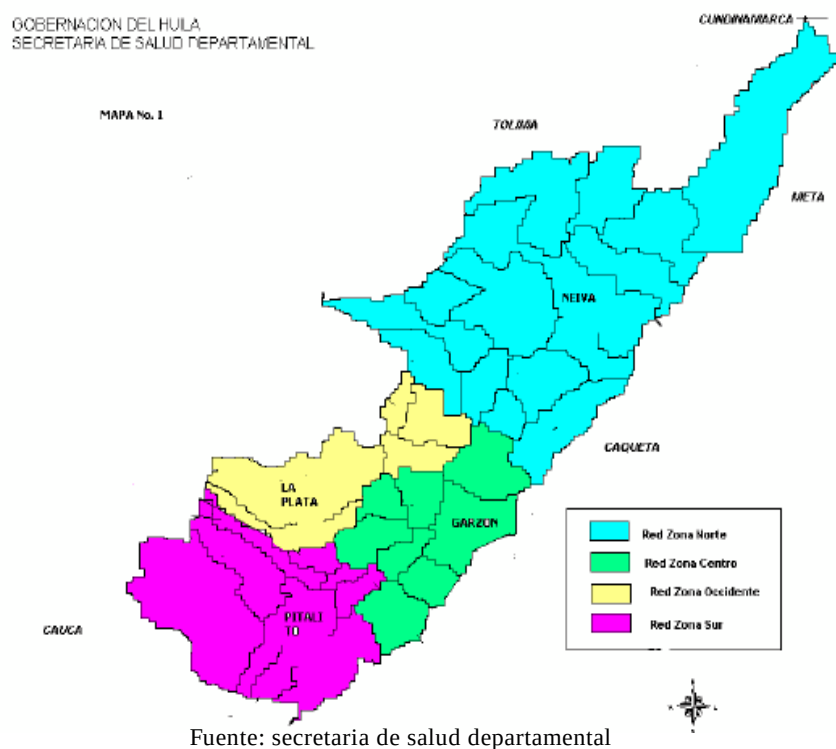
canales de comunicación interna es permitir un desarrollo, coordinación y cumplimiento formales de las tareas transmitiendo mensajes que informen y ayuden a los miembros de la organización a comprender el estado actual de la organización y sus roles en la misma” (Kreps, (1990))

A la sombra de esta segunda perspectiva: simbólico- interpretativa, al incorporar el enfoque cultural, la organización se percibe como construcción simbólica materializada comunicativamente; un proceso mediante el cual se conforman, transmiten y desarrollan los significados. La empresa constituiría un sistema cultural, una construcción social constituida simbólicamente y mantenida por la interacción social de sus miembros. Se entendería la cultura como esencia de la organización.

Desde una perspectiva sistémica, algunos autores entienden la organización como sistema compuesto de subsistemas en continua interacción, y a la cultura, como una variable interna más de la organización, producida por ella. No obstante, no tiene que existir un divorcio entre ambas corrientes teóricas, pues el fenómeno cultural constituye, además, un sistema de significados compartidos donde la gente, la estructura organizacional, los procesos de toma de decisiones y los sistemas de control interactúan y producen normas de comportamiento. En él interviene el sistema comunicativo, que sirve de mediador en el intercambio con miembros de similares patrones de conducta, los cuales comparten lógicas simbólicas a través de un sentido de pertenencia referido a la cultura organizacional. (Trelles, (2001))

Gráfico 1.

Distribución Geográfica de Conformación de Redes Servicios de Salud.



1.2 Ubicación Geográfica al Objeto de Estudio

El departamento del Huila está dividido en cuatro zonas de acuerdo a su distribución geográfica y así mismo se encuentra distribuida su red de prestadores de servicios de salud.

Distribución que quedó conformada de acuerdo a sus niveles de complejidad y concentración de la población según la frecuencia de uso, distribuidas así: (Manual de referencia y contra referencia 2008)

Zona Norte:

Donde el centro de referencia es Neiva, y se cuenta con la ESE Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, que tiene a cargo 15

municipios para la atención del segundo nivel de complejidad y además es el centro de referencia de todo el departamento en tercer nivel de atención y cuarto nivel de complejidad. Esta zona tiene el mayor número de Instituciones Prestadoras de Salud - IPS para la atención de la población, ya que cuenta con IPS privadas de segundo y tercer nivel de atención, como son: Clínica Medilaser S.A, Clínica Saludcoop, Clínica Uros, Clínica Emcosalud, Clínica Bello Horizonte, Clínica Oftamolaser, Clínica de cirugía ocular, Clínicas de Odontología, laboratorios clínicos, centros de ayudas diagnosticas entre otros.

Zona Centro:

Donde el centro de referencia es Garzón, con la ESE Hospital San Vicente de Paul, el cual tiene a cargo ocho municipios para la atención del segundo nivel de complejidad.

Zona Sur:

Donde el centro de referencia es Pitalito, con la ESE Hospital San Antonio, la cual tiene a cargo nueve municipios para la atención del segundo nivel de complejidad.

Zona Occidente:

Donde el centro de referencia es el municipio de la plata con la ESE Hospital San Antonio de Padua, la cual tiene a cargo cinco municipios para la atención del segundo nivel de complejidad.

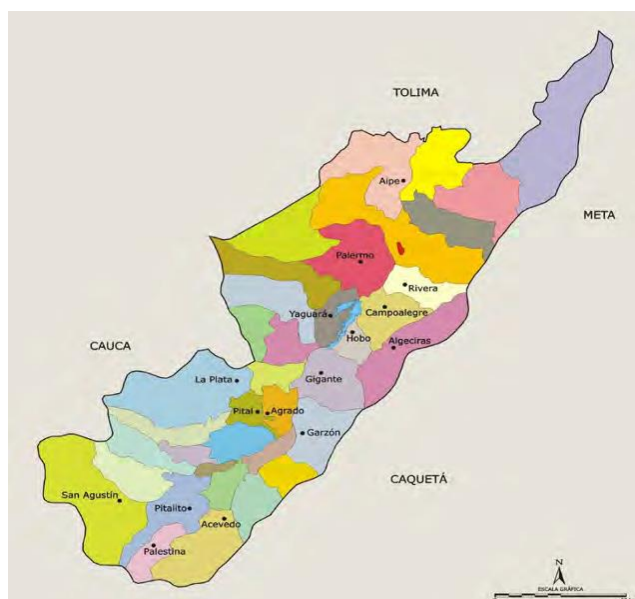
Dado lo anterior el Departamento del Huila en su red pública, cuenta con 37 Empresas sociales del Estado de primer nivel, una por cada uno de los 37 municipios, tres Empresas sociales del estado de segundo nivel, uno por cada una de las zonas geográficas del departamento y un centro de referencia de tercer nivel en la Capital Neiva. Para el presente proyecto se tomaron como muestra aleatoria intencional las siguientes Empresas sociales del Estado con sus respectivos municipios:

El departamento del Huila, y de manera específica las instituciones encargadas de brindar una adecuada atención en salud, no posee información objetiva que permita evaluar la calidad de los servicios prestados; por ello es importante contar con criterios de información claros que permitan evaluar y conocer el grado de accesibilidad, oportunidad, seguridad y pertinencia de los usuarios del sistema, más aún, cuando la Ley lo exige y en el Departamento se cuenta con un ente regulador que es la Secretaria de Salud.

1.2.1 E.S.Es municipales seleccionados como muestra y grupo focal

Gráfico 2.

Municipios del departamento del Huila Objeto del Estudio.



Fuente: <http://www.sogeocol.edu.co/huila.htm>. Mapa digital integrado. IGAC 2002.

Fuente: Sociedad Geográfica de Colombia. Atlas de Colombia, IGAC. 2002.

Fuente Barimetría: Profesor José Agustín Blanco Barros

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO JAVIER

Organismo de salud del municipio de Acevedo, inició labores el tres (3) de diciembre de 1952, se descentralizó en Instituto Municipal de Salud, y posteriormente

mediante decreto 007 del 6 de enero de 1998 se convirtió en Empresa Social del Estado, hoy denominada ESE Hospital San Francisco Javier de primer nivel de complejidad y cuenta con los servicios de: Odontología, laboratorio clínico, sala de parto, fisioterapia y traslado asistencial básico, entre otros.

E.S.E HOSPITAL MUNICIPAL SAN ANTONIO DEL AGRADO

Se encuentra ubicado en la calle 1 No. 1-01 teléfonos: 8322005, Empresa Social del Estado, entidad descentralizada, con prestación de servicios de primer nivel de complejidad, brinda a la población el servicio de salud entre los cuales se destacan las siguientes funciones: urgencias hospitalización y partos las 24 horas. Sistema de referencia y contra referencia (traslado terrestre de pacientes), consulta externa, apoyo diagnóstico y terapéutico promoción y prevención.

E.S.E HOSPITAL SAN CARLOS

Entidad prestadora de servicios de salud de Primer Nivel de Complejidad del Municipio de Aipe. Cuenta con los servicios de; Consulta externa promoción y prevención, farmacia hospitalización, laboratorio clínico, odontología, urgencias observación y terapia física.

E.S.E HOSPITAL MUNICIPAL ALGECIRAS- HUILA

Institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de complejidad ofrece: Urgencias (todos los días 24 horas). Consulta externa, hospitalización, transporte asistencial, radiología, odontológicas, Vacunación, Atención preventiva salud oral, higiene oral, planificación familiar, promoción en salud, promoción y prevención, entre otras.

E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO

Empresa Social del Estado, de primer nivel de complejidad que presta los servicios de medicina general, prevención y promoción, y control prenatal, control de

crecimiento y desarrollo, control cardiovascular, control de planificación familiar, toma y lectura de citología, control de patología, salud oral y patologías, laboratorio clínico, farmacia, imágenes diagnósticas, servicio médico quirúrgico, servicio de ambulancia y fisioterapia, consulta ginecológica y ecografía obstétrica, entre otras del Municipio de Gigante.

E.S.E. HOSPITAL LAURA PERDOMO DE GARCÍA

Entidad prestadora de salud, la entidad convertida en ESE, mediante Acuerdo número 026 del Honorable Concejo Municipal, actualmente la ESE es catalogada como una entidad descentralizada de primer nivel de complejidad, presta los servicios de Urgencias 24 horas, consulta ambulatoria médica y de enfermería, (Consulta médica general, actividades de promoción y prevención, Protección específica Plan ampliado de inmunizaciones) Laboratorio clínico básico, Odontología (Consulta y actividades de primer nivel), hospitalización, partos de bajo riesgo y servicio de farmacia del Municipio de Yagura.

E.S.E. HOSPITAL ARSENIO REPISO VANEGAS

Entidad prestadora de salud de primer nivel de complejidad, Presta los servicios de Urgencias 24 horas, consulta ambulatoria médica y de enfermería, (Consulta médica general, actividades de promoción y prevención, Protección específica Plan ampliado de inmunizaciones) Laboratorio clínico básico, Odontología (Consulta y actividades de primer nivel), hospitalización, partos de bajo riesgo y servicio de farmacia del Municipio de San Agustín.

E.S.E HOSPITAL DIVINO NIÑO

Entidad prestadora de Salud de primer nivel de complejidad, cuenta con los servicios de; Consulta externa promoción y prevención, farmacia hospitalización, laboratorio clínico, odontología, urgencias observación y terapia física del Municipio de Rivera.

E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASÍS

Empresa Social del Estado de primer nivel de complejidad que cuenta con los servicios de: urgencias, consulta externa, partos, laboratorio clínico, odontología, promoción y prevención, vacunación, radiografías, urgencias del Municipio de Palermo

E.S.E HOSPITAL MUNICIPAL DE HOBO

Institución prestadora de servicios de salud, de primer nivel de complejidad, con servicios habilitados de urgencias, consulta externa. Laboratorio clínico, odontología, promoción y prevención.

E.S.E. HOSPITAL DEL ROSARIO

Se convirtió en Empresa Social del Estado, de primer nivel de complejidad, mediante acuerdo No 036 del 28 de Septiembre de 1996, ésta cuenta con autonomía administrativa; personería jurídica y patrimonio y rentas propias presta los servicios de sala de partos, transporte ambulancia, farmacia, fisioterapia, odontología, laboratorio clínico, servicio de pediatría, psicología del Municipio de Campoalegre.

E.S.E. HOSPITAL CAMILO TRUJILLO SILVA

Institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de complejidad cuenta con los servicios de transporte asistencial básico, vacunación, urgencias, odontología, consulta externa, promoción y prevención entre otras del Municipio de Palestina

E.S.E HOSPITAL SAN ANTONIO

Es una Empresa Social del Estado, que presta servicios de salud de primer nivel de complejidad a toda la población, con personal capacitado que ofrece atención

integral, oportuna y humanizada. Cuenta con los servicios de: Urgencias 24 horas, consulta ambulatoria médica y de enfermería, (Consulta médica general, actividades de promoción y prevención, Protección específica Plan ampliado de inmunizaciones) Laboratorio clínico básico, Odontología (Consulta y actividades de primer nivel), hospitalización, partos de bajo riesgo y servicio de farmacia del Municipio de Timana.

ESE MANUEL CASTRO TOVAR DE PITALITO

Es una Empresa Social del Estado, que presta servicios de salud de baja complejidad, con personal idóneo, calificado y comprometido; con tecnología apropiada y procesos que garanticen la rentabilidad social y financiera certificado en calidad INCOTEC ISO 9001, con ubicación principal centro de salud Calamo: cra 14A No. 9A - 65 y con Sucursales en Panorama, comuna dos y en el corregimiento de Brucelas del Municipio de Pitalito al Sur del Huila.

ESE SAN SEBASTIÁN DE LA PLATA

Empresa Social del Estado, es una entidad pública de categoría especial, descentralizada, con personería jurídica y autonomía administrativa, la cual fue creada mediante el Acuerdo N° 025 de 1997 promulgado por el Honorable Concejo Municipal de La Plata Huila, se encuentra localizada su sede principal en la carrera 4 No. 9-103 del barrio San Rafael del Municipio de La Plata.

ESE MARÍA AUXILIADORA DE GARZÓN

Empresa social del Estado, que presta los servicios de salud ambulatorios de baja complejidad con calidad y tecnología apropiada, que permite brindar una atención integral, oportuna y amable a sus usuarios, ubicado en Cra 3 No. 3 – 39 centro en el Municipio de Garzón; con horario de atención al público: Lunes a Viernes: de 06:00 am a 04:00 pm y Sábado de 06:00 am a 11:00 am.

1.3 EL PROBLEMA

Revisadas bases de datos de estudios del sector salud, no se encontraron evaluaciones efectuadas al sistema obligatorio de garantía de la calidad en los territorios, que sirvan para comprobar los adelantos y retrocesos que se han ocasionado en materia de la calidad de atención en salud para todos los ciudadanos sin discriminación socioeconómica ni cultural alguna.

1.31 Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las características reales de la estructura, los procesos, la operación y los resultados del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud (SOGCS), de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad del departamento del Huila, (2009-2013) analizados desde la perspectiva de la Cultura Organizacional?

1.3.2 Justificación

La reforma de salud en Colombia propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayor protección social y acceso universal a la atención de salud. Los estudios que dieron soporte a dicha reforma destacan las diferencias significativas en mortalidad infantil, expectativa de vida y discapacidad relacionadas con niveles de instrucción, ingreso y ocupación, que son "producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación que abarca muchas esferas de la vida de las personas". El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad nace como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país; sin embargo, la calidad de la atención en salud no es optima y se expresa con singular dureza en la disminución de la esperanza y calidad de la vida de las personas y un aumento en la discapacidad y dependencia" (ONU, (2005)).

La influencia de la cultura organizacional sobre las características de estructura, procesos, operación y calidad de la atención en el marco del Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud, en las ESEs de primer nivel de complejidad, busca una aproximación al entendimiento de los procesos sociales que afectan a la salud y a los resultados de la implementación del sistema.

Razones por las cuales es necesario que tanto académicos como el aparato gubernamental indague con mayor constancia sobre los adelantos o retrocesos que produce la implementación de reformas que velan por los derechos de los ciudadanos como mandato constitucional.

1.3.3 OBJETIVOS:

1.3.3.1 Objetivo General

Evaluar la estructura, los procesos, la operación y los resultados del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud, de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad del departamento del Huila, desde la perspectiva de la cultura organizacional, y proponer estrategias de transformación y cambio de la cultura organizacional hacia el mejoramiento del SOGCS.

1.3.3.2 Objetivos Específicos.

- Describir el estado actual de cumplimiento de cada uno de los componentes del SOGC en salud, de las Empresas Sociales del Estado objeto de estudio
- Determinar el grado de cumplimiento global del SOGC en salud de cada una de las Empresas Sociales del Estado objeto de estudio
- Determinar la satisfacción global de los usuarios de cada una de las Empresas Sociales del Estado objeto de estudio.

- Describir tanto a nivel teórico como aplicado las prácticas actuales, los criterios de validez, los valores fundamentales y los principios fundadores, de cada una de las Empresas Sociales del Estado objeto de estudio.
- Elaborar un conjunto de relaciones entre el SOGC, la satisfacción global del usuario obtenida, y la cultura organizacional de las Empresas Sociales del Estado objeto de estudio.

CAPITULO 2

MARCO REFERENCIAL Y CONTEXTO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO:

A principios de los años noventa se establece el modelo de intervención que se hizo efectivo a través de la Ley 10 de 1990, para comenzar se optó por el reparto de competencias, asignándole a los departamentos la dirección seccional y la formulación de directrices locales, orientadas a principios como “*la complementariedad, gratuidad de los servicios esenciales, obligatoriedad de la atención inicial de urgencias,.....(...) y estímulos de medición de resultados para el sistema organizacional*” (Gonzalez Salas, (1997), pág. 457), adicionalmente se reordeno las fuentes de financiación acorde con las responsabilidades del gobierno departamental, quienes contaban con el 50% del situado fiscal destinado para la salud y el traslado de recursos provenientes de los impuestos al valor agregado IVA, situado como inversión social.

Seguidamente, resultado de la reforma a la Constitución Política de Colombia en el año 1991, y con la expedición de la ley de distribución de competencias y recursos aprobado por el Congreso de la República en la legislatura 1992 – 1993, y posteriormente la reforma al sistema de salud con la ley 100 de 1993 “*Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*”, se modificaron las finanzas del sector, puesto que con mayores recursos recaudados se podía financiar los sectores más vulnerables y desprotegidos por el anterior sistema que se sostenía con los dineros provenientes de los aportes de los empleados formales y de los patronos que giraban al Instituto de Seguros Sociales - ISS y las Cajas de Previsión, pagos estimados en el 65.8 % en 1991, para la atención de los trabajadores públicos y privados vinculados mediante contratos laborales, quedado fuera del sistema los ciudadanos independientes y desempleados.

El análisis de la situación determino cambios en la estructura organizacional del sector y la orientación de la gestión a nivel nacional, para ello se instauró primero que todo

la reforma al Ministerio de Salud, en una primera etapa (1990-1992), reformas de carácter global que tuvieron repercusiones intersectoriales, *“modificando las relaciones entre los actores públicos y privados al mismo tiempo que abría espacios con la idea de incrementar la eficiencia, mejorar la calidad de la atención, promover la equidad entre distintas regiones y grupos sociales, ampliar la cobertura y reorientar la asignación de recursos”* (Barrera, Rodriguez, & Bedoya, (2007), pág. 145). Es más, las reformas de este tipo promovieron la descentralización administrativa real instaurada por la Constitución Política de 1991, para mejorar los servicios y aumentar coberturas y servicios a nivel regional, así como para fomentar la participación social y crear sistemas de protección social inclusivos, además del desarrollo alternativo de una gestión pública eficaz en el manejo de los recursos con autonomía y en condiciones técnicas y administrativas que trasladaban la responsabilidad del gobierno central a los gobiernos departamentales y municipales. En ese caso, la reforma planteada en el año 1993, denominada *“Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS”*, fue calificada como un esfuerzo prolongado de reestructuración en los sectores sociales en América Latina que definió una estrategia de aseguramiento obligatorio y solidario integrada al proceso de descentralización de la prestación de servicios de salud en todo el territorio nacional con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y aumentar la efectividad en el uso de los recursos.

Entre los supuestos de la reforma y las premisas en que se basó la reorganización administrativa pública se implanto el Sistema Nacional de Salud, el cual debía operar con vigilancia y control por parte de los organismos del Estado a fin de garantizar la diligente actuación de las autoridades e instituciones prestadoras de los servicios salud. Frente a la tradición institucional y los antecedentes del sector se encuentra como coyuntura de transición el *“Plan de Desarrollo de Economía Social”* del entonces presidente Virgilio Barco y el de la *“Revolución Pacífica”* Plan de desarrollo del presidente Cesar Gaviria, con el advenimiento del nuevo gobierno de la universalización y unificación de los subsectores oficiales y de seguridad social y la eficiencia administrativa que hacía parte de la Ley 10 de 1990, cuyo principal objetivo era el de atender directamente los problemas de salud de la

población, esta ley tuvo concreción efectiva, con la expedición de las leyes 60 y 100 de 1993.

Retornando el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano, política considerada por los economistas neoconservadores como un “*sistema de salud de competencia regulada*”, basado en la compartición de responsabilidades pública-privada y mercado-regulación y cuyas principales fuentes de financiamiento eran las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado el sistema comienza a conducirse a través de las Empresas Promotoras de Salud – EPS, entidades público -privadas que operan como aseguradoras y administradoras encargadas de proveer los servicios de atención a los usuarios, de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud - POS. “*El contenido del POS del régimen subsidiado representa cerca del 60% del que tiene el régimen contributivo. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), se encarga de reconocer el pago a las EPS, según el número de afiliados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y trasladar recursos fiscales para el régimen subsidiado*” (Agudelo, Cardona, Ortega, & Robledo, (2011)).

Como era de esperarse el ámbito de la macroeconomía, conformada por la estructura productiva y salarial, la distribución del ingreso, el empleo y las tendencias económicas eran parte de las incidencias del modelo de industrialización. Así como, la concentración del ingreso, los recursos fiscales, la descentralización, entre otros aspectos, convulsionaron el sistema y el desarrollo social, en especial los más pobres, concentrados en las comunas de las grandes urbes o en municipios alejados del gobierno central. Vale la pena aclarar que en este tipo de diseños, interfieren actores políticos e instituciones que hacen parte de las líneas de planeación, decisión, asignación de recursos y operación, entre ellos se encuentran, el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia de Servicios de Salud, entidades territoriales y Secretarías de Salud, EPS, IPS, hospitales de diferente nivel y comunidades. Cada uno de estos organismos tiene un papel en términos del

mercado o de regulación y se encuentran en medio de esquemas de relación, articulación, subordinación y participación.

En consecuencia, el modelo creado aplicado a través de Empresas Prestadoras de Salud se constituyó en una alianza de capital, gestión y administración pública - privada, con o sin ánimo de lucro, que se fueron acondicionando franqueando una gran cantidad de normas y supuestos que aún no han definido en última instancia, su carácter político, social, ni económico dentro de la progresión de desarrollo local, puesto que exclusivamente “*han servido para mediar conflicto de intereses, puesto que operan como ...(...) agencia, en defensa del usuario y con frecuencia su papel es poco transparente*” (Agudelo, Cardona, Ortega, & Robledo, (2011)), de la misma manera, tampoco ha sido posible determinar de manera precisa su rentabilidad, cuando se trata de entidades con ánimo de lucro, mucho menos cuando fungen de ser lo contrario. “....Según los datos encontrados en los documentos de análisis y reflexión sobre el SGSSS o aspectos específicos de tipo administrativo u oficial expuestos por (Agudelo, Cardona, Ortega, & Robledo, (2011)), en la investigación realizada en torno a los 20 años de salud en Colombia.

De otro lado, los servicios de salud prestados directamente por el Estado a nivel territorial, produjeron por una parte cambios sustanciales en la forma de cómo se eran entregados los recursos a los hospitales públicos, asignados antes de la última reforma desde el centralismo administrativo mediante presupuestos denominados “*subsidios a la oferta*”, estos “*no relacionaban el tipo y cantidad de pacientes atendidos, ni el volumen y calidad de los servicios producidos*”. (Ministerios de Salud y Protección Social , (2004)), justificación invocada para que los hospitales públicos, se debieran convertir en entidades autónomas eficientes denominadas “*Empresas Sociales del Estado*”, y fuesen eliminados gradualmente los “*subsidios de oferta*”. Mediante el proceso de transición, se fueron ajustando las condiciones de gestión interna a los usuarios, la cultura y la epidemiología preponderante de la región donde operaban, lo mismo que al tipo de servicios prestados, para ser substituidos por recursos provenientes de la contratación con las E.P.S, quienes reciben actualmente una UPC o “*prima ajustada por riesgo por cada afiliado*” destinada a

financiar la prestación de servicios. Este mecanismo fue denominada en la nueva ley como los “*subsidios de demanda*” (Ministerios de Salud y Protección Social , (2004))

Como se puede apreciar en el corto recorrido histórico, las vicisitudes y alcances de los sistemas de salud en Colombia, asimilado como un nuevo esquema de seguridad social en salud, plantea según el informe de la CEPAL/GTZ, una estrategia fundamental para la competencia regulada entre aseguradores y prestadores del servicio, estimulando una mejoría en la eficiencia y utilidad de los recursos incorporados a la calidad en la prestación de los servicios. Innegablemente “*como estrategia de fondo para asegurar la meta de universalidad en la cobertura*”,.... (...) *aumentar y distribuir equitativamente los recursos del sistema, al incrementar las contribuciones individuales de los trabajadores y patronos*” (Morales Sanchez, (1997), pág. 11), como también los recursos provenientes de los aportes fiscales. Lamentablemente, sobre la calidad en la prestación del servicio a los ciudadanos poco se discute en estos ámbitos.

2.2.1 Marco normativo aplicable al sistema de seguridad social en Colombia

Tabla 1.

Marco normativo aplicable al sistema de Seguridad social en Colombia

Constitución Política Colombiana	1991	Establece la Seguridad Social como un derecho irrenunciable y un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado. Incluye acceso garantizado a los servicios de promoción, protección y recuperación y el deber de autocuidado de la salud por parte de individuos y comunidades; sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. (Artículo 19, Constitución Política de 1991)
---	------	---

Ley 100	1993	Define los principios, la estructura y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las normas administrativas y de control y las responsabilidades de los actores para cumplir con su aplicación. Considera para el sistema dos regímenes de afiliación: el Contributivo y el Subsidiado
Ley 715	2001	Define la distribución de recursos del Sistema General de Participaciones y las competencias de las entidades territoriales en materia de salud pública, otorga al Departamento la responsabilidad de dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. (Artículo 43, Ley 715 de 2001)

Ley 872	2002	Crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios. El sistema de gestión de la calidad se desarrollará y se pondrá en funcionamiento en forma obligatoria en los organismos y entidades del Sector Central y del Sector Descentralizado por servicios de la Rama Ejecutiva del Poder Público del orden Nacional, y en la gestión administrativa necesaria para el desarrollo de las funciones propias de las demás ramas del Poder Público en el orden nacional. Así mismo en las Corporaciones Autónomas Regionales, las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral de acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993, y de modo general, en las empresas y entidades prestadoras de servicios públicos domiciliarios y no domiciliarios de naturaleza pública o las privadas concesionarios del Estado. (ARTÍCULO 2o. ENTIDADES Y AGENTES OBLIGADOS)
Decreto 2309	2002	Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Artículo 1º.

Decreto 4110	2004	Reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública. Artículo 1°. Adoptase la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2° de la Ley 872 de 2003; La Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004 es parte integrante del presente decreto, de obligatoria aplicación y cumplimiento, con excepción de las notas que expresamente se identifican como de carácter informativo, las cuales se presentan a modo de orientación para la comprensión o clarificación del requisito correspondiente.
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.
Ley 1151	2007	Expide el Plan Nacional de Desarrollo para el cuatrienio de 2006 al 2010 define los derroteros fundamentales, a los cuales apunta el país para superar sus situaciones más críticas. Allí se determinan los principales programas de inversión. (Capítulo 2, Ley 1151)

Ley 1122	2007	Establece, a cargo de las EPS, la responsabilidad de cumplir con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud y de implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y que éstos sean evaluados por resultados. (Artículo 14 de la Ley 1122) Establece que se “definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar”. (El Artículo 33 de la Ley 1122)
El Plan Nacional de Salud Pública se documenta en el Decreto 3039	2007	Define las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales y las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial

Fuente: Elaboración Propia (Charry D. y Borja L.)

2.2.2 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad En Salud – SOGC

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGC) plantea que el sector de la salud se encuentra inmerso en un sistema propio de calidad. Definido como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos,

mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud, para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”. Este sistema propende por proteger la vida y garantizar la salud de la población, y en él los temas de competitividad entre proveedores se incorporan como incentivos para el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio.

La diligencia con que se regula el servicio explica por qué en el sector se utilizan métodos específicos y porqué el Sistema de Calidad en el sector salud está más orientado hacia los resultados de la atención, que hacia la conformidad con unas especificaciones en el proceso, las cuales desde la perspectiva de este constituyen prerequisites para la calidad, pero no son su finalidad. Con relación a la calidad de la atención en salud, el Decreto 1011 de 2006 establece la Calidad de la Atención en Salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”, para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGC deberá cumplir con las siguientes características resumidas en el gráfico 5.:

En el mismo Decreto 1011 de 2006, se definen como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

- La habilitación: la cual se configura como una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud

- La auditoría para el mejoramiento de la calidad: identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continúa y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.
- Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina pre pagada.
- La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las entidades que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.
- El sistema de información para la calidad, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Gráfico 3

Características de la Calidad de la Atención de Salud



Fuente: Ministerio de Salud.

La habilitación al sistema de calidad de salud. Al respecto, es importante especificar que el Sistema Único de Habilitación se configura como el inicio de la implementación del SOGC para la Atención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Entendida esta como “el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico- administrativa indispensables para la entrada y permanencia en el sistema”. Este componente, busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la atención en salud.

La habilitación es de carácter obligatorio para todas las entidades Prestadoras de Servicios de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las redes integradas de Servicios de Salud. Los criterios de habilitación deben ser

asumidos por los prestadores de servicios de salud considerados como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud, los Servicios de Transporte Especial de Pacientes y Entidades con Objetos Social diferente a la prestación de servicios de salud, que presten algún servicio de salud, y las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado.

Para realizar la habilitación el ente de control debe evaluar las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, de capacidad técnico-administrativa y de capacidad tecnológica y científica para que estos organismos puedan entrar y permanecer en el Sistema Único de habilitación con las siguientes condiciones:

- Ser responsables de la veracidad de la información, de mantener las condiciones declaradas, de permitir la verificación, de renovar la inscripción y de presentar las novedades.
- La inscripción, el reporte de novedades y la visita de verificación son gratuitos. La habilitación comprende los procesos de autoevaluación y declaración, registro, verificación y conductas.
- La autoevaluación los prestadores evalúan sus condiciones respecto a los estándares descritos en el anexo técnico N° 1 de la Resolución 1043 de 2006.

No obstante existen situaciones particulares como la habilitación a centros de atención de drogadicción y servicios de fármaco dependencia o la modalidad de telemedicina se tendrá en cuenta, además, las Resoluciones 1315 y 1448 de 2006 respectivamente. Si el prestador va a utilizar la modalidad de telemedicina adjuntará además lo solicitado en la Resolución 1448 de 2006, o en su defecto las entidades antes de iniciar la prestación de servicios por primera vez o de reiniciar prestación de servicios, después de un cierre de la totalidad de los servicios por un acto

administrativo en firme, o por una novedad de cierre de la totalidad de los servicios por parte del prestador, cuando la inscripción quede inactiva por incumplimiento de actualización de la información, los Prestadores de Servicios de Salud deberán autoevaluarse, como proceso previo a la inscripción en el Registro Especial de Prestadores (REPS).

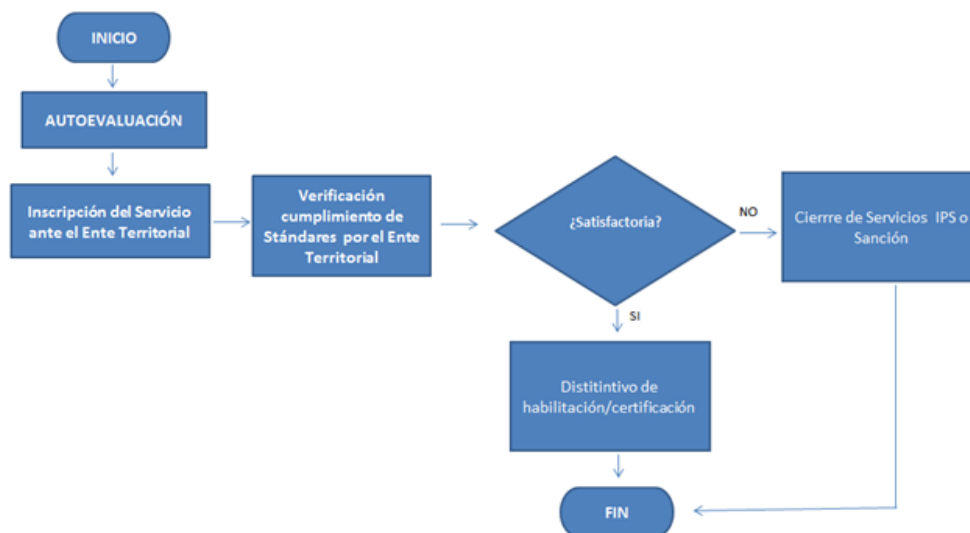
Las IPS nuevas y los servicios nuevos de urgencias, nefrología, diálisis renal, trasplante y cuidado intensivo, requerirán visita previa de condiciones de habilitación por parte del ente territorial y para el servicio oncología, la verificación y habilitación se realizarán por parte del Gobierno Nacional. Una vez se surtan estos pasos, los prestadores presentan los soportes ante la Dirección Departamental o Distrital de Salud si el prestador corresponde a una IPS, entre los soportes, además deberá presentar el PAMEC (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud) y es conveniente llevarlo en medio magnético para que pueda leerse según el aplicativo desarrollado por el Ministerio para tal fin; la Dirección Departamental o Distrital de Salud entonces le asigna un código y la fecha de radicación del mismo, con lo que se considera inscrito para posteriormente proceder a registrarlo en la base de datos de prestadores de servicios de salud y entregar el distintivo de habilitación. (Ministerio de la Protección Social, (2011))

A partir de la inscripción en el REPS, la Dirección Departamental, o Distrital de Salud inicia una planeación para la realización de la verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y si el prestador cumple las condiciones de habilitación entonces será certificado, si no las cumple, podrá revocar la habilitación. Esta es de carácter departamental.

Por tanto, cuando el prestador de servicios de salud preste sus servicios a través de dos o más sedes en dos o más departamentos (o Distrito) deberá presentar el formulario de inscripción en cada una de las jurisdicciones departamentales (o

Distrital) de salud en las cuales presta sus servicios, declarando en cada una, una sede como principal, tal (Ministerio de Protección Social, (2012)) y como lo muestra en la gráfica.

Gráfico 4
Ruta de verificación del cumplimiento de las condiciones de
habilitación



Fuente: Elaboración propia (Charry D. y Borja L.)

- **Intramural:** ambulatoria y hospitalaria.
- **Extramural:** incluye extramural propiamente dicha y unidad móvil, domiciliaria y en telemedicina: centro remitido o institución remitente. En la casilla otros, sólo se registra lo correspondiente a centros de atención en drogadicción, rehabilitación, protección, medicina reproductiva, acondicionamiento físico y estética, sin que sean considerados como modalidad extramural.

En la modalidad extramural, se deberá además registrar en el código correspondiente, el servicio o servicios que se presten en ellos, por ejemplo, si en el centro de atención en drogadicción se presta consulta médica general, consulta de psiquiatría o psicología, ésta deberá marcarse también en consulta externa. Para habilitar un servicio de salud hay que tener en cuenta que un mismo servicio no puede

tener doble habilitación y sólo podrá ser habilitado por el prestador responsable de él. La contratación de un servicio exige habilitación. (Ministerio de la Protección Social, (2011)), es importante tener en cuenta que el prestador que declare un servicio es el agente comprometido del cumplimiento de todos los estándares aplicables al servicio que inscribe, independientemente de que para su funcionamiento cooperen diferentes organizaciones o personas para aportar en el cumplimiento de los estándares.

Además deberá reportar novedades de manera obligatoria sobre la modificación de los datos o servicios señalados en el formulario de inscripción del REPS, establecido por el Ministerio de Protección Social ante la entidad departamental o distrital de salud en su respectiva jurisdicción con el propósito de mantenerlo actualizado. Se consideran novedades:

- La apertura de servicios
- La apertura de una nueva sede
- El cambio de domicilio
- El cambio de representante legal, el cambio de director o gerente
- El cambio de nomenclatura
- El cierre del prestador
- El cierre de servicio temporal o definitivo
- El cierre de una sede, el cierre o apertura de camas
- El cierre o apertura de salas
- La disolución o liquidación de la entidad o estar adelantando alguno de esos procesos
- El cambio de nombre de una de las sedes, que no implique cambio de razón social
- La transformación de la institución que no implique cambio de Nit, o creación de una nueva

- El cambio de horario de atención
- El cierre o apertura de una modalidad de atención
- El cambio de sede principal
- El cambio de complejidad de servicio o el cierre o apertura de ambulancias

Ahora bien, la estructura de la habilitación está conformada por los estándares, que a su vez contiene los criterios de obligatorio cumplimiento para cada uno de los servicios habilitables, contenidos en el anexo técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006, en ella se describe el estándar de habilitación como “la declaración que define la expectativa de desempeño, estructura o proceso que son esenciales en una institución o servicio para mejorar la calidad en la atención”. Los principios de los estándares son el ser fiable, esencial, y sencillo, a su vez, estos estándares están dirigidos al control de los principales riesgos, propios de la prestación de servicios de salud, cuyo riesgo potencial supere los beneficios esperados.

Al respecto cabe señalar que los estándares que maneja el Sistema Único de Habilidadación de prestadores de servicios de salud que contempla el Sistema Único de Habilidadación son:

Tabla 2.

Estándares del sistema único de Habilidadación

• Recurso Humano • Infraestructura, Instalaciones Físicas y su Mantenimiento. • Dotación y Mantenimiento • Medicamentos, Dispositivos Médicos y su Gestión. • Historia Clínica y Registros Asistenciales.	• Interdependencia de Servicios • Procesos Prioritarios Asistenciales • Referencia y Contra referencia y • Seguimiento a Riesgos.
---	--

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

El anexo técnico N° 2 de la Resolución 1043 de 2006, describe cada estándar y adicionalmente define algunas palabras claves contenidas en los criterios para disminuir la variabilidad en las interpretaciones de la siguiente manera:

- **Estándar de Recurso Humano:** Contiene las condiciones mínimas para el ejercicio profesional del recurso humano asistencial y la suficiencia de éste recurso para el volumen de atención.
- **Entrenamiento certificado:** Corresponde a la educación informal, es decir las actividades de formación que no requieren ser desarrolladas necesariamente por instituciones educativas; no requieren ser autorizadas, ni implican título profesional expedido por institución educativa autorizada por el Ministerio de Educación. Es válido el entrenamiento impartido por las instituciones de salud mediante programas de educación continuada, con certificación expedida por la misma institución o por las instituciones educativas si hubiese disponibilidad. El entrenamiento certificado no es homologable ni sustituible con experiencia.
- **Personal en Entrenamiento:** Corresponde al recurso humano que realiza actividades asistenciales pero que aún no ha sido titulado o certificado. Este personal, si bien atiende pacientes, debe realizarlo bajo supervisión de personal legalmente autorizado para el ejercicio profesional. Para este efecto, se debe definir formalmente y difundir entre el personal de la institución, un procedimiento que establezca la supervisión del personal en entrenamiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Concejo Nacional para el desarrollo de los recursos humanos o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Los profesionales de salud En servicio social obligatorio, no son

personal en entrenamiento; son profesionales titulados que cumplen con una obligación legal.

- **Auxiliares en las áreas de la salud:** Se considera como personal auxiliar en las áreas de la salud los siguientes: Auxiliar en Salud Oral, Auxiliar en Salud Pública, Auxiliar en Enfermería, Auxiliar en Servicios Farmacéuticos y Auxiliar Administrativo en Salud. Su aplicación deberá ajustarse a las denominaciones, perfiles ocupacionales y de formación y en los plazos establecidos en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.
- **Infraestructura, Instalaciones Físicas y su mantenimiento:** Son áreas o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
- **Áreas delimitadas:** Tiene barreras físicas fijas o móviles entre espacios.
- **Áreas Separadas:** No tienen necesariamente barreras físicas entre los espacios. Disponibilidad: Significa que se cuenta con el recurso mencionado en el servicio, en el momento en que se necesite.
- **Exclusivo:** No se presta otro servicio de forma simultánea en la misma área. Independiente: Espacios separados dentro de un área, que pueden o no tener divisiones para dicha separación.
- **Dotación y su mantenimiento:** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que condicionen procesos críticos institucionales. Medicamentos, Dispositivos médicos y su gestión. Es la existencia de procesos, que garanticen el cumplimiento de las condiciones legales para el uso de los

medicamentos y dispositivos médicos (nombre del producto, número de lote o serie, fecha de vencimiento cuando sea el caso, número de registro sanitario, fabricante y/o importador con domicilio, leyendas especiales tales como estéril usar solo una vez).

- **Procesos prioritarios asistenciales:** Es la existencia de procesos de atención primaria, que condicionen directamente el incremento en las principales causas de morbi mortalidad del país.
- **Proceso en salud:** Es el conjunto de actividades que se realizan a una persona o un insumo biológico específico, con el fin de transformarlo, obteniendo como resultado un servicio o un producto.
- **Procedimiento en Salud:** Es la actividad que hace parte de un proceso y ayuda en la realización o generación del servicio o producto.
- **Guía clínica de atención:** Es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener, mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación mecanismos de retroalimentación, y deben estar basadas en la evidencia.
- **Protocolo:** es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su

ejecución debe ser de carácter obligatorio. Obviamente en las instituciones sólo se exigirá las guías y protocolos de los procedimientos que realicen.

- **Historia Clínica y registros clínicos:** Es la existencia y cumplimiento de procesos, que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de manejo. Interdependencia de servicios. Es la existencia y disponibilidad de servicios necesarios para el funcionamiento de otros servicios y el adecuado flujo de pacientes entre ellos.

Los servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo, podrán ser dependientes o independientes del prestador que ofrece el servicio principal declarado. En caso de ser independiente, debe mediar un contrato explícito y documentado entre las dos instituciones y un acuerdo explícito interinstitucional de los servicios o productos en los que el servicio de apoyo soporta el servicio principal declarado y los procedimientos para la atención de los pacientes y los tiempos de obtención de los productos.

El servicio de apoyo Diagnóstico y/o terapéutico podrá estar localizado dentro o fuera de las instalaciones del prestador que ofrece el servicio principal declarado, salvo que la tabla de detalle por servicios del presente estándar especifique lo contrario.

- **Referencia de pacientes:** Es la existencia y cumplimiento de procesos de remisión interinstitucional de pacientes, que condicionen directamente incremento en la morbi mortalidad.
- **Seguimiento a riesgos:** Es la existencia de procesos de control y seguimiento a los principales riesgos de cada uno de los servicios que se ofrezca.

- **Mortalidad General Hospitalaria:** Es el análisis que realiza una institución para la caracterización de la mortalidad de los pacientes en servicios hospitalarios.
- **Mortalidad Materna:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las muertes maternas. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de los perfiles de mortalidad materna, análisis de las tendencias generales específicas de mortalidad, análisis causales, análisis de mortalidad evitable entre otros.
- **Mortalidad Perinatal:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las muertes fetales y del recién nacido que ocurre entre las 22 semanas de gestación y los 7 días después del nacimiento.
- **Mortalidad Quirúrgica:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de la mortalidad de los pacientes en cirugía programada. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de los perfiles de mortalidad, análisis de las tendencias generales específicas de mortalidad, análisis causales, análisis de mortalidad evitable entre otros.
- **Mortalidad en Urgencias:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de la mortalidad de los pacientes en el servicio de urgencias.
- **Infecciones Intrahospitalarias:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las infecciones de los pacientes en servicios hospitalarios. La institución puede realizar la caracterización

mediante análisis para servicios, por germen, por tipos de procedimiento, por tiempos de estancia entre otros.

- **Infecciones Quirúrgicas:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las infecciones de los pacientes en servicios quirúrgicos. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis para cada servicio, por germen, por tipos de procedimiento, por tiempos de estancia entre otros.
- **Complicaciones Quirúrgicas Inmediatas:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones de los pacientes quirúrgicos. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de los perfiles por causa, por tipo de complicaciones, por severidad, por tiempo (intra-operatorio, postoperatorio inmediato, mediato).
- **Complicaciones Anestésicas:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones anestésicas de los pacientes en servicios quirúrgicos. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis por causa, por tipo de complicación, por turnos, por tipo de procedimiento, por tiempo de anestesia, por severidad entre otros.
- **Complicaciones Terapéuticas:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones terapéuticas de los pacientes en servicios ambulatorios y hospitalarios. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de las complicaciones por tipo de procedimiento, por servicio, por severidad, por tipo de complicación, entre otros. En ausencia de otros análisis, como mínimo

debe realizar el análisis de la tasa de complicaciones terapéuticas medicamentosas y transfusionales que se describen a continuación:

- **Complicaciones Medicamentosas:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones por administración de medicamentos a los pacientes en servicios hospitalarios.
- **Complicaciones Transfusionales:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para la caracterización de las complicaciones transfusionales de los pacientes en servicios hospitalarios. La institución puede realizar la caracterización mediante análisis de severidad, tipo de hemoderivado, tipo de complicación entre otros.
- **Promoción y prevención:** Es el análisis que realiza una institución hospitalaria para el seguimiento de los indicadores de notificación obligatoria.

Cada uno de éstos estándares contiene criterios de obligatorio cumplimiento genéricos y particulares para cada servicio habilitable, los cuales se encuentran en el anexo técnico No. 1 de la Resolución 1043 de 2006.

Habilitación de las entidades Administradoras de planes de beneficios

Para garantizar la administración del riesgo en salud de sus afiliados y la organización de la prestación de los servicios de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios EAPB, deben dar cumplimiento a las siguientes condiciones²:

² URL: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34070>

- **De Entrada en Operación:** Necesarias para determinar la idoneidad de las EAPB para la administración del riesgo en salud de sus afiliados.
- **De Permanencia:** Necesarias para que el funcionamiento idóneo de las EAPB en desarrollo de su objeto social se mantenga y ajuste a las condiciones de seguridad esperadas para el afiliado durante su ejercicio, estando en condición de demostrarlas en cualquier momento. El cumplimiento de las condiciones.

Para su permanencia debían acreditar como mínimo un número de 300.000 personas afiliadas antes del primero de abril de 2005 y 400.000 antes del primero de abril de 2006. Las entidades deben acreditar un número mínimo 400.000 afiliados, sin lugar a excepción, vencido el segundo año de operación; para este evento deberán dar cumplimiento a los requisitos financieros y de seguros que establezca la Superintendencia Nacional de Salud, que garanticen el cumplimiento del número mínimo de afiliados a los dos años de operación. (Ministerio de la Protección Social, (2011)).

De esta exigencia se excluyeron a las Cajas de Compensación Familiar, cuando afilien como límite los usuarios que les corresponda en función a los recursos propios que administran directamente en cumplimiento de lo establecido en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

Cuando la Caja de Compensación Familiar administre como EPS –S recursos distintos a los anteriormente señalados no podrá tener menos de doscientos mil (200.000) afiliados.

El número mínimo de afiliados con los que podrán operar las EPS-S Indígenas, será concertado entre el Consejo Nacional de Seguridad Social en

Salud y los pueblos Indígenas teniendo en cuenta sus especiales condiciones de ubicación geográfica y número de habitantes indígenas en la región, de los cuales por lo menos el 60% deberá pertenecer a pueblos indígenas tradicionalmente reconocidos. (Ministerio de la Protección Social, (2011)).

Condiciones para la habilitación Para las EPS del régimen subsidiado

Las condiciones de entrada y de permanencia considerados como mínimos por el Ministerio de la Protección Social para alcanzar y mantener la habilitación de las EPS, incluyen:

- **Condiciones de capacidad técnico - administrativa.** Es el conjunto de requisitos establecidos por el Ministerio de la Protección Social, relacionados con la organización administrativa y sistema de información de la respectiva entidad, así como los procesos para el cumplimiento de sus responsabilidades en mercadeo, información y educación al usuario, afiliación y registro en cada área geográfica.
- **Condiciones De Suficiencia Patrimonial y Financiera.** Son los requisitos establecidos para acreditar la capacidad financiera necesaria para garantizar la operación y permanencia de las EPS.
- **Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica.** Son aquellos requisitos asociados con la administración del riesgo en salud, la organización de la red de prestadores de

servicios y la prestación de los planes de beneficios para sus afiliados en cada una de las áreas geográficas³

Entre las condiciones de entrada en operación se tienen la capacidad técnico-administrativa. Las condiciones de capacidad técnico-administrativa, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

La estructura organizacional en la cual se identifiquen con claridad las áreas que tienen bajo su responsabilidad, los procesos mediante los cuales se cumplen las funciones de afiliación, registro y carnetización, organización, contratación del aseguramiento y prestación de los servicios del plan de beneficios en condiciones de calidad, administración del riesgo y defensa de los derechos del usuario por cada área geográfica.

El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la afiliación y registro de los afiliados; la verificación de las condiciones socioeconómicas de sus afiliados; la promoción de la afiliación al Sistema, el suministro de información y educación a sus afiliados; la evaluación de la calidad del aseguramiento; la autorización y pago de servicios de salud a través de la red de prestadores; y, la atención de reclamaciones y sugerencias de los afiliados.

El diseño y plan operativo para la puesta en funcionamiento de un sistema de información que demuestre la confiabilidad y seguridad del registro, captura, transmisión, validación, consolidación, reporte y análisis de los datos como mínimo sobre los afiliados, incluidos procedimientos de verificación de multifiliados, los recursos recibidos por concepto de la unidad de pago por capitación; la red de prestadores de servicios de salud; la prestación de servicios; la administración del riesgo en salud; el sistema de calidad; y, la información financiera y contable.

³ DECRETO 515 DE 2004 (Febrero 20) URL: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=12936> Por el cual se define el Sistema de Habilitación de las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS

El diseño, diagramación, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad de los procesos técnico- administrativos y de aseguramiento.

El sistema de comunicación y atención eficiente para que los usuarios conozcan el valor de los pagos moderadores y demás pagos compartidos.

Capacidad Financiera

De conformidad con lo previsto en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993, las condiciones de capacidad financiera deberán tener en cuenta el margen de solvencia y el capital o fondo social mínimo que, de acuerdo con la naturaleza jurídica de la entidad, garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad según lo establecido en las disposiciones vigentes y lo que establezca el Ministerio de la Protección Social en proporción al número de afiliados y la constitución de una cuenta independiente de sus rentas y bienes para la administración de los recursos del régimen subsidiado, según el caso.

Para estos efectos, el margen de solvencia es la liquidez que deben tener Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, EPS-S para responder en forma adecuada y oportuna por sus obligaciones con terceros, sean estos proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o los usuarios. Se entiende por liquidez la capacidad de pago que tienen las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado para cancelar, en un término no superior a 30 días calendario, a partir de la fecha establecida para el pago, las cuentas de los proveedores de bienes o prestadores de servicios de salud o usuarios, conforme a los parámetros que señale la Superintendencia Nacional de Salud.

Capacidad Tecnológica y Científica.

Las condiciones en materia de capacidad tecnológica y científica, deberán tener en cuenta, como mínimo, las siguientes:

- El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos para la planeación y prestación de los servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- La conformación de la red de prestadores, con servicios habilitados directamente por el operador primario en la región, adecuada para operar en condiciones de calidad.
- El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de selección de prestadores, así como de los mecanismos y procedimientos de contratación y de pago a los mismos que procuren el equilibrio contractual, y garanticen la calidad y el acceso a los servicios.
- El diseño, documentación y aprobación de los manuales de procesos y procedimientos de referencia y contra referencia de pacientes.
- El diseño, documentación y aprobación de los manuales del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.
- Los instrumentos, procesos y procedimientos para la evaluación y seguimiento de los indicadores y las variables que alimentan la Nota Técnica del plan de beneficios.

Condiciones de capacidad técnico-administrativa

Para su permanencia, en cada una de las áreas geográficas, respecto de las cuales estén habilitadas para operar, las EPS-S deberán demostrar, como mínimo, las siguientes condiciones:

Técnico-administrativas:

- La implementación, ejecución, cumplimiento y actualización permanente de las condiciones técnico - administrativas de operación.
- La entrega en forma oportuna, veraz y consistente, de los reportes de información requerida por el Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud.
- La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos que garanticen el cumplimiento de las condiciones contractuales y los pagos acordados con los prestadores.
- El cumplimiento del número mínimo de afiliados exigidos para la operación como entidades administradoras del régimen subsidiado.
- La puesta en funcionamiento de los mecanismos que permitan la participación e intervención de la comunidad afiliada en la gestión de servicios de salud y, la protección y defensa de los usuarios afiliados a la entidad.

Condiciones de capacidad financiera.

Para su permanencia, las entidades deberán demostrar las condiciones financieras que dieron lugar a la habilitación para operar, mediante el cumplimiento, como mínimo, de las siguientes obligaciones:

- Presentar dentro de los términos establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud los estados financieros debidamente certificados y dictaminados por el revisor fiscal y de conformidad con el Plan Único de Cuentas definido por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Acreditar el monto de patrimonio mínimo previsto en las disposiciones legales correspondientes a la naturaleza jurídica de cada entidad, con la periodicidad que para tal efecto establezca la Superintendencia Nacional de Salud.
- Acreditar y mantener el margen de solvencia, conforme a las disposiciones vigentes.
- Acreditar el cumplimiento de las disposiciones relativas a las reservas, provisiones y operaciones financieras y de inversiones, contempladas en las normas vigentes.
- La Superintendencia Nacional de Salud podrá establecer provisiones y reservas especiales cuando las condiciones de la entidad o del Sistema lo requieran.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica.

Las Entidades deberán demostrar para su permanencia en cada una de las áreas geográficas en las cuales está habilitada para operar, como mínimo, las siguientes condiciones:

- La implementación y mantenimiento de la capacidad tecnológica y científica, acreditada para efectos de su operación.
- El cumplimiento de las metas de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública incluidas en el plan de beneficios.

- La implementación y funcionamiento de los procesos y procedimientos para la administración del riesgo en salud de sus afiliados.
- La operación y adecuación de la red de prestadores de servicios y del sistema de referencia y contra referencia, acorde con el perfil socio demográfico y epidemiológico de los afiliados, que garantice la suficiencia, integralidad, continuidad, accesibilidad y oportunidad.
- La implementación del sistema de garantía de calidad en la prestación de los servicios incluidos en el plan de beneficios.
- Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad “concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superior a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación”.

Es importante tener en cuenta que el componente de auditoría para el mejoramiento no es:

- Un listado de auditorías.
- Responsabilidades de los referentes de Calidad de la institución.
- No sólo para procesos misionales.
- No pretende buscar culpables.

En cambio se podría decir que el componente de auditoría para el mejoramiento si es:

- Concordante con el Sistema Único de Acreditación
- Superior a los estándares del sistema único de habilitación
- Realización de actividades de mejoramiento, evaluación y seguimiento de procesos institucionales que influyen de manera directa en el mejoramiento continuo.
- Comparación entre la calidad observada y la calidad esperada
- Adopción de acciones de mejora para cerrar brechas entre lo observado y lo esperado.
- Un articulador de los demás componentes del SOGS.

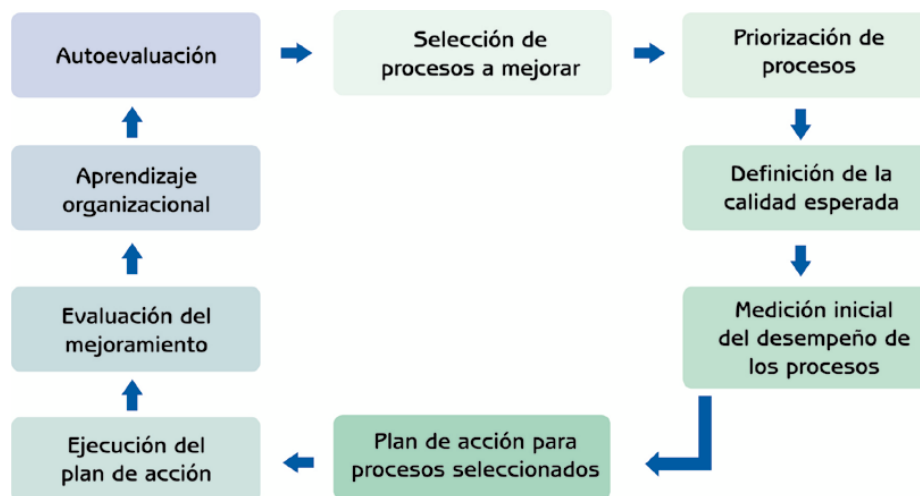
El componente de auditoría para el mejoramiento está estructurado a través del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y se operativiza siguiendo la ruta crítica adecuada para este componente así:

Gráfico 5.
Base para el mejoramiento de la Calidad



Fuente: Elaboración propia
(Charry D. Borja L.)

Gráfico 6.
Ruta Crítica para el desarrollo de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en Salud



Fuente: (Ministerio de la Protección Social, (2011))

Primer Paso: Autoevaluación

- Revise, de acuerdo al enfoque institucional del PAMEC, el resultado alcanzado

- Revise el resultado de las auditorías Internas relacionadas
- Revise el resultado de las Auditorías externas relacionadas
- Revise el resultado de los Comités Institucionales relacionados de acuerdo al cumplimiento de sus planes de acción
- Revise los resultados de los indicadores reglamentarios y los institucionales relacionados
- Revise los resultados de la escucha de la voz del cliente

Segundo Paso: Selección de Procesos a Mejorar

- De acuerdo al enfoque institucional del PAMEC, hay que listar los procesos relacionados.
- Si el enfoque es acreditación, se debe realizar una matriz de correlación entre los grupos de estándares que les aplica y los procesos del mapa de proceso, que se mejoran al implementar los estándares.

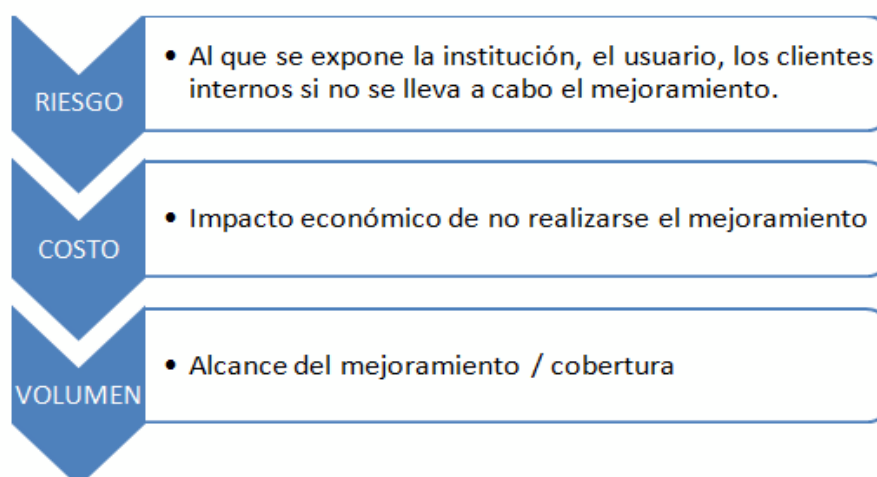
Tercer Paso: Priorización de Procesos A Mejorar

- La priorización de procesos permite a la entidad focalizarse en los procesos más críticos para lograr las mejoras más inmediatas. Si el enfoque del PAMEC es el Sistema Único de Acreditación priorice así:
- Recuerde los procesos asociados a los grupos de estándares de Acreditación que trabajó en la matriz de correlación realizada anteriormente.
 - Priorice las oportunidades de mejora que obtuvo en la autoevaluación con estándares de Acreditación.

- Asocie a cada proceso, las oportunidades de mejora priorizadas.
- Priorice cada oportunidad de mejora de la autoevaluación preguntando con qué intensidad (de 1 a 5) cada oportunidad de mejora cumple una de las variables siguientes:

Gráfico 7

Variables de Evaluación de las Oportunidades de Mejora



Fuente: Elaboración Propia
(Charry D.; Borja L.)

Si el enfoque del PAMEC son los indicadores del sistema de calidad, la gestión de seguridad de pacientes o la gestión del riesgo priorice apoyándose en la matriz de factores de éxito que se muestra en el gráfico 8.

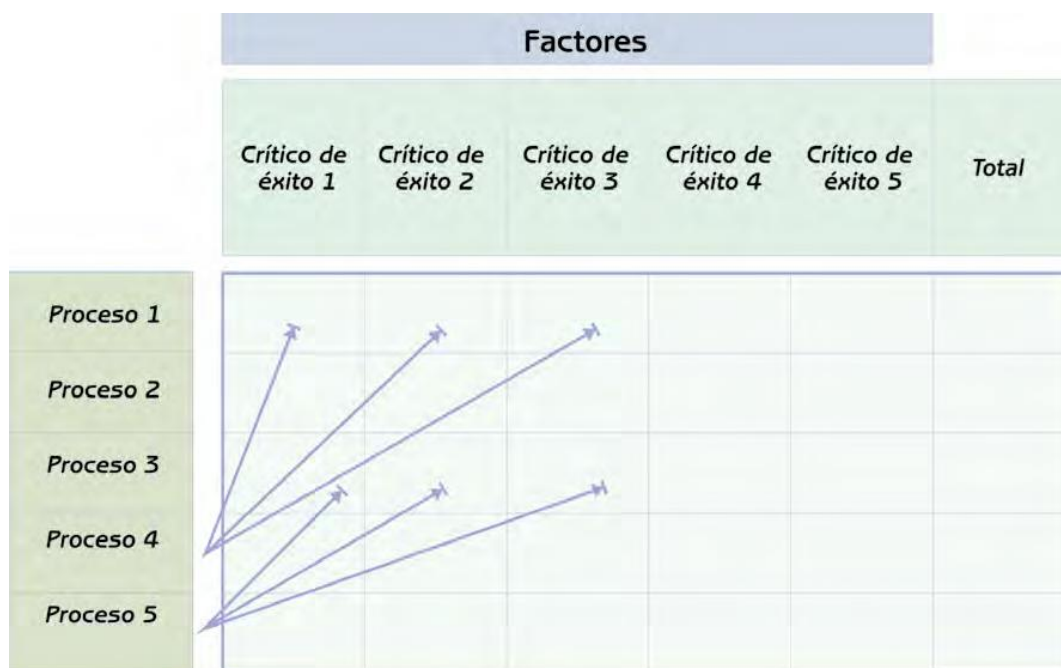
En este contexto, los factores críticos de éxito son entendidos como aquellos aspectos que si todos los miembros de la institución contribuyen a cumplir, permitirán el logro de los objetivos y metas institucionales. Pueden ser:

- Sostenibilidad financiera (resaltando los costos de la no calidad).

- Rentabilidad social.
- Satisfacción del cliente externo.
- Satisfacción del cliente interno.

Gráfico 8.

Matriz de Priorización para Planeación



Fuente: (Ministerio de la Protección Social, (2011))

Cuarto paso: Definición de la calidad esperada

La institución debe tener definida explícitamente los resultados esperados para lo siguiente:

- Cumplimiento de los estándares del Sistema Único de Acreditación
- Cumplimientos de las metas de los indicadores corporativos y de proceso
- Gestión esperada de los comités institucionales

- Resultados esperados de las auditorías internas y externas
- Resultados esperados en la escucha de la voz del cliente

Quinto Paso: Medición Inicial del Desempeño de los Procesos – Identificación de La Calidad Observada

En éste paso se debe evidenciar los resultados de la gestión de la entidad así:

Gráfico 9.

Evidencia de los resultados de la Gestión



Fuente: Elaboración propia
(Charry D.; Borja L.)

Paso sexto, séptimo y octavo: formulación, implementación y seguimiento de los planes de mejoramiento

La garantía del mejoramiento continuo se logra con el cumplimiento de los pasos 6, 7 y 8.

Formulación de Planes de Mejoramiento:

- Formule planes de mejora con enfoque en cada uno de los procesos priorizados.
- Si el enfoque del PAMEC es la Acreditación, formule planes de mejora para cada grupo de estándares

correlacionándolos con los procesos que se mejoran (Matriz de Correlación).

- Los líderes de procesos son los dueños del plan de mejora.

Implementación de Planes de Mejora:

- Asegúrese que cada plan de mejora tenga un responsable
- Cada plan de mejora debe tener un cronograma posible
- Convierta sus planes de mejora en una gestión sistemática y continua.

Seguimiento a los Planes de Mejora:

- Los planes de mejora deben tener seguimiento periódico que involucre el nivel del autocontrol y de auditoría interna.
- Es recomendable tener semaforizado el cumplimiento de las acciones de mejora de acuerdo al cronograma asignado.
- Asigne indicadores de impacto al plan de mejora que pueden ser los indicadores del proceso que mejora

Seguimiento del Mejoramiento:

Programe las auditorías institucionales para evaluar el progreso institucional o para detectar oportunidades de mejora.

Orienta las auditorías a lo que se requiere verificar en el proceso de mejoramiento continuo.

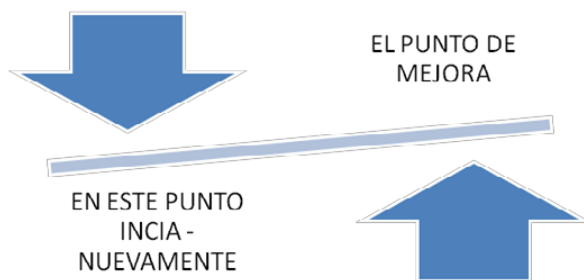
Noveno Paso: Aprendizaje Organizacional:

El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, elabora estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.

El componente de auditoría para el mejoramiento se articula con los componentes del SOGC de la manera como se muestra en el gráfico 10.

Tal como se observa en la gráfica, el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad parte del cumplimiento de los requisitos mínimos de habilitación e incorpora la información de los indicadores del sistema de información para la calidad con el objeto de ir verificando la implementación de las condiciones de calidad, que paso a paso, puede llevar a alcanzar los estándares del sistema único de acreditación. La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, es la herramienta para Identificar las brechas entre la calidad esperada y la observada, a través de la verificación del continuo de la atención clínico administrativa del paciente y su familia con el fin de promover la realización de acciones de mejoramiento que busquen mejorar, mantener o incrementar la calidad de la prestación de los servicios de salud.

Gráfico 10.
Calidad esperada y calidad observada



Fuente: Elaboración propia
(Charry D.; Borja L.)

Gráfico 11.

Componentes de auditoría para el Mejoramiento



Fuente: (Ministerio de la Protección Social, (2011))

Sistema único de acreditación en salud (SUA)

La acreditación en salud, es una estrategia para ser utilizada por aquellas entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, que voluntariamente quieran demostrar el cumplimiento de niveles superiores de calidad, a través de una herramienta de gestión gerencial que impacta de manera notable la resolución de muchos de sus problemas críticos. En este contexto el Sistema Único de Acreditación, además de ser una estrategia, es una metodología de mejoramiento continuo de la calidad específica para las entidades de salud, de larga trayectoria y desarrollo conceptual y metodológico a escala mundial y de probada efectividad.

Colombia ha establecido el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, mediante el Decreto 1011 de 2006, la acreditación en salud está planteada como uno de los componentes para obtener el objetivo del mejoramiento continuo de la calidad; consecuentemente, para que una entidad pueda aplicar ante el ente acreditador para optar al otorgamiento del título de “acreditado en salud” debe estar previamente habilitada, verificado su cumplimiento por el ente correspondiente y no estar sujeta a ninguna sanción en el último año, como mínimo.

En el mundo esta metodología aparece por primera vez a comienzos del siglo XX cuando Ernest A. Codman propone el “Standard Mínimo”, base del primer programa de estandarización hospitales (1918), muchas décadas antes de que se propusieran estrategias similares (convergentes) en el modelo industrial.

Durante este tiempo la metodología se ha refinado y madurado llegando a las técnicas modernas actuales de acreditación basadas en los conceptos y métodos del mejoramiento continuo de la calidad, que miran a la organización de manera integral, enfocan la estrategia de mejoramiento en la búsqueda de resultados centrados en el cliente. (Ministerio de la Protección Social, (2011)).

El desarrollo del proceso en Colombia incluyó la revisión de experiencias internacionales y de los diferentes modelos aplicados en algunos países, lo cual posibilitó incorporar en el diseño del sistema algunos de los elementos que caracterizan las más avanzadas experiencias de calidad en el mundo. El modelo colombiano además incorpora algunas características muy propias nuestras como:

Es operado por un ente acreditador único el cual lidera el sistema en ejercicio de una concesión del Estado, implementando las políticas de calidad del país y bajo la supervisión del concedente, en este caso el Ministerio de la Protección Social.

La acreditación se encuentra completamente integrada en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Este modelo nos garantizará procesos únicos, eficientes y transparentes para la etapa de evaluación y otorgamiento del Certificado de Acreditación en Salud y le brindarán al sistema una imagen de credibilidad, solidez y transparencia que han demostrado ser claves en el desarrollo de la estrategia.

En el caso específico de ICONTEC, sus funciones como ente acreditador mientras dure la concesión otorgada por el Estado están claramente diferenciadas y funcionan independientemente de su rol como ente certificador, normalizador o institución educativa.

Lo anterior significa que si una institución eventualmente ha sido certificada en un proceso ISO, el hecho de que ICONTEC sea su ente certificador o no, no le brinda ninguna posición preferencial para ser acreditado en salud. Igualmente, en el caso de las actividades educativas, haber recibido capacitación por parte del área educativa de ICONTEC tampoco le brinda ninguna ventaja adicional en el proceso de obtención del certificado de acreditado en salud.

El sistema de acreditación se constituye en una oportunidad para que las entidades sean competitivas en el plano internacional, dado que nuestro modelo de acreditación cuenta con el reconocimiento de ISQUA, la Sociedad Internacional de Calidad en Salud y su Federación Internacional a nuestro ente acreditador, encontrándose en proceso la estandarización internacional de nuestros estándares, de esta forma se continúa incrementando la competitividad de nuestras entidades para la exportación de servicios de salud.

Así mismo, el sistema incorpora incentivos de prestigio que generan competencia entre las entidades para ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios, quienes tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad.

Entre los beneficios que la Acreditación brinda a las instituciones en salud se encuentra que institucionalmente cuando una entidad desarrolla procesos de mejoramiento que apuntan a lograr el cumplimiento de los estándares de

acreditación obtienen resultados que justifican con creces los recursos que destine a ello, impactando en:

- La atención de los usuarios con el pleno cumplimiento de sus derechos y haciendo exigible el cumplimiento de sus deberes.
- Incremento en la efectividad clínica de los servicios que se presten.
- Disminución en el riesgo al paciente.
- Incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos institucionales y en el SGSSS.
- Incremento en la satisfacción de los usuarios en términos de sus percepciones y sus expectativas.

Sistema de información para la calidad (SIC).

El Sistema de Información para la Calidad (SIC) definido por el título VI del Decreto 1011 de 2006 y la resolución 1446/06, tiene como filosofía la obtención de información generada en los otros componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad SOGC e incentivar su utilización para desarrollar gestión basada en hechos y datos, estimular la referenciación competitiva basada en la calidad de los servicios y permitir a los usuarios la selección informada de sus proveedores de servicios de salud en el ejercicio de sus derechos y deberes.

Adicionalmente, se dispone de Información de indicadores de Calidad en el Decreto 2193 del año 2004 donde se establecen “las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud”. (Art. 1 Dec. 2193 de 2004).

Tabla 3.

Los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y sus funciones en el SIC

ACTORES DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD	FUNCIÓN EN SIC
Ministerio de la Protección Social	Definición de indicadores de calidad
EAPB del régimen contributivo, subsidiado y Empresas de Medicina Prepagada - Prestadores de servicios de Salud (IPS)	Obligatoriedad de reporte indicadores de Calidad
Superintendencia Nacional de Salud	Recepción, validación de estructura y cargue de la información
Ministerio de la Protección Social	Análisis de la Información recibida de la Superintendencia Nacional de Salud, publicación e Información a Usuarios.
Superintendencia Nacional de Salud. - Direcciones departamentales y Distritales de salud.	Vigilancia y Control
Usuarios	Utilización de la información para: Conocer las características del Sistema. - Conocer los niveles de Calidad de EAPB e IPS. - Tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Las entidades responsables de reportar la información de los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad deben hacerlo ante la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que establece mediante circular los plazos, mecanismos y procedimientos para realizar el reporte.

Los indicadores de Monitoria del Sistema y sus fichas técnicas se encuentran incluidos en el anexo técnico de la Resolución 1446 de 2006, discriminados por responsables de la obtención y remisión de la información del indicador según los Dominios:

- **Accesibilidad oportunidad:** Los indicadores incluidos en este dominio evalúan la medida en la cual los servicios prestados se ofrecen en el momento en el cual son requeridos por el usuario y son provistos sin barreras que dificulten el acceso a éstos por parte del usuario.

- **Calidad Técnica:** Indicadores que determinan en qué medida procesos críticos para la atención del paciente se han dado correctamente.
- **Gerencia del Riesgo:** Los indicadores correspondientes a este dominio, tienen como propósito identificar en qué medida la atención se ha dado con seguridad para el paciente.
- **Satisfacción Lealtad:** Los indicadores de este dominio evalúan la medida en la cual la atención en salud ha satisfecho las percepciones del usuario y esto ha generado lealtad en éste. Debe tomarse en consideración durante el análisis la medida en la cual las percepciones son afectadas por las expectativas del usuario.

El Ministerio de la Protección Social, a través de la Dirección General de Calidad de Servicios diseñó y puso en operación el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud -OCS- (Cumplimiento del artículo 5° de la Resolución 1446), que se estructuró como un espacio para destacar información relevante para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El Observatorio de Calidad de la Atención en Salud se define como un espacio que brinda un conjunto de herramientas para facilitar la consolidación e internalización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en las instituciones de Colombia. Sus contenidos y salas temáticas parten del diagnóstico del estado de desarrollo del SOGC, así como del análisis de las fortalezas y necesidades de soporte en información y metodológico en las instituciones.

Gráfico 12.

Indicadores del Nivel de monitoria del sistema

ANEXO TÉCNICO

RESOLUCIÓN NÚMERO 1446 DE 8 MAYO DE 2006

HOJA No. 2

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

INDICADORES DEL NIVEL DE MONITORÍA DEL SISTEMA

Dominio	IPSS	EAPB
1. Accesibilidad / Oportunidad	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (3) Proporción de cancelación de cirugía programada (4) Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias (5) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (6) Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la realización de cirugía programada	(1) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General (2) Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica Especializada (3) Número de tutelas por no prestación de servicios POS o POS-S (4) Oportunidad de Entrega de Medicamentos POS (5) Oportunidad en la realización de cirugía programada (6) Oportunidad en la asignación de cita en consulta de Odontología General (7) Oportunidad en la atención en servicios de Imagenología (8) Oportunidad de la referencia en la EAPB
2. Calidad Técnica	(1) Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados (2) Proporción Hipertensión Arterial Controlada	(1) Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año (2) Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino
3. Gerencia del Riesgo	(1) Tasa de Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas (2) Tasa de Infección Intrahospitalaria (3) Proporción de Vigilancia de Eventos adversos	(1) Tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo (2) Razón de Mortalidad Materna
4. Satisfacción / Lealtad	(1) Tasa de Satisfacción Global	(1) Tasa de Satisfacción Global (2) Proporción de quejas resueltas antes de 15 días (3) Tasa de Traslados desde la EAPB

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

El Observatorio no genera información, sino que toma información y herramientas existentes en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, el Sistema de Información para la Calidad y otras fuentes e incentiva su utilización y difusión a través de mesas de trabajo, red de nodos, formación en línea, boletín del observatorio y página web, entre otros.

Se trata de un espacio para la recopilación, difusión y análisis, transparente, técnico, participativo y crítico de información e insumos relevantes sobre la calidad de la atención en salud; análisis que se presenta de manera organizada para que se constituya en insumo para la generación de políticas de calidad y de referente para la implementación y despliegue de los procesos de calidad en los actores cobijados por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Colombia.

2.2.3 Cultura organizacional en los servicios y programas de salud humana

La cultura organizacional es definida desde la generalidad conceptual “como un complejo holístico que incluye los saberes, las creencias, los valores, las leyes, las costumbres y cualquier otra capacidad o hábito compartido por el hombre como miembro de un grupo social”. A su vez, la cultura es concebida como un comportamiento aprendido y el modo como la gente vive su vida.

Algunos aspectos específicos de los sistemas de salud son hitos valorados socialmente en función de las estructuras dominantes de la organización social en que se encuentre inmerso el sistema.

El análisis y la investigación de la cultura se enfocan a entender estas diferencias y a monitorear los cambios culturales que se reflejan en tiempo, lugar e historia. La cultura no suele ser estacionaria al pasar de una generación a la siguiente; los valores culturales y otros elementos suelen propagarse de la sociedad a las organizaciones sanitarias y viceversa, a través de la comunicación directa e indirecta y entre los diversos grupos humanos. En la medida que se desarrolle un mayor entendimiento de la cultura organizacional, habrá ganancias y más probabilidades de que las organizaciones tengan una mayor aceptación social.

Además de la cultura organizacional, es importante entender el clima organizacional en una institución de tanta envergadura como lo es la encargada

de la salud humana, en la cual se constituye el medio interno de una organización y su atmósfera psicológica es particular, el clima organizacional

Está íntimamente ligado a la moral y a la satisfacción de las necesidades humanas de sus miembros.

Cada organización es un sistema humano complejo con características propias, con su propia cultura y su propio clima organizacional. Todo ese conjunto de variables debe ser continuamente observado, analizado y perfeccionado para lograr productividad y motivación.

Para que la organización pueda cambiar la cultura y el clima organizacional, necesita tener capacidad innovadora, representada en características tales como la adaptabilidad, señalada como la capacidad de resolver problemas y reaccionar a los cambios y exigencias del ambiente debiendo ser flexible y receptiva a los cambios y la individualidad de cada una de las personas que la comparte.

El sentido de identidad entendido como el compromiso del empleado con el pasado, presente y futuro de la organización, la perspectiva exacta del medio ambiente relacionada con la percepción realista, capacidad de investigar, diagnosticar y comprender el ambiente y la integración entre los participantes en un todo orgánico, son otras de las características más relevantes que debe tener en cuenta una colectividad a la hora de instaurar su cultura organizacional.

2.2.4 El rombo filosófico expuesto por Renée Bédard en la teoría de la cultura organizacional

Los profesores de la universidad del Valle, Álvaro Zapata, Guillermo Vargas y Jenny Martínez (2006), exponen en el libro producto de investigación titulado

“Organización y manangement. Naturaleza, Objeto, método, investigación y enseñanza” algunos de los postulados del trabajo realizado por la profesora canadiense Renée Bédard (1995) como el siguiente “las tensiones, las diferencias de puntos de vista entre dirigentes, incluso los fracasos de un dirigente, a primera vista se deben a sus prácticas; pero éstas últimas contienen dos dimensiones ocultas: la idea que los dirigentes se hacen de aquello que es verdadero y su jerarquía personal de valores” (Zapata, Vargas, & Jenny, (2006)) Buscando profundizar las dos dimensiones del pensamiento administrativo, Renée Bédard (1995) expresó “que la clave” de la práctica administrativa “se encontraba no en la ciencia sino en la filosofía, en particular en la praxeología, la epistemología, y la axiología”.

Sus fundamentos y aquello que los une, dice Bédard, “es la rama más clásica de la filosofía, aquella que se interroga sobre la naturaleza del Ser y de la identidad, es decir, la ontología”. Citado en (Zapata, Vargas, & Jenny, (2006)). Para salir de los enfoques tradicionales Bédard (1995) propone cuatro esquemas integradores de la cultura organizacional, el análisis de las cuatro dimensiones filosóficas: tales como:

1. Praxeología,
2. Epistemología,
3. Axiología y
4. Ontología, postulados que dan origen a lo que ella denomina el “rombo filosófico”, el cual integra en un solo esquema a saber:

Los cuatro Modos de Ser: mítico, sistemático, pragmático y relacional. Los Modos de Ser se presentan según cada una de las dimensiones filosóficas aristotélicas planteadas en el rombo propuesto por Bédard (1995).

La trilogía administrativa, inspirada en los trabajos de Georges Dumézil sobre la “ideología de las tres funciones” que da origen a la trifuncionalidad e involucra el nivel de la producción y la creación, el nivel de la seguridad y la protección y el

nivel de la gobernabilidad y la identidad. Según el modelo de explicación trifuncional, toda sociedad, toda organización, reparten el conjunto de las responsabilidades que ellas deben asumir para sobrevivir y prosperar en estos tres dominios distintos y jerarquizados. (Zapata, Vargas, & Jenny, (2006)).

En su investigación Bédard (1995) pudo observar en los dirigentes y el personal que ella analizó en su trabajo de investigación, la existencia de actitudes profundamente diferentes, pero todas ellas evolucionadas, legítimas y eficaces.

Analizando repetidamente las diferentes maneras de operar y manipular los marcos de análisis que cada persona utilizaba, fue surgiendo progresivamente un cuadro integrado por cuatro partes solidarias y jerarquizadas, que ella presenta bajo la forma de un rombo: las prácticas y las conductas; el proceso del pensamiento; los valores; los principios teóricos. La articulación de las cuatro dimensiones anteriores constituye la estructura profunda de lo que ella denomina un “Modo de Ser”. Conjunto de los elementos que intervienen en la actividad (el sujeto creador y sus habilidades, el objeto a crear, la herramienta, la técnica y los procedimientos.

Entre los criterios de validez argumenta Bédard (1995), que toda actividad es el resultado de la manera de abordar un asunto, de estudiar un problema, de tratar una problemática, de formular un objeto. La epistemología suministra los elementos que permiten hacer progresar una práctica, sometiéndola a un examen sistemático y una rectificación metódica permanente. Responde a la actitud profundamente humana que consiste, sino en buscar la verdad, al menos tratar de evitar el error.

La epistemología ejerce una función crítica. Según Bédard (1995, 1999), su rol de vigilancia abarca tres objetos: El proceso o los procedimientos utilizados para realizar la actividad de producción. Esta función de validación

considera el método, las normas, las reglas, los modos y los procedimientos de producción, pero no los resultados. El proceso de teorización y los fundamentos metodológicos del marco de referencia teórico que apoya la actividad de producción. La epistemología garantiza la validez del marco conceptual y las condiciones que anteceden a su formación (Zapata, Vargas, & Jenny, (2006))

Ninguna actividad está exenta de valores, conscientes o no. Mientras que la validación de las actividades desde el punto de vista formal está asegurada por la epistemología, su legitimidad moral viene de la axiología. En el esquema de Bédard (1995, 1999), la axiología designa el dominio general de los valores o de los preceptos, involucrando la ética, la moral y los sistemas de creencias. La axiología es definida como aquella parte de la filosofía “práctica” que tiene por objeto los principios de la “lógica del corazón y de la emoción”, “una especie de metafísica de la sensibilidad y del deseo”. (Zapata, Vargas, & Jenny, (2006))

Al respecto cabe recordar que la ontología es el campo del conocimiento que trata sobre “las hipótesis fundamentales relacionadas con lo real y el conjunto de los seres, los principios y las teorías de la realidad”. Trata del fundamento del orden de las cosas, es decir, de los principios generales de la realidad y de la inteligibilidad. Según Bédard (1995), “los principios son a la ontología lo que los valores son a la axiología”. Según, que trate sobre el ser humano, el universo natural o el divino, la ontología se divide en psicología, cosmología y teología.

Ella constituye la piedra angular sobre la cual reposan la axiología, la epistemología y la praxeología. Algunas conclusiones se desprenden del esquema de las dimensiones filosóficas. Bédard (1995) señala entre otras las siguientes:

Las cuatro dimensiones no son entidades separadas, sino aspectos particulares de una sola y única realidad (Bédard, 1995). Es decir, los cuatro puntos de vista filosóficos permiten aprehender el hecho social total.

Si bien las cuatro partes están estrechamente relacionadas, es la ontología la que fundamenta y condiciona las otras tres; contrario a la tradición que se tiene en historia del pensamiento, en donde se señala que la primacía de la epistemología caracteriza el pensamiento filosófico, y la ontología el pensamiento científico. Ejerciendo, cada una a su manera, una función de vigilancia, las cuatro dimensiones están íntimamente articuladas y son convergentes.

En consecuencia, cada instancia está condicionada por la presencia de las otras, la interacción dialéctica de las cuatro partes produce una práctica armoniosa, mientras que una divergencia o un desacuerdo desencadenan dificultades de funcionamiento. Cualquiera que sea la actividad humana, es la praxeología la que justifica la existencia de la función administrativa. La razón de ser de ésta es favorecer la acción recíproca de las cuatro dimensiones y de propiciar que los administradores encuentren las condiciones favorables que les permitan ejercer plenamente todas sus competencias.

Los principios teóricos reseñados en el anterior apartado del marco teórico fueron objeto de análisis de los resultados cuantitativos obtenidos a la muestra y grupos focales de la presente investigación. Toda vez que la cultura organizacional apropiada en las ESE, es uno de los elementos fundamentales que rigen la calidad de los sistemas de salud en Colombia.

2.2.5 Aspectos culturales de los habitantes del Departamento del Huila desde sus prácticas culturales.

Caracterizar la cultura de los habitantes del departamento del Huila, implica establecer aquellos símbolos, ideas, conceptos, representaciones, entre otros, que los identifica en el presente, desde un punto de la historia, proceso que se sustenta y se tendrá en cuenta en el presente trabajo desde la cultura general de los habitantes del departamento, que son los mismos que prestan o hacen uso de los servicios en las instituciones de salud y servirá como referente idiosincrático, de las regiones y/o municipios a los cuales pertenecen las ESEs de primer nivel objeto del presente estudio.

A grandes rasgos, las personas de este departamento se debaten entre la ambigüedad propia del “Valle de las Tristezas”, como llamaron esta tierra algunos de los conquistadores, y la “Tierra de Promisión”, nombre esperanzador que los primeros liberales de la región decidieron darle.

Por un lado, la historia del departamento del Huila que se encuentra en el imaginario de sus pobladores data desde la colonización de los españoles realizado por el costado norte del departamento, el cual fue llamado “el valle de las tristezas”, producto de la percepción de los colonizadores al observar la pasividad de sus gentes y poca productividad de la tierra; Y no es para menos, ya que por el costado norte del Huila se encuentra el “desierto de la Tatacoa”, que con sus altas temperaturas hacen de sus tierras áridas, infértiles, y de sus pobladores, la expresión de los efectos del calor sobre el organismo, siendo sus procesos biológicos más lentos y por ende sus conductas y comportamientos de pasividad. Un personaje típico que pudo haber descrito, de alguna manera, al huilense, fue el representado en la televisión nacional como “Celio” cuyo acento conocido como “el dejo o arrastrado”, para ejemplo de ello es el “oleeeee”, denotan su lentitud y pasividad, y que contribuyó a la extensión de este imaginario del huilense en todo el territorio colombiano.

Desde mucho antes de la llegada de los conquistadores españoles los pobladores vivían de lo mínimo que les ofrecía la tierra para subsistir, siendo esta cultura pastoril enraizada en la vida del campo, agregado a la dominación religiosa y política de los españoles y su posterior implantación de la principal expresión fiestera del departamento, el San Juan y el San Pedro, de origen español, propia de los hombres de a caballo, que hoy día se manifiesta en múltiples formas, como las del himno al Huila y el folclor musical, la que fortaleció el imaginario del huilense que circula en el país, como un ser perezoso y de poca creatividad e iniciativa, pero que en el mes de junio de cada año se transforma a un ser, colectivo, hospitalario, gentil y rumbero, llegando incluso a dejar de un lado sus deberes.

Cuando fue avanzando el proceso colonizador hacia el centro y sur del Huila. Los españoles con su fuerza de dominación política, religiosa y apropiadora de riquezas y tierras, fueron encontrando feroz resistencia de parte de sus habitantes (principalmente en el sur del Huila), protagonizando heroicas disputas, con hechos tan crueles como la venganza de la Cacica Gaitana, quien luego de ver a su hijo Timanco quemado vivo por el conquistador Pedro de Añasco, lo sometió y lo aniquiló lentamente, en presencia de sus bravos guerreros. Las hazañas de la Cacica Gaitana son un permanente mensaje de libertad, independencia y patriotismo para toda América, y a su vez, que constituye un poderoso símbolo de emancipación y poder de la mujer huilense a nivel nacional y local, el cual es actualmente recordado en el monumento que lleva su mismo nombre (monumento la Gaitana), a las orillas del río Magdalena en la ciudad de Neiva

Por otro lado, el concepto de “tierra de promisión” descrita por diferentes personajes, muchos años después de la conquista española refleja las condiciones promisorias de sus tierras y sus gentes. La tierra, más productiva por los diferentes climas favorables para ello, entre más se avanza desde la zona norte hacia el centro y sur del departamento; y desde un pasado cercano la posición estratégica de Neiva como puerta a la región surcolombiana, cuna de gran biodiversidad. Y sus gentes que se describen como una extensión del comportamiento de nuestros antepasados habitantes originales, quienes opusieron feroz resistencia en heroicas disputas ya enunciadas.

Estos matices etnoculturales del huilense entre personas tranquilas contemplativas, y aguerridas, feroces y valientes, bajo diferentes circunstancias vividas y descritas por la historia, se extrapolan a lo que hoy es la identidad del opita con aspectos diferenciales en cada una de las regiones que lo conforman: Norte, Centro Sur y Occidente ; Siendo las personas de la zona norte y occidente, enmarcadas dentro del imaginario del “Valle de las tristezas” y las de la zona centro y sur, en el imaginario de “Tierra de promisión”, aunque en la actualidad la línea divisoria cada vez es más invisible

En general, los habitantes del departamento del Huila, en la actualidad, se caracterizan por ser cálidos por su gran apego a las tradiciones, con una amplia tradición artesana, musical y folclórica; todo el departamento se convierte cada año, durante el mes de junio, en cuna de alegría y fiestas enmarcadas en la celebración del festival Sampedrino con danzas, comparsas, murgas musicales y ritmos variados que son la mayor muestra de la expresión cultural.

Los dirigentes o administradores del Departamento del Huila, hacen parte de toda esta expresión cultural y folclórica lo que nos hace enmarcarlos dentro del modo de ser Mítico, pues el modo de ser mítico privilegia valores comunitarios como el espíritu de grupo, la noción de familia o de clan la descendencia Huilense surge de 3 familias aborígenes, el compartir, la solidaridad, la fidelidad, la filiación, el respeto de los valores tradicionales. Las actividades de palabra, las fiestas, las ceremonias, las comidas en común, las reuniones y los rituales, ocupan un lugar importante dentro de las prácticas de las institucionalidad Huilense, tanto públicas como privadas.

CAPITULO 3: MARCO METODOLÓGICO Y DE RESULTADOS

3.1 Metodología

3.1.1 Método

La presente investigación se dio a la tarea de “Evaluar la estructura, los procesos, la operación y los resultados del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud, de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad del departamento del Huila, desde la perspectiva de la cultura organizacional, y proponer estrategias de transformación y cambio de la cultura organizacional hacia el mejoramiento del SOGCS”, motivo por el cual se hizo uso de los métodos y técnicas que dispone la investigación evaluativa con técnicas cuantitativas para su abordaje.

En el entendido que evaluar un programa en funcionamiento supone, o formula “un juicio acerca de un programa o cualquier otro objeto de evaluación o recoger algunos datos sobre el mismo para emitir un juicio” (Zanini, (2009)) en virtud a que los datos acopiados pueden tener diversa procedencia, desde datos basados en opiniones o sobre los cambios producidos en el programa, hasta información sobre la población a la que llega efectivamente el programa. Para este caso en particular se considera enmarcada en una “investigación evaluativa”, de corte cuantitativo.

En este contexto, evaluar los componentes y factores de la salud humana no es un proceso meramente descriptivo de funcionamiento de un sistema o servicio, por el contrario “debe ser tenido en cuenta en ella, las relaciones entre el sistema y su entorno organizativo y los usuarios” (Abad García, (1997), pág. 37). La evaluación como método tiene un importante papel de comunicación entre los usuarios y el sistema gubernamental mediante el estudio de sus necesidades y la indagación de los niveles de satisfacción que este provee, de modo tal que se

comporte como “un sistema de vigilancia continuada a fin de que favorezca el diagnóstico y el cambio flexibilizado del sistema” (Abad García, (1997), al respecto cabe advertir que los criterios no son medidas per se, son indicadores de resultado que se deben transformar en variables para que cuando se emitan las deducciones y análisis tengan un grado de confiabilidad y validez muy alto. Es preciso aclarar que este tipo de evaluación no debe ser una actividad de carácter esporádico en las organizaciones públicas, sino por el contrario deben tener un carácter de continuidad para que se conviertan además en un instrumento de gestión del sistema permitiendo así la monitorización de las actividades por largo tiempo, a fin de mejorar y obtener óptimos niveles de desarrollo.

Por último, cabe anotar que los elementos metodológicos de esta investigación se derivaron de la lógica de los marcos teóricos y conceptuales utilizados. Para la recolección de la información utilizamos el método de análisis de fuentes primarias y técnicas de indagación, e igualmente para el análisis de los datos se utilizó específicamente el modelo de análisis de la profesora Canadiense, Renée Bédard, en cuanto a los postulados enmarcados en lo que ella determino como el “Rombo filosófico”. (Zapata & Rodríguez, (2008))

3.1.2 Instrumentos de medición

Análisis documental

De acuerdo con Quintana (2006) el análisis documental “constituye el punto de entrada a la investigación”. Para lo cual los documentos institucionales de tipo formal, fueron la fuente primaria de indagación sobre el cumplimiento de los procesos y procedimientos determinados por el sistema de calidad.

A través de ellos fue posible obtener información valiosa para lograr el encuadre que incluye, básicamente, describir los acontecimientos así como los problemas y la cultura objeto de análisis, en consecuencia, permitieron revelar los intereses y las

perspectivas de comprensión de la realidad, que caracterizan el grado de cumplimiento para los indicadores valorados.

El análisis documental se desarrollo en cinco acciones, tales como:

1. Rastrear e inventariar los documentos existentes y disponibles.
2. Clasificar los documentos identificados.
3. Seleccionar los documentos más pertinentes para los propósitos de investigación.
4. Examinar en profundidad el contenido de los documentos seleccionados, para extraer elementos de análisis y consignarlos en el diario de campo con que se registraron los patrones, tendencias, convergencias y contradicciones que se fueron descubriendo.
5. Analizar en forma transversal y comparativa los documentos, a fin de diferenciar la teoría inscrita en el sistema metodológico y guías de aplicación sobre los hallazgos previamente realizados, a fin de construir una síntesis comprensiva total, sobre la realidad humana analizada.

Entrevistas individuales.

Al respecto cabe señalar que fueron utilizados para el análisis los postulados Taylor y Bogdan (2000:74) quien define a la entrevista como “una conversación, verbal, cara a cara y tiene como propósito conocer lo que piensa o siente una persona con respecto un tema en particular”. Por su parte, y el concepto de Albert (2007:242) quien señala que es “una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información a otra (entrevistado/informante) para obtener datos sobre un problema determinado”. Es decir, que puede definirse como una conversación con finalidad.

Esta clase de entrevista se realizo a través del servicio telefónico con usuarios del programa de salud, ESE objetos de estudio y algunos gerentes y funcionarios, en conversaciones cara a cara. Las preguntas semi - estructuradas nos permitieron preguntar

sobre la calidad del servicio y cuestiones más complejas con mayor detenimiento. (Ver anexo número 3)

3.2 Análisis de fuentes primarias y técnicas de indagación

Los datos se obtuvieron de los registros de información local, del trabajo de campo con observación en el terreno, realizado por el coordinador de la estrategia de atención primaria en salud departamental, quien actuó concertadamente para la ejecución de la presente investigación, y de entrevistas de actores involucrados, para lo cual se utilizaron guías semi - estructuradas para entrevistas a una muestra de 16 referentes de la gestión política local, representados en gerentes públicos, secretarios de salud, autoridades sectoriales o colaboradores de la ESE. Además se realizaron 400 encuestas telefónicas, a usuarios de los programas para evaluar el modelo de atención desde la percepción de quien la recibe.

El análisis de datos se realizó primero en una etapa descriptiva y luego en una etapa analítica, con el objetivo de comparar los modelos de atención utilizados en conjunto con la cultura organizacional operante en cada una de las ESE objeto de estudio.

Para la información recolectada de los registros de información local se establecieron variables y evaluaciones que serán explicadas durante la descripción de los resultados obtenidos. Los hallazgos de las entrevistas semi - estructuradas y del trabajo en campo se clasificó en primera instancia según los cuatro componentes del Rombo Filosófico (prácticas, criterios de validez, valores fundamentales y principios fundadores), y posteriormente se relacionaron con las evaluaciones del SOGC y la satisfacción del usuario.

3.2.2 Cuantificación de la muestra

a. Sujetos:

La muestra está constituida por 400 usuarios del servicio de salud distribuidos en 16 ESE, las cuales están ubicadas en 16 municipios del departamento del Huila

b. Fórmula estadística con la que se determino el tamaño de la muestra:

Los criterios propuestos fueron analizados de acuerdo a los autores que determinan la muestra sobre el número de sujetos, el Análisis Factorial pueden verse comentados en Garson (2003), Mundfrom et al. (2003) y Osborne y Costello (2004). El número de sujetos en el análisis Factorial lo tratamos también en otro lugar (Morales, 2010).

$$n = \frac{N}{1 + \frac{e^2(N-1)}{z^2 pq}} \quad [9]$$

n = tamaño de la muestra que deseamos conocer,
 N = tamaño conocido de la población,
 e , z y pq (o σ^2) como antes.

Se ingreso a Market Research Surveys Online http://www.macorr.com/ss_calculator.htm Se introdujo el nivel de confianza (95%) y el tamaño de la población de la siguiente manera:

Municipio	Población Total	Intervalo de Confianza	Nivel de Confianza
Aipe	24847	20%	95%
Agrado	8954	20%	95%
Acevedo	31516	20%	95%
Algeciras	24348	20%	95%
Campoalegre	33949	20%	95%
Garzón	84307	12%	95%
Gigante	32248	20%	95%
Palestina	11302	20%	95%
Yaguara	8716	20%	95%
Hobo	6867	20%	95%
La plata	60563	15%	95%
San Agustín	32269	20%	95%
Pitalito	121049	10%	95%
Rivera	18348	20%	95%
Timana	20245	20%	95%
Palermo	31536	20%	95%
Total Huila	551064	5%	95%

Los resultados se analizaron de acuerdo al nivel de confianza o riesgo que aceptamos de equivocarnos al presentar nuestros resultados, y el margen de error que estamos dispuestos a aceptar fue el siguiente:

Municipio	Número de encuestas
Aipe	18
Agrado	6
Acevedo	23
Algeciras	20
Campoalegre	25
Garzón	63
Gigante	23
Palestina	8
Yaguara	6
Hobo	5
La Plata	43
San Agustín	23
Pitalito	86
Rivera	13
Timana	15
Palermo	23
Total Huila	400

En el Departamento del Huila, la satisfacción global de la atención en salud ha diferido dependiendo de la institución evaluadora. Para la Defensoría del Pueblo (2009) la satisfacción global en salud no superó el 67%, mientras que para las IPS públicas el resultado en promedio no ha descendido del 90%, en los últimos años.

Los realizadores de este trabajo consideran que la satisfacción de la atención en salud es la máxima valoración de calidad desde la perspectiva del usuario, sobre la vivencia subjetiva producto del cumplimiento o incumplimiento de las necesidades y expectativas que tiene el usuario con respecto a su salud, no solo con su atención, y que dependerá según Massip, C (2008) de:

1. La variable intrasubjetiva del usuario.
2. La variable intrasubjetiva del proveedor (IPS)
3. El proceso de interrelación que se produce entre ambos.
4. Las condiciones institucionales.

Pero, no solamente de las anteriores variables dependerá una atención satisfactoria o insatisfactoria, además estará influenciada por el tiempo transcurrido entre la atención recibida y la realización de la encuesta, ya que una encuesta realizada inmediatamente posterior a la atención recibida, no contiene características fundamentales como la continuidad, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad hacia la atención en otros niveles y cuya responsabilidad compartida entre las IPS de diferentes niveles está claramente establecida.

Otro aspecto que no tiene en cuenta, una encuesta realizada inmediatamente posterior a la atención, es el resultado final en la resolución de su necesidad en salud, pues el producto final de una atención específica solo se da después de transcurrir una serie de procesos que incluyen tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que requieren un tiempo determinado, para la satisfacción de las necesidades y expectativas, no solo de su atención en salud, sino de su salud.

En esta investigación, se realizaron encuestas, no de manera inmediata a la atención recibida, como la realizan tradicionalmente las IPS, sino que uno de los criterios para su inclusión fue haber recibido atención dentro del mes de mayo de 2012 a abril de 2013, periodo en el que aún es fácil recordación la experiencia vivida en su atención de salud. Con ello se pretende abarcar la percepción del usuario en todo el proceso de atención y sus resultados, que fundamentalmente necesita y requiere el usuario, su familia y la salud pública del Departamento del Huila

Para este proceso de identificar de la satisfacción global, se tomaron los 16 municipios de la muestra, con sus respectivas Empresas Sociales del estado, el total de la población de los 16 municipios son aproximadamente 551.000 habitantes, donde se realizaron 2500 llamadas de las cuales 400 fueron, estas llamadas exitosas, fueron ingresadas en el aplicativo SPSS que es un aplicativo

libre para el análisis de datos, la encuesta aplicada fue estructurada con única respuesta, sí o no. Los hallazgos, interpretación y resultados arrojados por SPSS se describen a continuación por cada uno de los 16 municipios y ESE objetos del presente estudio.

3.3 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

3.3.1 Determinación de la satisfacción global de los usuarios de cada una de las empresas sociales del estado objeto de estudio.

A la pregunta se sintió satisfecho con la atención prestada por la ESE, de su respectivo municipio encontramos los siguientes resultados por cada uno de los respectivos municipios:

A continuación en la tabla siguiente se describe número de encuestas realizadas telefónicamente, resultados porcentuales y la validez de los datos estadísticos proporcionados por el SPSS.

ESE Hospital San Sebastián del Municipio de la Plata	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulad
	SI	1	25	58,14	58,14	58,14
	NO	2	18	41,86	41,86	100,00
ESE Hospital Arsenio Repiso Vanegas de San Agustín	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulad o
	SI	1	17	73,91	73,91	73,91
	NO	2	6	26,09	26,09	100,00
ESE Hospital Manuel Castro Tovar de Pitalito	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulad o
	SI	1	62	72,09	72,09	72,09
	NO	2	24	27,91	27,91	100,00
ESE Hospital Divino niño del Municipio de Rivera	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulad o
	SI	1	11	84,62	84,62	84,62
	NO	2	2	15,38	15,38	100,00

N	Válidos Perdidos	430
Media		1,42
Desviación Estándar		0,50
Err. Est.Curt.		0,71
Suma		61,00
Percentiles	50 (mediana)	1
N	Válidos Perdidos	230
Media		1,26
Desviación Estándar		0,45
Err. Est.Curt.		0,93
Suma		29,00
Percentiles	50 (mediana)	1
N	Válidos Perdidos	860
Media		1,28
Desviación Estándar		0,45
Err. Est.Curt.		0,51
Suma		110,00
Percentiles	50 (mediana)	1
N	Válidos Perdidos	130
Desviación Estándar		0,38
Err. Est.Curt.		1,19
Suma		15,00
Percentiles	50 (mediana)	1

ESE Hospital San Antonio del Municipio de Timana.	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	SI	1	10	66.67	66.67	66.67
	NO	2	5	33.33	33.33	100,00
ESE Hospital San Francisco de Asis de Municipio de Palermo	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	SI	1	18	78,26	78,26	78,26
	NO	2	5	21,74	21,74	100,00
ESE Hospital Municipal de Algeciras	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	SI	1	3	15	15	15
	NO	2	17	85	85	100,00
ESE Hospital Municipal San Antonio del municipio del Agrado	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	SI	1	6	100	100	100
	NO	2	0	0	0	
ESE Hospital Municipal San Carlos del municipio de Aipe	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	SI	1	10	55,56	55,56	55,56
	NO	2	8	44,44	44,44	100,00
ESE Hospital San Francisco Javier del Municipio de Avecedo	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	SI	1	18	78,26	78,26	78,26
	NO	2	5	21,74	21,74	100,00

N	Válidos Perdidos	150
Media		1,33
Desviación Estándar		0,49
Err. Est.Curt.		0,93
Suma		20,00
Percentiles	50 (mediana)	1
N	Válidos Perdidos	230
Media		1,22
Desviación Estándar		0,42
Err. Est.Curt.		0,93
Suma		28,00
Percentiles	50 (mediana)	1
N	Válidos Perdidos	200
Media		1,85
Desviación Estándar		0,37
Err. Est.Curt.		0,99
Suma		37,00
Percentiles	50 (mediana)	2
N	Válidos Perdidos	60
Media		1,00
Desviación Estándar		0,00
Err. Est.Curt.		1,74
Suma		6,00
Percentiles	50 (mediana)	1
N	Válidos Perdidos	180
Media		1,44
Desviación Estándar		0,51
Err. Est.Curt.		1,04
Suma		26,00
Percentiles	50 (mediana)	1
N	Válidos Perdidos	230
Media		1,22
Desviación Estándar		0,42
Err. Est.Curt.		0,93
Suma		28,00
Percentiles	50 (mediana)	1

ESE Hospital del Rosario Municipio de Campoalegre	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	SI	1	16	69,57	69,57	69,57
	NO	2	7	30,43	30,43	100,00
ESE Hospital Maria Auxiliadora del Municipio de Garzón	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	SI	1	40	65,57	65,57	65,57
	NO	2	21	34,43	34,43	100,00
ESE Hospital San Antonio del Municipio de Gigante	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	SI	1	16	69,57	69,57	69,57
	NO	2	7	30,43	30,43	100,00
ESE Hospital Camilo Trujillo Silva Municipio de Palestina	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	SI	1	7	87,5	87,5	87,5
	NO	2	1	12,5	12,5	100,00
ESE Hospital Laura Perdomo de Garcia Municipio de Yaguara	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	SI	1	5	83,33	83,33	83,33
	NO	2	1	16,67	16,67	100,00
ESE Hospital Municipal de Hobo	Etiqueta de valor		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
	SI	1	4	80	80	80
	NO	2	1	20	20	100,00

N	Válidos Perdidos	230
Media		1,30
Desviación Estándar		0,47
Err. Est.Curt.		0,93
Suma		30,00
Percentiles	50 (mediana)	1
N	Válidos Perdidos	610
Media		1,34
Desviación Estándar		0,48
Err. Est.Curt.		0,60
Suma		82,00
Percentiles	50 (mediana)	1
N	Válidos Perdidos	230
Media		1,30
Desviación Estándar		0,40
Err. Est.Curt.		0,70
Suma		70,00
Percentiles	50 (mediana)	1
N	Válidos Perdidos	80
Media		1,13
Desviación Estándar		0,35
Err. Est.Curt.		1,48
Suma		9,00
Percentiles	50 (mediana)	1
N	Válidos Perdidos	60
Media		1,17
Desviación Estándar		0,41
Err. Est.Curt.		1,74
Suma		7,00
Percentiles	50 (mediana)	1
N	Válidos Perdidos	50
Media		1,20
Desviación Estándar		0,45
Err. Est.Curt.		2,00
Suma		6,00
Percentiles	50 (mediana)	1

De acuerdo a los resultados de la determinación de la satisfacción global de los usuarios en cada una de las empresas sociales objeto del presente estudio, resaltamos que la satisfacción más baja se identificó en la ESE Hospital Municipal de Algeciras con un 15% de los encuestados telefónicamente manifestaron encontrarse satisfechos con el servicio de salud recibido en la esta institución, seguida de la ESE San Carlos del Municipio de Aipe donde se el 55.56% de los encuestados telefónicamente manifestaron estar satisfechos con el servicio prestado, tal como se indica en la tabla anterior y la ESE San Sebastián de la Plata donde los resultados de la encuesta dieron una satisfacción del 58.14% .

Así mismo evidenciamos resultados de una alta satisfacción global con el servicio prestado por la institución como el caso de la ESE Hospital Municipal Sam Antonio del Municipio del Agrado donde el 100% de los encuestados manifestaron estar satisfechos con los servicios prestados por la institución, seguido de la ESE Hospital Camilo Trujillo Silva del Municipio de Palestina y la ESE Hospital Divino niño de Rivera donde la satisfacción global se ubicó en un 87.5% y un 84.62% respectivamente; dentro de una satisfacción mayor o igual al 80% identificamos a la ESE Laura Perdomo García del Municipio de Yaguara con un porcentaje de satisfacción del 83.3% y la ESE Municipal de Hobo con un 80% de grado de satisfacción global entre los usuarios encuestados.

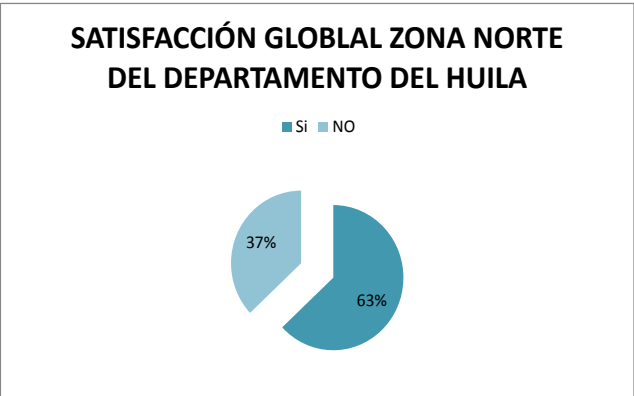
La restantes ESE evaluadas en el departamento del se encuentran en rangos de satisfacción entre el 60% y el 79%, porcentajes bajos con relación a los resultados de su auto evaluaciones de satisfacción donde todas las ESE del departamento se encuentran sobre el 90% de satisfacción global.

3.3.1.1 Resumen de la Satisfacción Global por Zonas y Consolidado Departamental.

A su vez esta información fue agrupada por cada una de las zonas del Departamento donde se obtuvo algunos datos que se relacionan a continuación.

Zona Norte

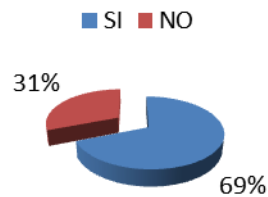
Etiqueta de Valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	1	71	63.39	63.39	63.39
NO	2	41	36.61	36.61	100,00
Total		112	100,0	100,0	



Zona Centro

Etiqueta de Valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	1	74	69.16	69.16	69.16
NO	2	33	30.84	30.84	100,00
Total		107	100,0	100,0	

SATISFACCIÓN GLOBAL ZONA CENTRO DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA



Zona Occidente

Etiqueta de Valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	1	26	60.47	60.47	60.47
NO	2	17	39.53	39.53	100,00
Total		43	100,0	100,0	

SATISFACCIÓN GLOBAL ZONA OCCIDENTE DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA



Total departamento

Etiqueta de Valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
SI	1	283	70.75	70.75	70.75
NO	2	117	29.25	29.25	100,00
Total		400	100,0	100,0	



De acuerdo a los resultados obtenidos de la satisfacción global en el departamento y por zonas del mismo podemos identificar e inferir que no existen grandes diferencias en la satisfacción, la zona con resultados más bajo es la de occidente con una satisfacción global del 60% y la zona con más alto nivel de satisfacción global es la sur con un 74% de satisfacción global, los resultados departamentales se muestran con un 71% de satisfacción global, resultados que son muy bajos a la luz de la norma que exige que la satisfacción debe estar por encima del 90%.

3.3.2 Evaluación de los componentes del SOGC en salud

La evaluación del presente estudio se realizó a través de la matriz de evaluación del SOGC, que describe el proceso mediante el cual se implementa y desarrolla, integralmente, los cuatro (4) componentes del sistema de garantía de la calidad de acuerdo al decreto 1011 de 2006, en las 16 Empresas sociales del estado objeto de estudio, estableciéndose previamente los criterios de parametrización que corresponde a los conceptos teóricos establecidos en la misma norma.

El número de criterios de parametrización obtenidos para establecer el cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad en cada uno de sus componentes arrojó la siguiente distribución: cuatro criterios (4) para el componente de sistema de habilitación; cuatro (4) para el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud o PAMEC; cuatro (4) para el sistema único de acreditación; y dos (2) para el sistema de información, para un total de catorce (14) variables. A cada variable se le asignó un valor porcentual para que en su totalidad dé como resultado el 100%. El porcentaje de cada variable es de 7,1429%, resultante de la división de uno (1) por el número total de variables, catorce (14).

Matriz de evaluación y parametrización del SOGC

COMPONENTE	CRITERIOS A EVALUAR	VALOR PONDERADO
SISTEMA UNICO DE HABILITACION	Que estén establecidos los servicios de primer nivel requeridos por los usuarios	7,1429%
	Que los servicios que prestan estén inscritos en el registro de prestadores	7,1429%
	Que todos los servicios registrados tengan certificación de habilitación	7,1429%
	Que los servicios habilitados estén siendo controlados	7,1429%
PAMEC	Que exista un documento PAMEC	7,1429%
	Que estén definidos los procesos prioritarios, evaluados sistemáticamente, desde el punto de vista del	7,1429%

	cumplimiento de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad	
	Que estén definido los criterios y métodos de evaluación de los procesos priorizados	7,1429%
	Que se estén evaluando sistemáticamente los procesos definidos como prioritarios desde el punto de vista del cumplimiento de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad	7,1429%
SISTEMA UNICO DE ACREDITACION	Que la ESE haya realizado la autoevaluación para la acreditación y existe el documento respectivo	7,1429%
	Que la calificación obtenida producto de la autoevaluación de acreditación sea mayor de 1	7,1429%
	Que exista planes de mejoramiento para la acreditación o estos procesos de la acreditación estén priorizados en el PAMEC	7,1429%
	Que se haya realizado evaluación externa de la acreditación	7,1429%
SISTEMA DE INFORMACION	Qué el reporte de los indicadores de calidad definidos por el SGSSS hayan sido oportunos	7,1429%
	Que el estándar de todos los indicadores se haya cumplido	7,1429%
	TOTAL ÍTEMS: 14	100,00%

3.3.2.1 Evaluación del Sistema único de habilitación

El decreto 1011 de 2006, estableció que el Sistema obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud, orientados a la mejora de resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen pre-requisito para alcanzar los mencionados resultados.

Por lo tanto, evaluar el SOGC, desde un enfoque cultural implica conocer, si las empresas escogidas, cumplen con acciones de mejora continua como, planear, hacer, actuar y verificar, centrados el usuario, es decir, si implementan maneras más prácticas para prestar un servicio dirigido a satisfacer a sus clientes; comprendiendo y conociendo cuáles son sus necesidades actuales y futuras y sus requerimientos respectivamente, y que se esfuercen por exceder sus expectativas.

El decreto 1011 de 2006, definió el Sistema Único de Habilitación como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema.

El establecer y verificar el cumplimiento de unos requisitos mínimos de entrada y permanencia en el sistema de salud corresponde a los entes de dirección y control tanto del nivel nacional como departamental principalmente; Sin embargo el registro de los servicios que requiere y necesita los ciudadanos de un municipio y su respectivo control, mediante un proceso de autoevaluación es responsabilidad de las empresas sociales del estado y/o instituciones prestadoras de servicios de salud, el cual mediante el conocimiento y comprensión de sus requerimientos y necesidades, determinan aquellos servicios que satisfacen a sus ciudadanos. El estudio verifico el cumplimiento de las siguientes variables:

1. El establecimiento de nuevos servicios de primer nivel requeridos por el SGSSS y los usuarios
2. La inscripción y registro
3. La verificación y cumplimiento de los estándares de habilitación
4. El control para mantener las condiciones de habilitación

Resumen de hallazgos del sistema único de habilitación por todas las instituciones objeto del estudio.

HABILITACIÓN	CRITERIO EVALUADO	RESULTADOS GENERALES
	Que estén establecidos los servicios de primer nivel requeridos por los usuarios	15 de las 16 ESEs, evaluadas no evidencian aperturas de nuevos servicios de primer nivel, la única ESE, que apertura un nuevo servicio (Nutrición y Dietética) fue la ESE San Sebastián de La Plata. Ver anexo 4
	Que los servicios que prestan estén inscritos en el registro de prestadores	Las 16 ESEs, objeto de estudio cumplen con el proceso de inscripción en el registro especial de prestadores tomado de http://201.234.78.38/habilitacion/
	Que todos los servicios registrados tengan certificación de habilitación	las 16 ESEs, objeto de estudio cumplen con los estándares definidos y cuentan con "Certificado de cumplimiento de las condiciones de Habilitación, información corroborada en la secretaria de salud del Huila
	Que los servicios habilitados estén siendo controlados	En las 16 ESEs, objeto del presente estudio se evidencia un proceso para mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el tiempo de su vigencia.

Las cuantificaciones individuales por cada una de las ESEs, se encuentran en el anexo 5, del presente informe.

3.3.2.2 Evaluación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud

El decreto 1011 de 2006 estableció que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben contar con programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud (PAMEC), que deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación. Esto implica para el estudio el cumplimiento de las siguientes variables:

1. La existencia de un documento PAMEC.

2. Si la ESE ha definido procesos prioritarios para evaluar sistemáticamente, desde el punto de vista del cumplimiento de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.
3. Si se han definido los criterios y métodos de evaluación
4. Si la ESE ha evaluado sistemáticamente los procesos definidos como prioritarios desde el punto de vista del cumplimiento de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad

Resumen de hallazgos del Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad por todas las instituciones objeto del estudio.

PAMEC	CRITERIO EVALUADO	RESULTADOS GENERALES
	Que exista un documento PAMEC	Las ESEs, objeto de estudio cuentan con un documento PAMEC, elaborado
	Que estén definidos los procesos prioritarios, evaluados sistemáticamente, desde el punto de vista del cumplimiento de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad	Ninguna de las 16 ESEs objeto de estudio ha definido y evaluado procesos prioritarios, sin embargo en 4 ESEs no están dentro del PAMEC. (Hobo, Palermo, Yaguara, Algeciras) y las Demás ESEs, aunque los definen dentro del PAMEC no son evaluadas desde el punto de vista del cumplimiento de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad
	Que estén definido los criterios y métodos de evaluación de los procesos priorizados	Las 16 ESEs, cuentan en sus documentos PAMEC, con criterios y métodos de evaluación a pesar de que solo 12 los definieron como evaluarlo
	Que se estén evaluando sistemáticamente los procesos definidos como prioritarios desde el punto de vista del cumplimiento de la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad	Ninguna de las 16 ESEs, objeto de estudio evalúa sistemáticamente, de las 12 ESEs, que definieron procesos prioritarios hacen evaluación cada 6 meses.

Las cuantificaciones individuales por cada una de las ESEs, se encuentran en el anexo 5, del presente informe.

3.3.2.3 Evaluación del Sistema único de acreditación

El decreto 1011 de 2006, definió al Sistema Único de Acreditación como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Evaluar el Sistema Único de Acreditación implica:

1. Que la ESE haya realizado la autoevaluación para la acreditación y existe el documento respectivo.
2. Que la calificación obtenida producto de la autoevaluación de acreditación sea mayor de 1.
3. Que exista planes de mejoramiento para la acreditación o estos procesos de la acreditación estén priorizados en el PAMEC.
4. Que se haya realizado evaluación externa de la acreditación.

Nota: LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS se efectuó a través de lista de chequeo

Resumen de hallazgos del sistema único de acreditación por todas las instituciones objeto del estudio.

ACREDITACIÓN	CRITERIO EVALUADO	RESULTADOS GENERALES
	Que la ESE haya realizado la autoevaluación para la acreditación y existe el documento respectivo	Las 16 ESEs, objeto de estudio realizaron la autoevaluación y existe el respectivo documento
	Que la calificación obtenida producto de la autoevaluación de acreditación sea mayor de 1	13 ESES obtuvieron calificación mayor a 1, La ESE Hospital Municipal de Hobo, La ESE Divino Niño de Rivera y la ESE Hospital San Francisco de Asís de Palermo, obtuvieron calificación menor a 1.
	Que exista planes de mejoramiento para la acreditación o estos procesos de la acreditación estén priorizados en el PAMEC	Las 16 ESEs, objeto de estudio cuentan con planes de mejoramiento para la acreditación.
	Que se haya realizado evaluación externa de la acreditación	Ninguna de las 16 ESEs objeto de estudio se le ha realizado evaluación externa

3.3.2.4 Evaluación del Sistema de información para la calidad.

El decreto 1011 de 2006 definió el Sistema de Información para la Calidad. Como un sistema de información de indicadores de calidad que le permitan a los usuario y diferentes actores monitorear las características del sistema en el ejercicio de sus derechos y deberes, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1. Que el reporte de los indicadores de calidad definidos por el SGSSS hayan sido oportunos
2. Que el estándar de todos los indicadores se haya cumplido

Resumen de hallazgos del sistema de información para la calidad por todas las instituciones objeto del estudio

Sistema de Información	CRITERIO EVALUADO	RESULTADOS GENERALES
	Qué el reporte de los indicadores de calidad definidos por el SGSSS hayan sido oportunos	Las 16 ESEs evaluadas cumplen los indicadores definidos por el SGSSS
	Que el estándar de todos los indicadores se haya cumplido	Las 16 ESEs Evaluadas cumplen con los estándares.

3.3.3 Cumplimiento global del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud.

Evaluar integralmente el SOGC de la atención en salud nos permitirá, tener elementos de comparación entre cada una de las empresas estudiadas y poderlas relacionar con el impacto de sus acciones, específicamente la satisfacción de sus usuarios y las características culturales de la organización. Para poder llevar a cabo la medición del cumplimiento de manera global, fue necesario parametrizar cada uno de sus componentes como se menciona anteriormente y posteriormente realizar la

sumatoria de sus partes (las variables de cada componente), estudiadas, para determinar el valor numérico porcentual de cumplimiento de la integralidad del Sistema Obligatorio de Salud

De los resultados obtenidos podemos establecer que de todos los hospitales evaluados, se evidencia que los servicios que prestan, están inscritos en el registro especial de prestadores de servicios de salud, tienen los respectivos certificados de habilitación y están siendo controlados mediante procesos de autoevaluación; Sin embargo, al evaluar si estos servicios inscritos, registrados y habilitados fueron producto de las necesidades de los usuarios, es decir, si las Empresas Sociales del Estado estudiadas, realizaron o realizan identificación de necesidades para establecer los servicios que deban prestar, se evidencio que ninguno se centra en tal proceso. La apertura de un servicio en los casos que se dieron obedecieron a negociaciones o disposiciones de contratación por parte de los administradores o

Por otro lado, también se encontró que todos, cuentan con los documentos PAMEC y autoevaluación de sistema único de acreditación, que están identificados proceso prioritarios a partir de una previa definición de los criterios y métodos de evaluación de los procesos priorizados.

Los siguientes son los resultados obtenidos (Ver cuadro anexo No. 5):

NOMBRE E.S.E.	% CUMPLIMIENTO GLOBAL SOGC
AGRADO 100%	71,43
PALESTINA 87%	71,43
RIVERA 86%	64,26
ALGECIRAS 85%	71,43
YAGUARA 83%	71,43
HOBO 80%	64,26
PALERMO 78%	64,26
ACEVEDO 78%	71,43

SAN AGUSTIN 74%	71,43
PITALITO 73%	71,43
CAMPOALEGERE 70%	71,43
GIGANTE 70%	71,43
TIMANA 67%	71,43
GARZON 66%	71,43
LA PLATA 58%	78,54
AIPE 56%	71,43

3.3.4 La cultura organizacional en Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad del Departamento del Huila

En la actualidad la literatura administrativa y organizacional ha recogido de la antropología el concepto de cultura, donde la define como el conjunto de valores, creencias, ideologías, hábitos, costumbres y normas que comparten los individuos en la organización producto de la relación del hombre con su ambiente, y, en consecuencia, de su interrelación social, generando patrones de comportamiento colectivos que generan una identidad en el tiempo y el espacio entre sus miembros, que los identifica, reconoce y diferencia de otro ser colectivo, (Zapata, 2008).

Para evaluar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) de la atención en salud desde un enfoque cultural de las organizaciones, como son las empresas sociales del estado, entidades públicas del sector salud, debemos saber que la cultura organizacional, según Zapata, 2008, referenciando a O'Toole (1996, 73), “es el conjunto complejo y relacionado entre si de un comportamiento estandarizado, institucionalizado y habitual que caracteriza a una empresa y solo a ella” y a Desphande y Webster (1989,53), que dicen que “es un modelo de valores y creencias compartidos que les dan significados y les proveen reglas de comportamiento a los miembros de una organización.

La cultura organizacional, según Bedard (1995, 2000) está compuesta por cuatro dimensiones filosóficas a saber: las prácticas y las conductas; los procesos de pensamiento o criterios de validez; los valores; y los principios teóricos o

fundadores; todas están estrechamente relacionadas, articuladas y son convergentes, señala que las cuatro dimensiones no son entidades separadas, sino aspectos particulares de una sola y única realidad (Bédard, 1995). *“Es decir, los cuatro puntos de vista filosóficos permiten aprehender el hecho social total. Si bien las cuatro partes están estrechamente relacionadas, es la ontología la que fundamenta y condiciona las otras tres; contrario a la tradición que se tiene en historia del pensamiento, en donde se señala que la primacía de la epistemología caracteriza el pensamiento filosófico, y la ontología el pensamiento científico. La epistemología y la axiología ejercen, cada una a su manera, una función de vigilancia. Las cuatro dimensiones están íntimamente articuladas y son convergentes. Cada instancia está condicionada por la presencia de las otras. La interacción dialéctica de las cuatro partes produce una práctica armoniosa, mientras que una divergencia o un desacuerdo desencadenan dificultades de funcionamiento”* (Bedard 2003).

Para nuestro estudio se ha partido de los principios fundamentales u ontológicos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, quien lidera y define el sistema de gestión de calidad para entidades públicas, como una “Herramienta de gestión sistemática y transparente que le permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades, el cual está enmarcado en los siguientes principios fundamentales:

- Enfoque hacia el cliente
- Liderazgo.
- Participación activa de los trabajadores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas:
- Enfoque basado en los procesos
- Enfoque del sistema para la gestión
- Mejora continua
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones:

- Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios
- Coordinación, cooperación y articulación
- Transparencia

En la exposición o existencia en cada una de las empresas sociales del estado se orientó de la siguiente manera:

- Enfoque hacia el cliente:

El principio diferenciador que garantiza la mejor satisfacción al usuario es el enfoque hacia el cliente, siendo que “la razón de ser de las entidades es prestar un servicio dirigido a satisfacer a sus clientes; por lo tanto, es fundamental que las entidades comprendan cuáles son sus necesidades actuales y futuras, que cumpla con sus requisitos y que se esfuercen por exceder sus expectativas” (DAFP, 2007).

- Liderazgo:

Desarrollar una conciencia hacia la calidad implica que la alta dirección de cada entidad es capaz de lograr la unidad de propósito dentro de ésta, generando y manteniendo un ambiente interno favorable, en el que los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, puedan llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la entidad.

- Participación activa de los trabajadores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas:

Es el compromiso de los servidores públicos y/o de los particulares que ejercen funciones públicas, en todos los niveles, que permite el logro de los objetivos de la entidad.

- Enfoque basado en los procesos:

En las entidades debe existir una red de procesos, la cual al trabajar articuladamente, permite generar valor. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

- Enfoque del sistema para la gestión:

El hecho de identificar, entender, mantener, mejorar y, en general, gestionar los procesos y sus interrelaciones como un sistema contribuye a la eficacia, eficiencia y efectividad de las entidades en el logro de sus objetivos.

- Mejora continua

Siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para entregar los productos o prestar servicios en las entidades. Es fundamental que la mejora continua del desempeño global de las entidades sea un objetivo permanente para aumentar su eficacia, eficiencia y efectividad.

- Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones:

En todos los niveles de la entidad las decisiones eficaces, se basan en el análisis de los datos y la información, y no simplemente en la intuición.

- Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios:

Las entidades y sus proveedores son interdependientes; una relación beneficiosa, basada en el equilibrio contractual aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

- Coordinación, cooperación y articulación:

El trabajo en equipo, en y entre entidades es importante para el desarrollo de relaciones que beneficien a sus clientes, y que permitan emplear de una manera racional, los recursos disponibles.

- Transparencia:

La gestión de los procesos se fundamenta en las actuaciones y las decisiones claras; por lo tanto, es importante que las entidades garanticen el acceso a la información pertinente de sus procesos, facilitando el control social.

Es necesario tener en cuenta que los principios de ninguna manera son elementos de la norma; más bien éstos son alimentadores del sistema como reglas o ideas fundamentales que se enmarcan, integran, complementan y desarrollan dentro de los principios constitucionales de la Función Pública y deben ser referente

permanente de la alta Dirección, con el fin de conducir la entidad hacia una mejora en su desempeño.

Es decir, cabe resaltar, que es a partir de estos elementos ontológicos, establecidos y conceptuados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, de donde se estableció su existencia o no en cada una de las Empresas Sociales del Estado, objeto de estudio, identificando y relacionando la presencia o no de prácticas actuales, criterios de validez y valores fundamentales descritos en los hallazgos obtenidos que relacionan a continuación

Hallazgos encontrados en cuanto a las características culturales del rombo filosófico de los hospitales estudiados

La generación de los siguientes hallazgos se obtuvo a partir del análisis de los documentos físicos y todos sus soportes como planes de acción, autoevaluaciones, planes de mejoramiento, actas de reuniones y o diferentes comités, además del diligenciamiento por parte de los auditores de calidad de los respectivos hospitales de una encuesta semi-abierta, y de la observación participante en los procesos de planeación, contratación, implementación y evaluación del programa de Atención Primaria en Salud

Entre los hallazgos encontrados tenemos que todos los hospitales aseguran estar centrados en el usuario, sin embargo no se observó en ninguno de ellos, estudios o realización de encuestas o cualquier otra herramienta que determine las necesidades actuales y futuras de los usuarios para suplirlas o exceder sus expectativas.

En palabras del coordinador de atención primaria en salud del departamento del Huila, menciona que “ninguno de los gerentes están interesados en conocer al usuario y sus familias” “a ellos solo les interesa la suscripción del contrato, que les quede un margen amplio de ganancia y el pronto pago”. Según, el Coordinador de la estrategia de Atención Primaria en Salud, esta estrategia tiene como unidad de acción

la familia y la comunidad, para conocer sus necesidades y poderles orientar en la obtención de mejores servicios sociales y de salud. Sin embargo, “los hospitales hacen todo menos conocer al usuario y su familia” En relación a este principio todas las empresas sociales del estado (100%) vienen midiendo la satisfacción de los usuarios, el cual sus resultados difieren de lo encontrado por nosotros, y no son tomados en cuenta para modificar y mejorar la prestación del servicio, excepto en dos (2) hospitales como son: el Hospital San Antonio del Agrado y El Hospital Camilo Trujillo Silva de Palestina, que si toman decisiones sobre este hecho para mejorar el servicio.

Por otro lado, el liderazgo, la participación activa de los trabajadores públicos y/o privados, el enfoque basado en procesos, el enfoque del sistema para la gestión, la mejora continua, el enfoque basado en hechos para la toma de decisiones, la coordinación, cooperación y articulación deberían estar presentes para garantizar altos estándares de calidad y estos no se encuentran en los hospitales estudiados

A continuación se presenta los resultados encontrados en cada una de las ESEs, objeto de estudio.

MUNICIPIO (% SATISFACCIÓN GLOBAL)	PRACTICAS DIFERENCIALES	CRITERIOS DE VALIDEZ	VALORES	PRINCIPIOS
AGRADO (100%)	ENFOQUE HACIA EL CLIENTE – ENFOQUE BASADO EN HECHOS, CONTRATACIÓN PERSONAL DE LA REGIÓN	DOCUMENTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS	CONFIANZA, COMPROMISO, EMPATÍA Y TRATO HUMANO	RESPONSABILIDA D SOCIAL, SENTIDO DE PERTENENCIA
PALESTINA (87 %)	ENFOQUE HACIA EL CLIENTE – ENFOQUE BASADO EN LA NORMA	EMPODERAMIENTO - EN PROCESO DE ACTUALIZACIÓN	SOLIDARIDAD, CRITICA	PATERNALISMO,

RIVERA (86%)	ENFOQUE HACIA EL PRESUPUESTO	EN PROCESO DE ACTUALIZACIÓN	EL ORDEN, RIGOR, RESPETO POR EL OTRO	ROTACIÓN DE PERSONAL
ALGECIRAS (85%)	ENFOQUE HACIA EL PRESUPUESTO	EN PROCESO DE ACTUALIZACIÓN	OBEDIENCIA, SOLIDARIDAD	
YAGUARA (83%)	ENFOQUE HACIA EL PRESUPUESTO	EN PROCESO DE ACTUALIZACIÓN	COMPROMISO, RESPONSABILIDAD	ROTACIÓN DE PERSONAL

MUNICIPIO (% SATISFACCIÓN GLOBAL)	PRACTICAS DIFERENCIALES	CRITERIOS DE VALIDEZ	VALORES	PRINCIPIOS
HOBO (80%)	ENFOQUE HACIA EL PRESUPUESTO	EN PROCESO DE ACTUALIZACIÓN	COOPERACIÓN, OBEDIENCIA	AUTORITARISMO, PATERNALISMO
PALERMO (78 %)	ENFOQUE HACIA EL PRESUPUESTO	EN PROCESO DE ACTUALIZACIÓN	CONFORMIDAD,	RESISTENCIA AL CAMBIO, POCA ESTABILIDAD
ACEVEDO (78%)	ENFOQUE HACIA EL PRESUPUESTO	DOCUMENTACIÓN ACTUALIZADO	CONFORMIDAD, DESCONFIANZA	FALTA DE CONTINUIDAD EN LOS PROCESOS
SAN AGUSTÍN (74%)	ENFOQUE HACIA EL PRESUPUESTO	DOCUMENTACIÓN ACTUALIZADO	CONFORMIDAD, SOLIDARIDAD	RESISTENCIA AL CAMBIO
PITALITO (73%)	ENFOQUE HACIA EL PRESUPUESTO	PROCESO ACTUALIZADO Y SOCIALIZADO	CONFORMIDAD, FALTA DE ORDEN, FALTA DE CLARIDAD	RESISTENCIA AL CAMBIO, DESCONFIANZA EN LA AUTORIDAD

MUNICIPIO (% SATISFACCIÓN GLOBAL)	PRACTICAS DIFERENCIALES	CRITERIOS DE VALIDEZ	VALORES	PRINCIPIOS
CAMPOALEGRE (70%)	ENFOQUE HACIA EL PRESUPUESTO	DOCUMENTACIÓN ACTUALIZADO	RESPECTO, TOLERANCIA	ABSOLUTISMO, MALOS CANALES DE COMUNICACIÓN INTERNA

GIGANTE (70%)	ENFOQUE HACIA EL PRESUPUESTO	DOCUMENTACIÓN ACTUALIZADO	COOPERACIÓN, CONFORMIDAD	ABSOLUTISMO, RESISTENCIA AL CAMBIO
TIMANA (67 %)	ENFOQUE HACIA EL PRESUPUESTO	DOCUMENTACIÓN ACTUALIZADO	RESPECTO, LEALTAD	ABSOLUTISMO, RESISTENCIA AL CAMBIO
GARZÓN (66%)	ENFOQUE HACIA EL PRESUPUESTO	DOCUMENTACIÓN ACTUALIZADO	SOLIDARIDAD, HONESTIDAD	ABSOLUTISMO. PATERNALISMO Y AUTORITARISMO
LA PLATA (58%)	ENFOQUE HACIA EL PRESUPUESTO	DOCUMENTACIÓN ACTUALIZADO	RESPECTO, TOLERANCIA	RESISTENCIA AL CAMBIO, AUTORITARISMO
AIPE (56%)	ENFOQUE HACIA EL PRESUPUESTO	DOCUMENTOS ACTUALIZADOS	COMPROMISO, COOPERACIÓN	ABSOLUTISMO

3.4. Discusión de los resultados

En el departamento del Huila, los gerentes y personal involucrado en la toma de decisiones de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad del Departamento del Huila posee diferentes maneras de operar y manipular los marcos de análisis, en donde surgen cada una de las cuatro dimensiones filosóficas, articuladas entre sí, y constituyéndose en una estructura profunda que Bedard denomina “modo de ser”: Mítico, sistemático, pragmático y relacional, los primeros tres (3) propuestos por Bedard (2005), y el ultimo por Chanlat (1998).

Estos modos de ser son las manifestaciones de las grandes tendencias del pensamiento occidental. Zapata y Rodríguez (2008), referenciando a Bédard (1995) y a Chanlat (1998), con respecto a los modos de ser, refieren:

El modo de ser mítico privilegia el espíritu de grupo, la noción de familia, el compartir, la solidaridad, la fidelidad, la filiación, el respeto de los valores tradicionales. Su principal patología es el integrismo, el absolutismo, el carisma y el clientelismo.

El modo de ser sistemático se caracteriza por un gusto por el orden, la jerarquía, la clasificación, la preocupación por la perfección y la búsqueda de arquitecturas impecables. Sus excesos patológicos presentan rastros de legalismo, autoritarismo, dogmatismo, burocracia y de tecnocracia.

El modo de ser pragmático tiene una actitud que da prioridad a los resultados, a la eficacia de la acción, a la experimentación, a la innovación y al mejoramiento continuo. El criterio último es que las cosas “funcionen”. Entre los peligros patológicos tenemos el utilitarismo, el oportunismo y el arribismo.

Por último el modo de ser relacional, encarna una actitud conciliadora y de concertación, donde existe finura y delicadeza en las relaciones interpersonales. Entre sus excesos patológicos se puede engendrar el individualismo, el regateo, el chunchullo y el igualitarismo aritmético

Podemos definir la cultura organizacional de las Empresas Sociales del Estado de primer nivel de complejidad del Departamento del Huila como entidades, cuyos principios fundadores están más centrados en las finanzas que en los usuarios, predominan las estructuras jerarquizadas antes que las enfocadas en procesos y sistemas, poco liderazgo de las directivas y participación activa de los trabajadores, sin mayor interés por la mejora continua y la toma de decisiones basada en hechos, con prácticas, pensamiento y valores como: atención al usuario basado en la enfermedad, bajo el obedecimiento de las órdenes del gerente, alta rotación de personal, sin empoderamiento y poca capacitación y formación, una comunicación no efectiva; autoridad, absolutismo, obediencia, planeación de corto plazo, y grados variables de motivación y miedo de los trabajadores, confianza, cooperativismo, compromiso, sentido de pertenencia y responsabilidad.

Desde los “modos de ser” de Bédard (1995), y Chanlat (1997), las ESES objeto de estudio, tienen características de los cuatro modos de ser en menor o mayor grado,

sin embargo su mayor preponderancia corresponden a muchos rasgos del modo de ser sistemático con excesos patológicos o rastros negativos de legalismo, autoritarismo, dogmatismo, burocracia y tecnocracia.

Dentro de los hallazgos producto de las herramientas aplicadas que corroboran esta preponderancia del modo de ser sistemático de las empresas sociales del estado de primer nivel de complejidad en el Departamento del Huila encontramos los siguientes elementos cuya definición del Diccionario de la Real Lengua Española son:

El Orden: Mandato que se debe obedecer, observar y ejecutar; La Jerarquía: Gradación de personas, valores o dignidades; La Clasificación: Acción y efecto de clasificar. Clasificar: Ordenar o disponer por clases.

Entre sus excesos patológicos encontramos los siguientes elementos cuya definición de la web: <http://www.wordreference.com/definicion>, son: Según Varela (2007), en Colombia al igual que en la mayor parte del mundo, la prestación de los servicios de salud habían tenido un carácter monopólico, dado que prácticamente el conjunto de las actividades se realizan por un único prestador que integra verticalmente desde la enfermedad en sus fuentes, hasta la propia recolección y tratamiento de las personas enfermas. En algunos casos, en Colombia se ha empezado a implementar la creación de empresas diferenciadas encargadas de tratar las diversas situaciones de salud, pero éstos son apenas pasos iniciales y el modelo aún no se ha generalizado.

- Legalismo: Doctrina política o tendencia que propugna la supremacía de la literalidad de la ley frente a cualesquiera otras consideraciones.
- Autoritarismo: Sistema fundado en la sumisión incondicional a la autoridad:
- Dogmatismo: Presunción del que considera sus opiniones ciertas y fuera de toda duda.

- Burocracia: Conjunto de normas, papeles y trámites necesarios para gestionar una actividad administrativa.
- Tecnocracia: Sistema político que defiende el predominio de los técnicos o de los criterios técnicos en el ejercicio del poder.

A continuación se incluye la tabla de análisis de las características encontradas en las ESE del Departamento del Huila.

Principios de Administración Pública en Colombia (Fuente DAFP)	Rombo filosófico René Bédard		RESULTADOS
	Ejemplos encontrados en las ESE del Departamento del Huila	Características culturales de las ESE del Departamento del Huila	
Enfoque hacia el cliente: “La razón de ser de las entidades es prestar un servicio dirigido a satisfacer a sus clientes; por lo tanto, es fundamental que éstas comprendan cuáles son las necesidades actuales y futuras de éstos, que cumplan con sus requisitos y que se esfuercen por exceder sus expectativas. Antes que comprender las necesidades, es menester que la entidad pública determine cuáles son sus clientes, en el entendido que estos pueden ser: una organización, entidad o persona que recibe un producto y/o servicio y en este sentido, sus necesidades pueden variar, por lo que se hace necesario no perder de vista este aspecto, al momento de generar servicios y/o productos.	El gerente da órdenes, los trabajadores obedecen órdenes, atención al usuario basado en la enfermedad, demanda inducida a las acciones de promoción y prevención que están contratadas, se mide la satisfacción del usuario.	Enfoque hacia el cliente – enfoque basado en hechos, contratación personal de la región, enfoque hacia el presupuesto, Comunicación poco efectiva de la gerente, capacitaciones, celebraciones y bien estar social. Falta de continuidad en los procesos, Capacitaciones Desconfianza en la autoridad, visitas domiciliarias, malos canales de comunicación interna, desinterés con el trabajador, capacitaciones, celebraciones y bienestar social.	Alto: Agrado, Palestina, Rivera Medio: Algeciras, Yagura, Hobo Bajo: Pitalito, San Agustín, Acevedo Ausente: Palermo, Campoalegre, Gigante; Timana; Garzon, La Plata y Aipe.

Principios de Administración Pública en Colombia (Fuente DAFP)	Rombo filosófico René Bédard		RESULTADOS
	Ejemplos encontrados en las ESES del Departamento del Huila	Características culturales de las ESE del Departamento del Huila	
Liderazgo: Desarrollar una conciencia hacia la calidad implica que la alta dirección de cada entidad es capaz de lograr la unidad de propósito dentro de ésta, generando y manteniendo un ambiente interno favorable, en el que los servidores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas, puedan llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la entidad.	Ordenes, control, autoridad, desconfianza, paternalismo, obedecer órdenes, miedo, planeación a corto plazo, aporte de ideas de los trabajadores, empoderamiento, liderazgo participativo, consejos, reflexión acción, pragmatismo, confianza, responsabilidad de los trabajadores, compromiso del gerente con la calidad, cooperativismo, buena comunicación, rechazo de la corrupción, sensibilidad social, escuchar, lealtad coherencia, delegar, equidad, servicio, convicción, cooperativismo, planeación a largo plazo, hechos datos, preside los comité, lanza y apoya la formación, difunde el concepto de calidad, habla y pregunta a los usuarios.	Acercamiento al usuario, escuchar al usuario, Visitas domiciliarias, documentos actualizados, Compromiso, cooperación Enfoque basado en las finanzas, Absolutismo, malos canales de comunicación interna	Alto: Palestina, Rivera Medio: Acevedo, San Agustín y Pitalito Bajo: Campoalegre Ausente: Agrado, Algeciras; Yaguara; Hobo; Palermo; Gigante; Timana; Garzon; La plata y Aipe
Principios de Administración Pública en Colombia (Fuente DAFP)	Rombo filosófico René Bédard		RESULTADOS
	Ejemplos encontrados en las ESES del Departamento del Huila	Características culturales de las ESE del Departamento del Huila	
Participación activa de los trabajadores públicos y/o particulares que ejercen funciones públicas: Es el compromiso de los servidores públicos y/o de los particulares que ejercen funciones públicas, en todos los niveles, que permite el logro de los objetivos de la entidad	Inspira, anima y reconoce las contribuciones de los trabajadores, innovación y creatividad, involucramiento valoración por parte de la dirección compromiso del trabajador, Deseos de participar y contribuir a la mejora continua, motivación, Recompensas y reconocimiento, sanción	Rotación del personal, en proceso de actualización, cooperación, obediencia, autoritarismo, paternalismo, capacitación y formación al trabajador, capacitaciones, celebraciones y bienestar social, desinterés con el trabajador.	Alto: Agrado, Palestina, Rivera Medio: Palermo, Hobo Bajo: Gigante, Timana Ausente: Algeciras; Yaguara; Acevedo; San Agustín; Pitalito; Campoalegre; Garzon; La Plata y Aipe

Principios de Administración Pública en Colombia (Fuente DAFP)	Rombo filosófico René Bédard		RESULTADOS
	Ejemplos encontrados en las ESE del Departamento del Huila	Características culturales de las ESE del Departamento del Huila	
Enfoque basado en los procesos: En las entidades debe existir una red de procesos, la cual al trabajar articuladamente, permite generar valor. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.	Existe manual de funciones, manual de procesos y procedimientos, planeación de procesos, evaluación de procesos, capacitación de los procesos. El manual de procesos se contrató,	Enfoque basado en funciones	Ausente: Todos
Principios de Administración Pública en Colombia (Fuente DAFP)	Rombo filosófico René Bédard		RESULTADOS
	Ejemplos encontrados en las ESE del Departamento del Huila	Características culturales de las ESE del Departamento del Huila	
Enfoque del sistema para la gestión: El hecho de identificar, entender, mantener, mejorar y, en general, gestionar los procesos y sus interrelaciones como un sistema contribuye a la eficacia, eficiencia y efectividad de las entidades en el logro de sus objetivos.	Existe manual de funciones, manual de procesos y procedimientos, planeación de procesos, evaluación de procesos, capacitación de los procesos. El manual de procesos se contrató,	No gestión con enfoque de sistema	Ausente: Todos
Principios de Administración Pública en Colombia (Fuente DAFP)	Rombo filosófico René Bédard		RESULTADOS
	Ejemplos encontrados en las ESE del Departamento del Huila	Características culturales de las ESE del Departamento del Huila	
Mejora Continua: Siempre es posible implementar maneras más prácticas y mejores para entregar los productos o prestar servicios en las entidades. Es fundamental que la mejora continua del desempeño global de las entidades sea un objetivo permanente para aumentar su eficacia, eficiencia y efectividad.	Priorización, formación, empoderamiento, confianza, responsabilidad, flexibilidad.	Documentación actualizada, respeto, lealtad, resistencia al cambio, solidaridad, honestidad, tolerancia	Alto: Agrado, Palestina, Rivera, Hogo y Algeciras Medio: Yaguara, Gigante, San Agustín. Bajo: Aipe, La Plata y Garzón Ausentes: Palermo; Acevedo; Pitalito, Campoalegre; Timaná
Principios de Administración Pública en Colombia (Fuente DAFP)	Rombo filosófico René Bédard		RESULTADOS
	Ejemplos encontrados en las ESE del Departamento del Huila	Características culturales de las ESE del Departamento del Huila	
Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones: En todos los niveles de la entidad las decisiones eficaces, se basan en el análisis de los datos y la información, y no simplemente en la intuición.	Formación de personal, objetividad, transparencia, informativa	Capacitación y formación al trabajador, capacitaciones	Alto: Timaná, Garzón, La Plata y Aipe Medio: Palermo, Acevedo y San Agustín Bajo: Gigante, Campoalegre Ausentes: Agrado; Palestina, Rivera; Algeciras; Yaguara; Hobo y Pitalito

Principios de Administración Pública en Colombia (Fuente DAFP)	Rombo filosófico René Bédard		RESULTADOS
	Ejemplos encontrados en las ESES del Departamento del Huila	Características culturales de las ESE del Departamento del Huila	
Relaciones mutuamente beneficiosas con los proveedores de bienes o servicios: las entidades y sus proveedores son interdependientes; una relación beneficio-sa, basada en el equilibrio contractual aumenta la capacidad de ambos para crear valor.	Confrontación, optimización de costos cooperación, presiones contratación, exclusividad, no dan estudios de costos en las negociaciones	Conformidad, desconfianza	Alto: Agrado, Palestina, Rivera Medio: Hobo, La Plata Bajo: Pitalito, San Agustín, Acevedo Ausentes: Algeciras; Yaguara; Campoalegre; Gigante; Timaná, Garzón y Aipe
Principios de Administración Pública en Colombia (Fuente DAFP)	Rombo filosófico René Bédard		RESULTADOS
	Ejemplos encontrados en las ESES del Departamento del Huila	Características culturales de las ESE del Departamento del Huila	
Coordinación, cooperación y articulación: El trabajo en equipo, en y entre entidades es importante para el desarrollo de relaciones que beneficien a sus clientes, y que permitan emplear de una manera racional, los recursos disponibles	Sistema de referencia y contrarreferencia no funciona. Remisiones inoportunas, no citas con especialista, cada uno por su lado, coordinación con alcaldía, reunión con bienestar familiar, consejo territorial de salud	No coordinación ni cooperación ni articulación intra e intersectorial	Ausente: Todos
Principios de Administración Pública en Colombia (Fuente DAFP)	Rombo filosófico René Bédard		RESULTADOS
	Ejemplos encontrados en las ESES del Departamento del Huila	Características culturales de las ESE del Departamento del Huila	
Transparencia: La gestión de los procesos se fundamenta en las actuaciones y las decisiones claras; por lo tanto, es importante que las entidades garanticen el acceso a la información pertinente de sus procesos, facilitando el control social.	derecho de petición, rendición de cuentas, contratación por el alcalde, cumplimiento de la norma	No transferencia adecuada de información de la gestión	Ausente: Todos

Esta calificación se dio de conformidad a la coexistencia y coherencia de los cuatro componentes de la cultura organizacional, establecidos en la teoría de Reneé Bédard (1995) (prácticas actuales, los criterios de validez, los valores fundamentales y los principios fundadores), de cada una de las Empresas Sociales del Estado objeto de estudio, teniendo en cuenta los siguientes parámetros:

- Alto: Si se evidenciaba practicas coherentes con los valores y criterios en cumplimiento de la Plata forma estrategia establecida por la institución, detectados en la entrevistas. Según Reneé Bédard (1995)
- Medio: Si evidenciaba practicas con presencia de dos los tres criterios de cultura según Reneé Bédard (1995), detectado en la entrevista.
- Bajo: Si evidencia practicas con mínimo una de los tres criterios de cultura organizacional según Reneé Bédard (1995), detectado en la entrevista.
- Ausente: No existencia de la práctica, o que extendiendo la práctica no obedece a ningún criterio de cultura organizacional según Reneé Bédard (1995)

3.5 Conclusiones

Las Empresas Sociales del Estado, más allá de instituciones cuyo objetivo misional es prestar servicios de salud, deben como su carácter jurídico lo indica ingresar al entono empresarial y contribuir con el crecimiento y desarrollo económico de las mismas y para que ello se pueda cumplir sus gerentes deben garantizar estándares de calidad que contribuya a la Calidad, pues esta ya no es una meta, es un requerimiento mínimo de la existencia empresarial.

A nivel País, las Empresas sociales del Estado deben entender la cultura organizacional como parte de las prácticas y actividades que definen el rumbo de las organizaciones, principalmente en la búsqueda de la calidad, debemos remitirnos a lo que la filosofía define como la Praxeologia, el cual según Rénee Bédard (1995) "comprende la conducta y la acción, la creación, la producción y la fabricación de una obra, un bien o un servicio, así como el conjunto de los elementos que intervienen en

la actividad (el sujeto creador y sus habilidades, el objeto a crear, la herramienta, la técnica y los procedimientos)".

En esta evaluación del sistema obligatorio de garantía de la calidad en las empresas sociales del estado del primer nivel de complejidad del departamento del Huila durante el año 2013, con características en las practicas de la cultura organizacional identificamos algunas prácticas que se convirtieron en la base para fundamentar el éxito del servicio y la baja aceptación por parte de los usuarios del mismo.

En este análisis nos encontramos que las 16 empresas estudiadas, manejaban 12 prácticas organizacionales principales como: enfoque hacia el presupuesto, enfoque basado en la norma, alta rotación de personal, autoritarismo, paternalismo, falta de continuidad en los procesos, resistencia al cambio, conformidad y desconfianza, obediencia, falta de orden y falta de claridad y desconfianza en la autoridad, las cuales son el principal generador de bajo grado de aceptación de la satisfacción global. Además se identificaron 5 prácticas comunes como: enfoque hacia el cliente, confianza, compromiso, responsabilidad y sentido de pertenencia, en las instituciones que obtuvieron una satisfacción global por encima del 80%, es decir, que éstas contribuyeron al mejoramiento de la calidad, la productividad y la integración del personal.

Para finalizar, se considera que las Empresas sociales del Estado del Huila cuentan con el desafío de consolidar una cultura humana en la que se cultive espacios de aprecio, confianza, respeto, motivación y se respeten las diferencias individuales, lo que posibilitaría que es lograra implementar de manera exitosa en Sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud decreto 1011 de 2006. En conclusión:

El Sistema obligatorio de garantía de la calidad en las 16 empresas sociales del estado del departamento del Huila que hicieron parte del presente estudio, no cumplen en su integralidad como lo estipula, la norma decreto 1011 de 2006.

Los principios fundadores y valores presentes en los sistemas de gestión de la calidad de las empresas sociales del estado estudiadas, no son concordantes con los basados en los sistemas de gestión la calidad, en los que están basados la administración pública colombiana.

Existe incoherencia entre el discurso y las acciones emprendidas por las empresas sociales del estado para la implementación del sistema de gestión de calidad del sector salud - Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.

Existen algunas prácticas dentro de las empresas sociales del estado estudiadas que demuestran la coherencia con los principios fundadores y un impacto positivo en la satisfacción de sus usuarios.

3.6 Recomendaciones

Después de realizar el análisis cuantitativo y cualitativo de la información recolectada sobre la evaluación del sistema obligatorio de garantía de la calidad en las Empresas Sociales del Estado del primer nivel de complejidad del Departamento del Huila durante el año 2013, con características en las prácticas de la cultura organizacional se entregan las recomendaciones que aparecen a continuación:

La calidad de los servicios de salud en el Departamento del Huila es una necesidad sentida de la población en general por lo tanto se debe de articular con el Ministerio de Salud y la Protección social, estrategias que contribuyan a una verdadera mejora de la calidad de los servicios de salud.

Desde la secretaria de salud Departamental desarrollar programas y propuestas pedagógicas para la abogacía y la asistencia técnica a los territorios, para acompañar la adopción y adaptación del sistema obligatorio de garantía de la calidad para que sea contextualizado a nivel local de acuerdo a las características culturales.

Desde la secretaria de salud departamental y/o municipal crear comités técnicos de seguimiento al cumplimiento de los componentes del sistema Obligatorio de Garantía de la calidad e implementar sistemas que midan el efecto en la satisfacción del usuario.

Los entes territoriales departamentales y municipales, a través de sus juntas directivas deben estimular los procesos de investigación, adquisición de conocimiento y evaluación sobre la cultura organizacional de la empresa.

Estructurar una política de formación del talento humano permanente, liderado por el sector educativo, en alianza con todas las empresas sociales del departamento, para la transformación cultural enfocado en la calidad.

Crear un programa departamental de empoderamiento y gestión de la participación comunitaria al interior de las instituciones de primer nivel, para mejorar la calidad de la atención en salud.

Conformación de una mesa de trabajo interinstitucional departamental, para impulsar la implementación del modelo de atención primaria en salud (APS) como modelo de atención centrado en el usuario.

Desde las ESEs municipales implementar procesos de formación y capacitación dirigidos al personal asistencial y administrativos, para el reconocimiento de la incidencia de las características culturales en los procesos de mejora de la calidad; dando como resultados planes de mejoramiento internos para fortalecer los aspectos de la cultura que inciden negativamente en la calidad de los servicios.

También sugerimos la aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios, grupos focales y otros métodos cualitativos que fortalezcan sus programas de Peticiones, quejas y Reclamos; así como procesos de inducción y re inducción constantes a su personal tanto de planta como de contrato.

La experiencia señala la necesidad de hacer énfasis en la gestión política ante los gerentes de las ESEs del departamento para garantizar la continuidad de este tipo de evaluaciones.

Las empresas sociales del estado deben incluir en los diagnósticos situacionales (análisis DOFA) el entorno cultural de la empresa y sus usuarios que permitan definir estrategias de mayor impacto y mejor costo beneficio.

A partir de lo analizado se debe establecer una estrategia de cambio de la cultura organizacional de manera permanente.

Bibliografía

- Abad García, M. F. ((1997)). La investigación evaluativa en documentación: Aplicacional documentación médica. Valencia (España): Universidad de Valencia.
- Agudelo, C. C., Cardona, B. J., Ortega, B. J., & Robledo, M. R. (30 de Marzo de (2011)). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. (I. d. Facultad de Medicina, Ed.). Bogotá: Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia.
- Álvaro Zapata Domínguez, A. R. (2008). Gestión de la cultura organizacional: bases conceptuales para su implementación”. Cali- Colombia: Facultad De Ciencias De La Administración Universidad Del Valle ISBN: 978-958-670-695-7 v. 1 págs. 608.
- Álvaro Zapata Domínguez, E. A. (2009). Teorías contemporáneas de la organización y el management. COLOMBIA: ECOE EDICIONES.
- Álvaro Zapata Domínguez, I. S. (2008). Cultura organizacional en empresas colombianas. Estudios de casos. Cali Colombia: Facultad de Ciencias de la Administración Universidad Del Valle.
- Álvaro Zapata Domínguez,. (2008). Cultura organizacional y gestión humana Perspectivas Teóricas para el Estudio de la Gestión Humana. Una Relación con el Capital Social, La Cultura Organizacional Y El Management. Cali: Centro Editorial Universidad Del Valle.
- Barrera, E. L., Bedoya Lima, J., & Rodríguez Hernández, J. ((2008)). Las reformas administrativas de los Ministerios del Interior, Educación y Salud 1991-1998: Un análisis institucional. Bogotá, (Colombia): ESAP.
- Bohlander G., Sherman, A. y Snell, S. (2002). Administración de recursos humanos. Editorial Thomson, 12ª edición, Madrid. Capítulo 7.
- Bruno, F. ((1997)). Diccionario de términos psicológicos fundamentales. Barcelona: Paidós Studio.

- Casares, J. ((1959)). Diccionario ideológico de la lengua española. Barcelona: Taurus.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social (2006, 3 de abril). 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, [en línea]. Recuperado el 3 de marzo de 2010, <http://www.minsalud.gov.co/normatividad/decreto%201011%20de%202006.pdf>.
- Cuesta, Armando. Tecnología de gestión de recursos humanos. / Armando Cuesta. – La Habana: Edit. Academia, 1997, -184 p.
- Chiavenato, I. (2002). Gestión del Talento Humano. México: McGraw-Hill. pp. 305-307.
- Dagoberto Paramo Morales, D. M. (2007). Cultura de consumo de bebidas alcohólicas. Colombia: Editorial Universidad Surcolombiana.
- Gibson, J. J. ((1979)). The Ecological Approach to Visual Perception. New Jersey EEUU: Laurence Erlbaum Associates.
- Galán, J.I. (2006): Diseño Organizativo, Thomson, Madrid.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. ((2011)). Sistema de salud Pública en Colombia. Salud Pública de México, 53 Suplemento 2.
- González Salas, E. ((1997)). El Laberinto Institucional Colombiano 1974-1994: Fundamentos de Administración Pública. Santafé de Bogotá (Colombia): Universidad Nacional de Colombia.
- Grados, J. (2003). Reclutamiento, Selección, Contratación e Inducción de Personal (3ª edición). México: Manual Moderno.
- Hernández, Á. M. ((2000)). El derecho a al Salud en Colombia: Obstáculos Estructurales. (U. n. Colombia, Ed.) SALUD PÚBLICA, 2, 121-142.
- Hernández, B. A., & Vega, R. R. ((2008)). El sistema colombiano de Seguridad Social en Salud – Desigualdad y Exclusión. Gerencia y Políticas de Salud.
- Indes., B. ((2005)). La naturaleza estratégica de la gerencia en los ámbitos públicos. Curso de gerencia para resultados. Santiago de Chile.

- Jiménez, O. A. (2000). El impacto del entrenamiento en el desarrollo humano de las empresas. Mekanógrafa, Facultad de Psicología, UNAM.
- Kelly, J. (1994). Organizational Behavior: An Existential-Systems Approach. (rev. ed). Hmewood III. Irwin and Dorsey Press.
- Kerguelen, C. ((2002)). Más allá del error médico. Vía Salud Numero 19, 39.
- Kikpatrick, D.L. (1999) Evaluación de acciones formativas: los cuatro niveles. Barcelona. Gestión 2000.
- Kreps, D. M. ((1990)). La cultura corporativa y la teoría económica: Contenido en Empresas, Organizaciones y Contratos. Oxford: Peter J Buckler, Jonathan Lichie.
- Llanos, J. (2005). Integración de Recursos Humanos. México: Trillas. pp. 199-200.
- Mayntz, R. (1972). Sociología de la organización. Madrid. Alianza Universidad.
- Ministerio de la Protección Social. ((2011)). Guía práctica del Sistema Obligatorio de la Garantía de la calidad en Salud - SOGC. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de Protección Social. ((2012)). Dimensiones prioritarias en salud pública: Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2024. Bogotá: Institucional - documento de trabajo MPS.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de 06 de (2004)). Sistema de seguridad social en salud. Recuperado el 30 de 07 de (2013, de www.minsalud.gov.co
- Mintzberg, H. (1984): La estructuración de las organizaciones, Ariel Economía, Barcelona-
- Mintzberg, H. (2003): Diseño de organizaciones eficientes, Editorial El Ateneo, Buenos Aires.
- Morales Sánchez, L. G. ((1997)). El financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Santiago de Chile: Naciones Unidas - Proyecto CEPAL/GTZ.
- Morales, D. P. (2009). Metodología y técnicas de investigaciones empresariales. Neiva: Editorial Universidad Surcolombiana.
- Neisser, U. ((1967)). Psicología Cognitiva. New York: Appeton - Century - Crosff.

- Neuhauser, P. (2002) Strategies for changing your corporate culture.
- Pozo, J. ((1989)). Teorías Cognitivas del Aprendizaje. Madrid: Morata.
- Quintana, S. ((2002)). Médicos sin fronteras. Recuperado el 18 de Junio de (2013, de “El Acceso a los Servicios de Salud en Colombia 2002”: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/msf/accesosaludcol.htm> de Médicos Sin Fronteras-España,
- Sandsmark, F. (2001): Is the Internet a part of your company's culture? Disponible en: <http://business.cisco.com/app/tree.taf?asset.id=49804>.
- Salas, V. (1996): Economía de la Empresa, 2ª ed., Ariel, Barcelona
- Secretaria de Salud Departamental – Huila. ((2008)). Manual de Referencia y Contrareferencia CRUE – Departamental. Neiva.
- Simón, cristina. Indicadores de eficacia en la gestión de Recursos Humanos / Cristina Simón, Pilar Rojas. Capital Humano: (169), 72 – 75, 2003.
- Oteo, L. Á. ((2011)). Gestión Clínica: Gobierno clínico. Manuales de Dirección médica y gestión clínica. Bogotá: Universidad Javeriana.
- Trelles, R. I. ((2001)). Comunicación Organizacional. La Habana: Feliz Varela.
- Trist, E. L. i Bamford, K. W. (1951). Some social and psychological consequences on the long wall method of coalgetting. Human relations, 4, 3-38.
- Varela Barrios, Edgar (2007). Las privatizaciones en Cartagena y Barranquilla: un paradigma mercantilista en la gestión de los servicios públicos domiciliarios en Colombia. En: Revista Pensamiento & Gestión, Barranquilla: Universidad del Norte, No. 23, p. 209–255
- Edgar Varela Barrios (2007), El Impacto de la Mercantilización de los Servicios Públicos Sobre las Empresas Estatales del Sector, REVISTA Semestre Económico - Universidad de Medellín, volumen 11, No. 22, pp. 91-109 - ISSN 0120-6346 - Julio - diciembre de 2008. Medellín, Colombia
- Weber, M. (1947). The theory of social and economic organization. Ill: The Free Press.

Werther, W. y Davis, K. (2001). Administración de personal y recursos humanos. Editorial McGraw-Hill, quinta edición, México. Capítulo 11.

Zanini, A. ((2009)). Propuesta de un instrumento para la evaluación y auditorias de programas de promoción en salud. Maestría en Salud Publica (14).

VII Conferencia Internacional de Ciencias Económicas y Empresariales.

Anexos

Anexo 1

SERVICIOS PRESTADOS EN LA SEDE

(HABILITADOS POR LA ESE O POR UN TERCERO)

SERVICIOS PRESTADOS EN LA SEDE (HABILITADOS POR LA ESE O POR UN TERCERO)					
SERVICIOS			Baja Complejidad (Marcar X, en la respectiva casilla)		
			SI	NO	
Internación	101	General adultos			
	102	General pediátrica			
	112	Obstetricia			
	121	Atención institucional de paciente crónico			
	124	Internación parcial en hospital			
Quirurgico	203	Cirugía general			
	211	Cirugía oral			
Consulta Externa	309	Dolor y cuidados paliativos			
	312	Enfermería			
	325	Medicina familiar			
	328	Medicina general			
	333	Nutrición y dietética			
	334	Odontología general			
	337	Optometría			
	344	Psicología			
	346	Rehabilitación oncológica			
	347	Rehabilitación oral			
	359	Consulta prioritaria			
	397	Medicina estética			
	398	Medicinas alternativas - Homeopatía			
	399	Medicinas alternativas - Ayurveda			
	400	Medicinas alternativas - Medicina tradicional china			
Protección Específica y Detección Temprana	404	Medicinas alternativas - Naturopatía			
	405	Medicinas alternativas - Naturalterapia			
	907	Protección específica - Atención del parto			
	908	Protección específica - Atención al recién nacido			
	909	Detección temprana - Alteraciones del crecimiento y desarrollo (<10 años)			
	910	Detección temprana - Alteraciones del desarrollo del joven (10 - 29 años)			
	911	Detección temprana - Alteraciones del embarazo			
	912	Detección temprana - Alteraciones en el adulto (>45 años)			
	913	Detección temprana - Cáncer de cuello uterino			
	914	Detección temprana - Cáncer seno			
Urgencias	915	Detección temprana - Alteraciones de la agudeza visual			
	916	Protección Específica - Vacunación			
	917	Protección específica - Atención preventiva en salud bucal			
	918	Protección Específica - Atención en planificación familiar hombres y mujeres			
	501	Servicio de urgencias			
	Transporte	601	Transporte asistencial básico		
		706	Laboratorio clínico		
	Apoyo Diagnostico y Complementación terapeutica	710	Radiología e imágenes diagnósticas		
		712	Toma de muestras de laboratorio clínico		
		714	Servicio farmacéutico		
717		Laboratorio citología cérvico uterina			
720		Lactario - Alimentación			
721		Esterilización			
724		Toma e interpretación de radiografías odontológicas			
728		Terapia Ocupacional			
729		Terapia respiratoria			
731		Laboratorio histotecnología			
735		Terapia alternativa bioenergética			
736		Terapia alternativa con filtros			
737		Terapia alternativa manual			
739		Fisioterapia			
Otros		740	Fonoaudiología y/o terapia de lenguaje		
	741	Tamización de cáncer de cuello uterino			
	816	Atención domiciliaria de paciente crónico sin ventilador			
	817	Atención domiciliaria de paciente agudo			
	818	Atención prehospitalaria			
	819	Atención a consumidor de sustancias psicoactivas			
Nombre ESE: _____					
Información suministrada por: _____					
Firma: _____					

Anexo 2

Encuesta sobre Cultura Organizacional.

Encuesta sobre Cultura Organizacional.			
PRACTICAS	SI	NO	OBSERVACIONES / AMPLIACION DE LA RESPUESTA / DESCRIPCION DE EJEMPLOS
La ESE esta implementando la estrategia de atencion primaria en salud, independiente del convenio suscrito con el Departamento?			
Conoce la ESE las necesidades y expectativas del usuario y su familia? Y como lo hace?			
La ESE mide la satisfaccion de los usuarios			
Conocen y comprenden los trabajadores de la ESE las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias?, Como hacen para conocerlas?			
Al personal de la ESE se capacita en habilidades para satisfacer al usuario y su familia?			
Considera que las metas y objetivos de la ESE estan relacionadas con la satisfaccion del usuario?, porque?			
El gerente forma, ayuda y dialoga			
El gerente ordena y controla las actividades de todo el personal			
El gerente delega y confia en el trabajador			
El gerente infunde miedo o temor			
El gerente deja participar y tiene en cuenta las opiniones de los tabajadores			
Es evidente el compromiso del gerente con la gestion de la calidad en la ESE			
Todos los trabajadores estan comprometidos con la calidad			
Solo algunos trabajadores estan comprometidos con la calidad			
La comunciacion del gerente es buena			
El gerente asiste y preside los diferentes comites del hospital			
El gerente habla , pregunta y escucha a los usuarios			
El gerente lanza y apoya el plan de capacitacion			
El gerente se interesa por conoer y ayudar a solucionar los problemas de los tabajadorespor fuera de su ambito laboral			
El gerente inspira, anima y reconoce las contribuiiones de los trabajadores al mejoramiento de la atencion			
Es evidente el deseo de participacion del trabajador al mejoramiento de la atencion			
La actividades y sus recursos relacionados de la ESE, se gestionan como un proceso			
La ESE contrata el personal que conozca la gestion por procesos			
La ESE realiza educacion y fomacion en procesos			
La ESE facilita al trabajador las herramientas, capacitacion y animo para la mejora del servicio			
La ESE realiza analisis de datos y de la informacion			
La ESE realiza medicion y recogida de datos para analizarla			
El gerente toma desiciones de accion en base a los resultados de un analisis logico de datos e informacion y se asesora de personaa con experiencia			
Existe cooperacion mutua con los proveedores para la reduccion de costos			
Esta de acuerdo con la forma como esta gerenciando el hospital el actual gerente?, Porque?			

Anexo 3

Encuesta sobre Satisfacción Global.

TELEFONO : 8322050			SI	NO
1. Reside en el municipio hace mas de un año?	*			
2. Ha sentido la necesidad de utilizar algun servicio de salud?	*			
3. Ha utilizado algun servicio prestado por la ESE ?	*			
4. Se siente satisfecho con la atencion prestada por la ESE?	*			
TELEFONO : 8322113			SI	NO
1. Reside en el municipio hace mas de un año?	*			
2. Ha sentido la necesidad de utilizar algun servicio de salud?	*			
3. Ha utilizado algun servicio prestado por la ESE ?	*			
4. Se siente satisfecho con la atencion prestada por la ESE?	*			
TELEFONO : 8322208			SI	NO
1. Reside en el municipio hace mas de un año?	*			
2. Ha sentido la necesidad de utilizar algun servicio de salud?	*			
3. Ha utilizado algun servicio prestado por la ESE ?	*			
4. Se siente satisfecho con la atencion prestada por la ESE?	*			
TELEFONO : 8322023			SI	NO
1. Reside en el municipio hace mas de un año?	*			
2. Ha sentido la necesidad de utilizar algun servicio de salud?	*			
3. Ha utilizado algun servicio prestado por la ESE ?	*			
4. Se siente satisfecho con la atencion prestada por la ESE?	*			
TELEFONO : 8322057			SI	NO
1. Reside en el municipio hace mas de un año?	*			
2. Ha sentido la necesidad de utilizar algun servicio de salud?	*			
3. Ha utilizado algun servicio prestado por la ESE ?	*			
4. Se siente satisfecho con la atencion prestada por la ESE?	*			

Anexo 4
Servicios Habilitados en las 16 ESEs del Estudio.

[illegible]

[illegible]

915	Detección temprana - Alteraciones de la agudeza visual								1							1	
916	Protección Específica - Vacunación	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
917	Protección específica - Atención preventiva en salud bucal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
918	Protección Específica - Atención en planificación familiar hombres y mujeres	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
501	Servicio de urgencias	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1			1
601	Transporte asistencial básico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1
706	Laboratorio clínico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
710	Radiología e imágenes diagnósticas			1	1							1	1				
712	Toma de muestras de laboratorio clínico					1	1		1			1	1		1	1	1
714	Servicio farmacéutico	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
717	Laboratorio citología cérvico uterina			1										1	1		
720	Lactario - Alimentación																
721	Esterilización	1									1	1	1			1	1
724	Toma e interpretación de radiografías odontológicas			1											1		
728	Terapia Ocupacional											1					
729	Terapia respiratoria							1				1	1				1

[illegible]

Anexo 5

Hoja consolidado Parametrización del SOGCS

[illegible]

[illegible]