

Conocimiento del personal de salud del Hospital San Rafael de Leticia sobre el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud

Knowledge of the Health Staff at the San Rafael Hospital in Leticia about the Mandatory System of Quality Guarantee in Healthcare

YULIMA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ*
MARYORI QUIÑONES**
WILSON GIOVANNI JIMÉNEZ***

RESUMEN

Este artículo surgió del trabajo llevado a cabo en la Universidad Jorge Tadeo Lozano para obtener el título de especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad de la Salud, durante el 2012. Está basado en la normatividad que se encuentra establecida en el Decreto 1011 del 2006, a partir de la cual se crean los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud (SOGCS). *Objetivo:* conocer el grado de conocimiento que tiene el personal de salud que labora en el Hospital San Rafael, en Leticia, Amazonas, sobre este decreto. *Materiales y métodos:* se aplicó una metodología descriptiva y evaluativa que pudo establecer de forma detallada si el personal que labora en el hospital conoce esta normativa. Se aplicaron encuestas al total del personal, equivalente a 75 personas, de las diferentes áreas asistenciales. Se encontró un nivel aceptable en más de la mitad de la población. *Resultados:* se pudo evidenciar un gran desconocimiento sobre el Decreto 1011 del 2006. Como falencias relevantes se identificaron el desinterés por el tema y la falta de capacitación por parte de la institución. *Conclusión:* según los resultados obtenidos por las encuestas, se puede deducir que actualmente los servicios de salud no se están prestando teniendo en cuenta la normatividad vigente.

Palabras clave: conocimiento, SOGCS, hospital, calidad, atención en salud, nivel.

ABSTRACT

This article resulted from the work carried out at the Jorge Tadeo Lozano University during 2012 to obtain the title of specialist in Management and Quality Audit in Healthcare. It is based on the regulations established in Decree 1011 of 2006, according to which the standards of the Mandatory System of Quality Guarantee in Healthcare (SOGCS, for its initials in Spanish) were created. *Objective:* To find out the degree of knowledge of the health staff working at the San Rafael Hospital in Leticia, Amazonas, about this decree. *Materials and Methods:* A descriptive and evaluative methodology was applied, which made it possible to establish, in a detailed manner, whether or not the staff working at the hospital was aware of this regulation. The staff, composed by a total of 75 people from the different healthcare areas, was interviewed in its entirety. An acceptable level was found in more than half of the population. *Results:* A huge degree of unfamiliarity with Decree 1011 of 2006 was found. Lack of interest in the topic and lack of training offered by the institution were found to be relevant weaknesses. *Conclusion:* According to the results obtained from the interviews, it is deduced that healthcare services are currently not being offered while taking the current regulation into consideration.

Keywords: Knowledge, SOGCS, hospital, quality, healthcare, level.

*Enfermera profesional, estudiante de especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud.

**Trabajadora social, estudiante de especialización en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud.

***Odontólogo, Universidad Nacional de Colombia; magíster en Administración, candidato a doctor en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Universidad de Manizales; docente de los posgrados del área de Gestión de la Salud y la Seguridad Social, Universidad Jorge Tadeo Lozano.

INTRODUCCIÓN

Este artículo es el resultado de la investigación realizada en el Hospital San Rafael en la ciudad de Leticia, Amazonas, durante el segundo semestre del 2012, la cual tuvo como objetivo evaluar el conocimiento que tienen los funcionarios del área asistencial respecto al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, establecido en Colombia mediante el Decreto 1011 de 2006. En dicha norma se expresa que el personal vinculado al sistema de salud debe recibir capacitación que le permita tener un grado de conocimiento de las exigencias establecidas legalmente, con el fin de prestar la atención en salud con los estándares de calidad posibles, gracias al diseño y la implementación de procesos de innovación permanente orientados a la mejora continua. Este desarrollo exige la concienciación y el involucramiento de todo el personal de la salud, en aras de entregar un mejor servicio a los usuarios (Camarasa, 1992).

RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA

Los anales del Hospital San Rafael se retrotraen a la década de los treinta, época en la que se fundó un pequeño puesto de salud que atendía a la población de Leticia. Entre los principales servicios que se brindaban, estaban la atención de mordeduras de serpiente y otros servicios relacionados con la entrada en contacto por parte de los seres humanos con animales habitantes de las zona selvática del Amazonas.

A partir de 1957 inició la construcción del Hospital San Rafael, obra que estuvo a cargo del oficial del Ejército colombiano Luis Carlos Guzmán, quien contó con el apoyo del médico cirujano Juan Silva Haad y de May Saliwikis, habitante de Leticia, quien logró el apoyo de importantes personalidades en los Estados Unidos para la obtención de equipos hospitalarios.

A partir de 1975 el Hospital San Rafael se integró al Sistema Nacional de Salud, siendo transformado el 21 de noviembre de 1995, de acuerdo con lo exigido en la Ley 100 de 1993, en Empresa Social del Estado (ESE) de segundo nivel de complejidad, mediante la Ordenanza Departamental 064.

MARCO TEÓRICO

La necesidad de garantizar las mejores condiciones de atención en los servicios de salud a la población colombiana ha llevado a establecer un conjunto de acciones legislativas que buscan regular la cultura, el comportamiento, o más precisamente, las prácticas de los agentes que prestan los servicios de salud en las instituciones hospitalarias. En este sentido, el Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) recomendó fijar estándares de seguridad, utilizar un mecanismo de acreditación que obligue a las distintas organizaciones relacionadas con los servicios de salud a implementar programas de calidad, e incentivar a aquellas que efectivamente demuestren mejorar la seguridad en la atención (Perdomo y Martínez, 2010).

Estos cambios tienen su origen en la aprobación de la Constitución de 1991, en la cual se establece (art. 49) que el servicio obligatorio de salud estará bajo la dirección del Estado colombiano, guiado por los principios de universalidad, equidad y solidaridad. En complemento, el artículo 153, numeral 9 expresa que “La calidad de la atención en salud es un fundamento de servicio público de salud que debe ser garantizado por el sistema de seguridad social en Salud”.

Esta modificación constitucional fue la base que impulsó la derogación del Sistema Nacional de Salud de 1975, mediante la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el libro segundo de la Ley 100 de 1993. En dicha norma,

el artículo 227 establece la obligatoriedad que tiene el Gobierno Nacional de establecer un sistema obligatorio de garantía de calidad (Congreso de la Republica de Colombia, 1993).

Otras normas que complementan a la Ley 100 son la Ley 715 de 2001, la cual define el Sistema General de Participaciones, dentro del cual hay un componente destinado a financiar la salud en las entidades territoriales (Congreso de Colombia, 2001); la Ley 1122 del 2007, la “cual hace algunas modificaciones al Sistema general de seguridad social en salud” (Presidencia de la República, 2007); y la Ley 1438 del 19 de enero de 2011, “por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social y se dictan otras disposiciones” (Congreso de Colombia, 2011).

En este marco normativo, la definición del SOGCS tiene como primer antecedente la expedición del Decreto 2174 de 1996, el cual se aplicaba a las prestadoras de servicios en salud. En este se establecían los requisitos de infraestructura, recurso humano, procesos administrativos y técnicos, medidas en bioseguridad, transporte, auditorías, documentación de vigilancia y contrataciones. De igual manera, se establecía la obligatoriedad que debían tener las IPS de conformar comités de calidad, científicos y de ética, así como auditorías médicas.

El Decreto 2174 de 1996 tuvo vigencia hasta el año 2002, cuando fue promulgado el Decreto 2309 en el que se establecieron los componentes de habilitación, acreditación, auditoría para la calidad y sistema de información para la calidad. Sin embargo, este decreto no tuvo una vigencia tan amplia como el anterior, ya que en el año 2006 fue derogado y por tanto remplazado por el Decreto 1011, el cual constituye el marco normativo de esta investigación. A continuación se realiza una revisión de los principales contenidos que hacen parte del Decreto 1011 de 2006.

En el artículo 2° se establece la definición de sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud del sistema general de seguridad

social en salud (SOGCS), la cual: “Es 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” (Presidencia de la Republica, 2006).

De igual forma, define cada uno de los componentes del SOGCS, los cuales deben ser desarrollados por prestadores de servicios de salud, entidades promotoras de salud del régimen contributivo y del subsidiado (antiguas administradoras del régimen subsidiado), entidades adaptadas, empresas de medicina prepagada y entidades departamentales, distritales y municipales de salud. Estos componentes son los siguientes:

- Sistema único de habilitación: se define como “las normas, que establecen, registran, verifican y controlan el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, para Prestadores de Servicios de Salud con estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social” (Presidencia de la República, 2006).

Este sistema genera condiciones sobre los prestadores de servicios de salud para crear e innovar las mejores condiciones para la atención en calidad, de tal forma que se deberán inscribir y habilitar los servicios pertinentes a la hora de evaluar si cumplen o no con los estándares establecidos en las resoluciones 1043, 2680 y 3763 del 2007.

Las secretarías departamentales y distritales de salud son las responsables de realizar la verificación del cumplimiento de condiciones estructurales, patrimoniales, científicas, tecnológicas y administrativas por parte de los prestadores de salud, mientras que para las EPS la entidad competente es la Superintendencia Nacional de Salud.

- Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: en el decreto se define

como: “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios” (Ministerio de la Protección Social, 2006).

La auditoría es una herramienta que busca identificar los logros del mejoramiento continuo en relación con la calidad de los servicios que se deben brindar a los usuarios del sistema (Jiménez, 2003). Para ello cada prestador debe diseñar e implementar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (Pamec), en el que se incluyan actividades tendientes a evaluar y mejorar procesos sistémicos definidos como importantes.

En cuanto a la definición de qué se entiende por calidad, esta puede ser entendida de la siguiente forma: grado en el que un producto o servicio cumple con los requisitos exigidos por el usuario (Icontec, 2005). En complemento, el Decreto 1011 de 2006 la define como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción del usuario” (Presidencia de la República, 2006).

- Sistema único de acreditación: se define como los 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 (IPS).

Para lograr la acreditación es necesario desarrollar un conjunto de acciones de mejoramiento, las cuales deben ser comprobadas por procesos sistemáticos de evaluación destinados a certificar a la entidad. Este componente es voluntario, ejecutado y realizado por personal idóneo y bajo una entidad certificadora que evalúe lo relacionado y mostrado por IPS y EPS. El

objetivo de la acreditación es incentivar las prácticas competitivas basadas en mejoras de los procesos.

Finalmente, vale la pena resaltar que los procesos de autoevaluación y acreditación son, respectivamente, las formas de evaluación interna y externa más comunes (Shaw, 2000).

- Sistema de información para la calidad: de acuerdo con el Decreto 1011, el sistema de información para la calidad tiene como fin “estimular la competencia para orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, defendiendo sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud” (Presidencia de la República, 2006).

Sus objetivos son el monitoreo constante, la orientación del comportamiento de la población, referenciar la competitividad y estimular e incentivar la gestión de la calidad. Asimismo, sus principios son: gradualidad, sencillez, focalización, validez y confiabilidad, participación y eficiencia.

- Otras normas y lineamientos acerca de calidad en salud: resulta importante revisar otras normas que han impulsado la constante búsqueda de mayores niveles de calidad en la atención en salud. Entre ellas podemos destacar las siguientes:
- Guía para el desarrollo de la política de seguridad del paciente: esta guía fue desarrollada por el Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) en el 2008, con el propósito de impulsar la Política de Seguridad del Paciente, con el liderazgo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Su objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente y reducir, y de ser posible eliminar, la ocurrencia

de eventos adversos, para contar con instituciones seguras y competitivas internacionalmente (Ministerio de la Protección Social, 2009).

- El Plan de estudios sobre las consecuencias de los eventos adversos en hospitales de Latinoamérica: este proyecto ha sido el resultado de la colaboración entre la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los ministerios de salud e instituciones de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú (Aranaz, Remon y Ramírez, 2010). Ha sido el primer estudio llevado a cabo a gran escala en América Latina para medir los eventos adversos que ocurren como resultado de la atención médica en los hospitales. Su filosofía se basa en que conocer la magnitud y las características del problema es el primer paso para proponer soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debido a riesgos en los cuidados sanitarios.

Por otra parte, se ha hecho manifiesta la necesidad de reportar de manera sistemática los incidentes que se presentan como consecuencia de la atención médica, y también de establecer la cultura del reporte, mediante el uso de instrumentos reconocidos internacionalmente; para ello, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) y la OPS han tomado la iniciativa de traducir, automatizar y realizar pruebas de campo con la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la OMS. El instrumento tiene el propósito de “definir, armonizar y agrupar, los conceptos sobre la seguridad de los pacientes, en una clasificación internacional, de tal manera, que responda a las necesidades de aprendizaje y mejora de dicha seguridad, en los diferentes sistemas de salud (Larizquitia y Gonseth, 2009).

Considerando lo anterior, se puede expresar que los conceptos, enfoques y modelos normativos de gestión de la calidad en salud implementados en Colombia se corresponden con las tendencias

que a nivel mundial existen sobre el tema (Cruz y González, 2007).

En relación con la temática de la presente investigación, es importante considerar que anteriormente se han realizado investigaciones similares a la presente, destacándose dos: la primera, realizada en el año 2009 en la ciudad de Bucaramanga por la Universidad Autónoma de Bucaramanga (Merchan y Corzo, 2009), cuyo objetivo fue identificar el nivel de conocimientos que tiene el profesional de enfermería de la Foscal sobre la legislación colombiana en enfermería y el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, siendo uno de los objetivos específicos evaluar el grado de conocimiento que tenía el personal profesional de enfermería acerca del SOGCS.

Esta investigación aplicó una encuesta a un total de 98 enfermeras, dando como resultado que el 35% de la población tiene conocimientos aceptables, el 48% se encuentra entre los rangos excelente y bueno y el 17% tiene conocimientos insuficientes y deficientes.

La segunda investigación fue realizada en el año 2012 en la ciudad de Bogotá por la universidad EAN (Hernández y Torres, 2012), la cual buscó determinar el grado de conocimiento de los trabajadores del Hospital San Rafael de Pacho, Cundinamarca acerca de la auditoría en salud y del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS).

Esta investigación aplicó una encuesta a 75 trabajadores del área de servicios quirúrgicos, medicina interna, urgencias, ginecoobstetricia, laboratorio clínico, radiología y personal del área administrativa, y dio como resultado un nivel medio de conocimientos en el área.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es de tipo descriptivo y evaluativo, con el fin de establecer el nivel de

conocimiento que tiene el personal asistencial sobre el SOGCS.

La técnica de recolección de datos fue la aplicación de cuestionarios con preguntas cerradas y única respuesta, al total del personal del Hospital San Rafael de Leticia que labora en las áreas asistenciales, lo que corresponde a 75 personas. Una vez elaborada la encuesta se procedió a consolidar los datos en tablas, a través de las cuales se realizó un análisis, en primer término univariado y en segundo término bivariado. La secuencia desarrollada durante el proceso empírico de la investigación se describe a continuación:

1. El cuestionario se estructuró tomando como base los contenidos del Decreto 1011 del 2006, el cual define el SOGCS.
2. Se gestionó y consiguió, con el apoyo de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, la autorización del director del Hospital San Rafael de Leticia.
3. El cuestionario se aplicó en el hospital de manera que no se alteraran los procesos laborales de cada área; es por ello que se realizó en tres jornadas: día, tarde y noche, empleando espacios aptos para esta tarea y cumpliéndose con cubrir al total de empleados.
4. Una vez recolectada la información, se realizó el análisis correspondiente, teniendo como base para determinar el grado de conocimiento del personal del hospital. La escala se presenta en la tabla 1.

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población de profesionales de la salud que labora en el Hospital San Rafael de Leticia es de 75 personas, de las cuales 47 son mujeres (63%) y 28 hombres (37%). De ellos, 27 (36%) se encuentran en el rango de edad de veinte a treinta años; 13

TABLA 1. Criterios de calificación de las encuestas aplicadas a los trabajadores del Hospital San Rafael de Leticia

CALIFICACIÓN	CRITERIOS
Excelente	Responden entre 17 y 21 preguntas bien
Bueno	Responden entre 13 y 16 preguntas bien
Aceptable	Responden entre 9 y 12 preguntas bien
Insuficiente	Responden entre 5 y 8 preguntas bien
Deficiente	Responden entre 0 y 4 preguntas bien

en el de 31 a 41 años (17%); 22 de 42 a 52 años (30%); y 13 personas de 53 a 63 años (17%).

En cuanto a la experiencia profesional, entendida como el tiempo que ha transcurrido desde su graduación como profesional, la distribución es la siguiente: menos de un año: ocho personas; uno a tres años: quince; de cinco a diez años: diez; y las personas que tiene más de diez años de experiencia son 32.

En lo referente a la antigüedad que tiene el personal de salud en la institución, los resultados son los siguientes: menos de un año: trece, de uno a tres años hay dieciocho personas, de tres a cinco años: seis personas, cinco a diez años: diez, más de diez años: veintiocho.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS UNIVARIABLES

A continuación se detallan los resultados para cada una de las preguntas realizadas en la encuesta.

La pregunta 1 de la encuesta fue: ¿el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se estableció mediante el decreto...? (tabla 2).

El 84%, es decir un total de 63 personas, respondieron acertadamente a la pregunta indicando que se estableció mediante el Decreto 1011 de 2006, seguido por un 8%, es decir, seis personas las cuales respondieron "Ninguna de las anteriores". El 5% (cuatro personas) respondió que es el Decreto 2174

TABLA 2. ¿El SOGCS se estableció mediante el decreto...?

CUENTA DE NÚMERO	TOTAL	%
PREG. # 01		
a. Decreto 2210 de 2006	1	1
b. Decreto 1011 de 2006	63	84
c. Decreto 2174 de 2006	4	5
d. Decreto 1445 de 2007	1	1
e. Ninguna de las anteriores	6	8
Total general	75	100

de 2006; el 1% (una persona) respondió que es el Decreto 2210 de 2006; e igual porcentaje señaló que es el Decreto 1445 de 2007.

La pregunta 2 fue la siguiente: ¿el SOGCS está orientado a...? Las respuestas se describen a continuación: el 52% (39 personas) respondió, acertadamente, que el Sistema está orientado a mejorar los resultados de la atención en salud centrados en los usuarios. Un 33% (veinticinco personas) contestó “A todas las anteriores”; un 8% (seis personas) respondió: “Garantizar el acceso a una entidad prestadora de servicios de salud”; un 4% (tres personas) contestó que el sistema asegura a toda la población colombiana; y el 3% (dos personas) respondió: “Evaluar a los profesionales de la salud”.

La pregunta 3: ¿el SOGCS consta de los siguientes componentes, excepto...?, reportó los siguientes resultados: el 31% (veintitrés personas) respondió, correctamente: “Observatorio de la Calidad en Salud”; el 27% (veinte personas) contestó que es el Sistema Único de Acreditación; el 25% (diecinueve personas) dio por respuesta que es la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud; el 12% (nueve personas) respondió: “el Sistema Único de Habilitación”; y el 5% (cuatro personas) contestó: “el Sistema de Información para la Calidad”. En este caso se encuentra un desconocimiento de más de la mitad de la población.

A la pregunta 4: ¿las características del SOGCS son...?, los encuestados respondieron así: el 57%

(43 personas) respondió, acertadamente: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad; el 21% (dieciséis personas) indicó: continuidad, pertinencia, eficacia, eficiencia y accesibilidad; el 12% (nueve personas) dijo: accesibilidad, eficacia, seguridad y pertinencia; el 5% (cuatro personas) contestó: accesibilidad, seguridad, pertinencia y continuidad; y el 4% (tres personas) mencionó: oportunidad, seguridad, eficacia y continuidad.

La pregunta 5 fue la siguiente: ¿Cuáles son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS?, y a esta los encuestados contestaron de la siguiente forma: el 65% (49 personas) dijo que son el presidente, la gobernación y las alcaldías; solo el 16% (doce personas) respondió, correctamente, que son el Ministerio de Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, las entidades departamentales y distritales de salud y las entidades municipales de salud; el 11% (ocho personas) dijo que son las gerencias de la institución de salud; el 7% (cinco personas) mencionó a las IPS y a las administradoras de riesgos profesionales; y el 1% (una persona) dijo que son la Presidencia, la gobernación y las alcaldías.

La pregunta 6: ¿El sistema único de habilitación se define como...?, tuvo las siguientes respuestas: el 51% (38 personas) respondió que 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. Existe un acierto en la respuesta por parte del personal de solo el 32% (veinticuatro personas), al decir que es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas; el 15% (once personas) señaló que es el cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica; y el 3% (dos personas) contestó que es el cumplimiento de las condiciones básicas que posibilitan la estabilidad

financiera de las instituciones prestadoras de los servicios de salud.

A la pregunta 7: ¿Cuáles son las condiciones básicas para la habilitación de las Entidades Administrativas de Planes de Beneficio (EAPB)?, los encuestados respondieron de la siguiente manera: el 75% (57 personas) dijo, acertadamente, que se requiere capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera y capacidad técnico-administrativa; el 17% (doce personas) contestó: capacidad médica y personal calificado; el 4% (tres personas) indicó: capacidad técnico-administrativa y capacidad médica; el 3% (dos personas) afirmó: capacidad, planta y equipo y suficiencia patrimonial; y el 1% (una persona) señaló: capacidad tecnológica, científica y personal calificado.

La pregunta 8: ¿Los niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud son...?, fue contestada de la siguiente forma: el 43% (32 personas) respondió, acertadamente: autocontrol, auditoría interna y auditoría externa; el 37% (veintiocho personas) dijo que son la auditoría interna y la auditoría externa; el 16% (doce personas) citó la autoevaluación y la auditoría interna; el 3% (dos personas) indicó: autocontrol y auditoría externa; y el 1% (una persona) se inclinó por auditoría interna y autocontrol.

La pregunta 9: ¿La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud implica...?, tuvo las respuestas que se muestran en lo que sigue. El 68% (51 personas) contestó, correctamente, que la auditoría implica la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios; el 17% (trece personas) indicó: la realización de actividades de mejoramiento de los procesos; el 7% (cinco personas) mencionó la realización de seguimientos continuos; el 4% (tres personas) señaló: la realización de seguimiento en la atención en salud; y el 4% (tres personas) se refirió a la realización de evaluaciones continuas.

La pregunta 10: ¿El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones?, fue contestada así: el 49% (37 personas) respondió que se trataba de acciones preventivas, acciones de mejoramiento y acciones de control; el 20% (quince personas) hizo mención de acciones preventivas, acciones de prevención, acciones de resultado; el 16% (doce personas) citó a las acciones de control, las acciones preventivas y las acciones de resultado; solo el 13% (diez personas) conoce las acciones para llevar a cabo la auditoría, y en ese sentido respondió que son las acciones preventivas, las acciones de seguimiento y las acciones coyunturales; el 1% (una persona) señaló: ninguna de las anteriores.

La pregunta 11 fue: Las Entidades Administradoras de Planes Beneficio (EAPB) establecieron un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud que comprende como mínimo los siguientes procesos, y tuvo las respuestas que se presentan a continuación: el 40% (solo 30 de las 75 personas encuestadas) respondió, acertadamente, que tales procesos eran la autoevaluación de la red de prestadores de servicios de salud y la atención al usuario; el 27% (veinte personas) indicó: autoevaluación de la red de prestadores de servicios de salud y personal administrativo; el 23% (diecisiete personas) contestó: atención al usuario y bienestar al cliente interno; el 5% (cuatro personas) señaló: personal administrativo y atención al usuario; y el 5% (cuatro personas) se inclinó por la opción "ninguna de las anteriores".

A la pregunta 12: ¿La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe ejercerse tomando como primera consideración...?, los encuestados contestaron de la siguiente manera: el 67% (50 personas) respondió, acertadamente, que la auditoría debe tomar en consideración la salud y la integridad del usuario; el 19% (catorce personas) hizo mención de la salud de los usuarios; el 7% (cinco personas) se refirió al bienestar de la

empresa; el 4% (tres personas) señaló que se trataba de los conocimientos que tenga el auditor; y el 4% (tres personas) dio por respuesta: las normas establecidas por la empresa.

La pregunta 13: ¿El sistema único de acreditación se define como...?, tuvo las respuestas que enseguida se muestran: el 65% (49 personas) contestó, correctamente, que el sistema en mención se define 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 prestadores de servicios de salud; el 13% (diez personas) respondió: es el conjunto de entidades que cumplen con los requerimientos mínimos para la prestación de servicios de salud; el 9% (siete personas) dijo que eran todas las anteriores; el 7% (cinco personas) dio por respuesta: el conjunto de entidades que prestan servicios de salud; y el 5% (cuatro personas) señaló: es el conjunto de entidades que tienen mecanismos sistemáticos y continuos de evaluación y seguimiento a los procesos definidos como prioritarios.

A la pregunta 14: El sistema único de acreditación se orientará por los siguientes principios, los encuestados respondieron así: el 44% (33 personas) dijo que se trataba de accesibilidad, oportunidad y continuidad; el 29% (veintidós personas) contestó: eficacia, eficiencia y pertinencia; el 13% (diez personas) mencionó: eficacia, confidencialidad y accesibilidad; solo el 9% (siete personas) respondió de manera acertada, indicando que es confidencialidad, eficiencia y gradualidad; y el 4% (tres personas) se refirió a tolerancia, pertinencia y respeto.

La pregunta 15 fue: ¿La aplicación del Sistema Único de Acreditación en las instituciones de salud se realiza de manera...?, y tuvo estas respuestas (tabla 3).

El 80% (sesenta personas) considera, erróneamente, que es de carácter obligatorio; solo el 15% (once

TABLA 3. ¿La aplicación del Sistema Único de Acreditación en las instituciones de salud se realiza de manera...?

CUENTA DE NÚMERO	TOTAL	%
PREC. # 15		
a. Indispensable	3	4
b. De obligatorio cumplimiento	60	80
c. Voluntario	11	15
d. Necesario	1	1
Total general	75	100

personas) acierta a la respuesta indicando que la aplicación del sistema de acreditación se hará de manera voluntaria; el 4% (tres personas) sostiene que es indispensable; y un 1% (una persona) asegura que es necesario.

A la pregunta 16: ¿La entidad acreditará los manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto proponga la Unidad Sectorial de Normalización y adopte el Ministerio de Protección Social, los cuales deberán revisarse y ajustarse por lo menos cada...?, los encuestados contestaron así: el 44% (33 personas) respondió: por lo menos cada año; el 32% (veinticuatro personas) dijo, acertadamente: cada tres años; el 17% (trece personas) se inclinó por cada cinco años; el 4% (tres personas) optó por un periodo de siete años, mientras que el 3% (dos personas) prefirió responder: cada diez años.

La pregunta 17: ¿Son objetivos del sistema de información para la calidad...?, tuvo las respuestas que enseguida se muestran: el 56% (42 personas) contestó: contribuir a la referencia competitiva sobre la calidad de los servicios entre las entidades administrativas de planes de beneficios (EAPB) y las instituciones prestadoras de salud; el 20% (quince personas) dio por respuesta: mantener, orientar, referenciar y estimular la información; el 9% (siete personas) indicó: contribuir a orientar el comportamiento de la población; el otro 9% señaló: informar al personal de salud; y el 5% (cuatro personas) respondió: informar a los usuarios.

A la pregunta 18: ¿Usted sabe si el hospital se encuentra habilitado?, los encuestados contestaron así: el 65% (49 personas) respondió que sí; el 17% (trece personas) se expresó en sentido opuesto; y el 17% (trece personas) manifestó no saberlo.

La pregunta 19: ¿Usted sabe si el hospital está en proceso de acreditación?, tuvo las respuestas que enseguida se muestran: el 71% (53 personas) dijo que el hospital se encuentra en proceso de acreditación; el 17% (trece personas) manifestó no saberlo; y el 12% (nueve personas) sostuvo que la institución no se encuentra en proceso de acreditación.

A la pregunta 20: ¿Sabe qué es el Pamec?, el 45% (34 personas) respondió acertadamente. En cuanto a la pregunta 21 (tabla 4): El desconocimiento del SOGCS puede ser perjudicial en el momento de la prestación de los servicios de la salud?, el 75% (56 personas) sabe que el desconocimiento del SOGCS puede ser perjudicial al momento de prestar servicios de salud; el 13% (diez personas) no lo sabe; y el 12% (nueve personas) señala que el desconocimiento del SOGCS no puede ser perjudicial al momento de prestar servicios de salud.

TABLA 4. ¿El desconocimiento del SOGCS puede ser perjudicial en el momento de la prestación de los servicios de la salud?

CUENTA DE NÚMERO	TOTAL	%
PREG. # 21		
a. Sí	56	75
b. No	9	12
c. No sabe	10	13
Total general	75	100

ANÁLISIS TOTAL DE LA POBLACIÓN

Con base en los resultados obtenidos en cada una de las preguntas de la encuesta se procedió a establecer el nivel de conocimiento acerca del SOGCS que tiene el personal del hospital. Asimismo, se tuvo en cuenta la tabla de evaluación

que se describió en la metodología; se encontró lo siguiente (tabla 5):

TABLA 5. Conocimiento que tiene el personal de salud sobre el SOGCS

CALIFICACIÓN	TOTAL	%
Bueno	8	11
Aceptable	39	52
Insuficiente	24	32
Deficiente	4	5
Total general	75	100

Del total de la población encuestada el 52% tiene conocimientos aceptables, el 32% insuficientes, el 11% buenos y el 5% deficientes, lo cual muestra que el nivel de conocimiento del SOGCS es bajo, ya que en las categorías de deficiente, insuficiente y aceptable se concentra el 89% de los encuestados, mientras que solo el 11% obtuvo un resultado alto.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS BIVARIABLE

Con el fin de lograr una mayor comprensión de las causas que determinan el nivel de conocimiento del SOGCS por parte del personal del hospital, se procedió a realizar análisis bivariados, cuyos resultados se presentan a continuación (tabla 6).

Se pudo evidenciar el nivel de conocimiento que tiene el personal del hospital sobre el SOGCS, teniendo en cuenta el género. En este sentido se encontró que en el género femenino el 43% (veinte personas) tiene un nivel de conocimiento aceptable, el 43% (20 personas) deficiente, el 9% (cuatro personas) bueno y el 6% (tres personas) insuficiente.

En el género masculino se encontró que el 68% (diecinueve personas) tiene un nivel de conocimiento aceptable, en el 14% (cuatro personas) este nivel es bueno, en otro 14% es deficiente y en el 4% (una persona) es insuficiente.

Se pudo evidenciar también el nivel de conocimiento sobre el SOGCS teniendo en cuenta los

TABLA 6. Nivel de conocimiento que tiene el personal de salud, teniendo en cuenta el género

CALIFICACIÓN	GÉNERO FEMENINO	Vr. RELATIVO FEMENINO (%)	GÉNERO MASCULINO	Vr. RELATIVO MASCULINO (%)	TOTAL GENERAL
Bueno	4	9	4	14	8
Aceptable	20	43	19	68	39
Insuficiente	20	43	4	14	24
Deficiente	3	6	1	4	4
Total general	47	100	28	100	75

diferentes rangos de edad (tabla 7). En el rango de veinte a treinta años, el 48% (trece personas) tiene un nivel de conocimiento aceptable, en el 30% (ocho personas) este nivel es insuficiente, en el 19% (cinco personas) es bueno y en el 4% (una persona) es deficiente.

En el rango de 31 a 41 años, el 69% (nueve personas) tiene un nivel de conocimiento aceptable, en el 15% (dos personas) es insuficiente, en el 8% (una persona) es bueno y en igual porcentaje (una persona) es deficiente.

En el rango de 42 a 52 años, el 50% (once personas) tiene un nivel de conocimiento aceptable, en

el 45% (diez personas) este nivel es insuficiente y en el 5% (una persona) es deficiente.

En el rango de 53 a 63 años, el 46% (seis personas) tiene un nivel de conocimiento aceptable, en el 31% (cuatro personas) este nivel es insuficiente, en el 15% (dos personas) es bueno y en el 8% (una persona) es deficiente.

Se pudo igualmente evidenciar el nivel de conocimiento sobre el SOGCS, de acuerdo con la experiencia profesional (ver tabla 8). De esta manera, en el rango entre uno y tres años de experiencia, el 53% (ocho personas) tiene un nivel de conocimiento aceptable, en tanto que en el 20% (tres

TABLA 7. Identificación del nivel de conocimiento teniendo en cuenta la edad

CALIFICACIÓN	EDAD 20-30	Vr. RELATIVO 20-30 (%)	EDAD 31-41	Vr. RELATIVO 31-41 (%)	EDAD 42-52	Vr. RELATIVO 42-52 (%)	EDAD 53-63	Vr. RELATIVO 53-63 (%)
Bueno	5	19	1	8	0	0	2	15
Aceptable	13	48	9	69	11	50	6	46
Insuficiente	8	30	2	15	10	45	4	31
Deficiente	1	4	1	8	1	5	1	8
Total	27	100	13	100	22	100	13	100

TABLA 8. Nivel de conocimiento que tiene el personal de salud teniendo en cuenta la experiencia como profesional

CALIFICACIÓN	1 A 3 AÑOS	Vr. RELATIVO (%)	3 A 5 AÑOS	Vr. RELATIVO (%)	5 A 10 AÑOS	Vr. RELATIVO (%)	MÁS DE 10 AÑOS	Vr. RELATIVO (%)	MENOS DE UN AÑO	Vr. RELATIVO (%)
Bueno	3	20	1	10	3	30	1	3	0	0
Aceptable	8	53	7	70	5	50	16	50	3	38
Insuficiente	3	20	2	20	1	10	13	41	5	63
Deficiente	1	7	0	0	1	10	2	6	0	0
Total	15	100	10	100	10	100	32	100	8	100

personas) dicho nivel es bueno, en otro 20% es insuficiente y en el 7% (una persona) es deficiente.

En el rango entre tres y cinco años de experiencia, el 70% (siete personas) tiene un nivel de conocimiento aceptable, en el 20% (dos personas) este nivel es insuficiente y en el 10% (una persona) es bueno.

En el rango de cinco a diez años de experiencia, el 50% (cinco personas) tiene un nivel de conocimiento aceptable, mientras que en el 30% (tres personas) este nivel es bueno, en el 10% (una persona) es insuficiente y en igual porcentaje es deficiente.

En el rango de más de diez años de experiencia, el 50% (dieciséis personas) tiene un nivel aceptable de conocimiento, en tanto que en el 41% de los casos (trece personas) el nivel es insuficiente, en el 6% (dos personas) es deficiente y en el 3% (una persona) es bueno.

En el rango de menos de un año de experiencia, el 63% (cinco personas) tiene un nivel insuficiente de conocimiento, mientras que en el 37% de los casos (tres personas) este nivel es aceptable.

También respecto a la antigüedad (tabla 9) en la institución se pudo establecer el nivel de conocimiento que el personal tiene sobre el SOGCS. Así, en el rango entre uno y tres años de antigüedad, el 50% (nueve personas) tiene aceptable nivel de conocimiento, en tanto que en el 28% de los casos, es decir, cinco personas, este nivel es bueno, y en el 22% (cuatro personas) es insuficiente.

En el rango entre tres y cinco años de antigüedad, el 83%, esto es, cinco personas, tiene un aceptable nivel de conocimiento, mientras que en el 17% de los casos (una persona) este nivel es insuficiente.

En el rango de cinco a diez años de antigüedad, el 80%, es decir, ocho personas, tiene un aceptable nivel de conocimiento, en tanto que en el 10% (una persona) este nivel es insuficiente, y en igual porcentaje es deficiente.

En el rango de más de diez años de antigüedad, el 46%, que equivale a trece personas, tiene un nivel aceptable de conocimiento, mientras que en el 43% (doce personas) este nivel es insuficiente, en el 7% (dos personas) es deficiente y en el 4% (una persona) es insuficiente.

En el rango de menos de un año de antigüedad, el 38%, es decir, cinco personas, tiene un nivel aceptable de conocimiento, en tanto que en el 38% de los casos (cinco personas) este nivel es insuficiente, en el 15% (dos personas) es bueno, y en el 8% (una persona) es deficiente.

Según la encuesta realizada al personal de salud, teniendo en cuenta los estudios realizados en el área clínica (ver tabla 10), en un nivel bueno de conocimiento el 13% (cuatro personas) ha realizado estudios en el área clínica y el 9% (cuatro personas) no. En un nivel aceptable, el 63% (veintisiete personas) no ha realizado estudios, en tanto que el 37% (doce personas) sí los han realizado. En un nivel de insuficiente, el 13% (cuatro personas) han realizado estudios, en tanto que en un nivel de conocimientos deficiente, el 38% (doce personas) ha realizado estudios y el 28% (doce personas) no.

TABLA 9. Nivel de conocimiento que tiene el personal de salud teniendo en cuenta la antigüedad

CALIFICACIÓN	1 A 3 AÑOS	Vr. RELATIVO (%)	3 A 5 AÑOS	Vr. RELATIVO (%)	5 A 10 AÑOS	Vr. RELATIVO (%)	MÁS DE 10 AÑOS	Vr. RELATIVO (%)	MENOS DE UN AÑO	Vr. RELATIVO (%)
Bueno	5	28		0			1	4	2	15
Aceptable	9	50	5	83	8	80	12	43	5	38
Insuficiente	4	22	1	17	1	10	13	46	5	38
Deficiente				0	1	10	2	7	1	8
Total	15	100	10	100	10	100	32	100	13	100

TABLA 10. Nivel de conocimiento que tiene el personal de salud teniendo en cuenta los estudios realizados en el área clínica

CALIFICACIÓN	ESTUDIOS REALIZADOS	VR. RELATIVO (%)	ESTUDIOS REALIZADOS	VR. RELATIVO (%)
	Sí	Sí	No	No
Bueno	4	12	4	9
Aceptable	12	38	27	63
Insuficiente	4	12	0	0
Deficiente	12	38	12	28
Total general	32	100	43	100

Tomando en consideración los estudios realizados en otras áreas (tabla 11), en un nivel bueno de conocimiento el 25% (dos personas) ha realizado estudios de este tipo, en tanto que el 9% (seis personas) no los ha realizado. En un nivel aceptable, el 52% (35 personas) no ha realizado estudios, mientras que el 50% (cuatro personas) sí los ha realizado. Un 33% (veintidós personas) no ha realizado estudios, un 25% (dos personas) sí los ha realizado. En el nivel de conocimientos deficiente, el 6% (cuatro personas) no ha realizado estudios.

DISCUSIÓN

El grado de conocimiento del personal de salud que labora en el Hospital San Rafael de Leticia acerca del SOGCS se clasifica como aceptable, dado que se ubica en un nivel de 52%, lo cual evidencia deficiencias en el conocimiento del Decreto 1011 de 2006; por tanto, se hace necesario que la institución cree estrategias de capacitación y administración conducentes al logro de un mayor

dominio y conciencia acerca de la importancia que tiene esta área del conocimiento en el logro de resultados positivos en la situación de salud de las personas y las comunidades.

La investigación permitió identificar mediante el análisis univariado algunas de las principales falencias que tiene el personal asistencial de salud en cuanto al conocimiento del contenido del decreto. Así, el mayor desconocimiento se identificó cuando se preguntó cuáles son las entidades responsables del funcionamiento del SOGCS, a lo cual solo el 16% del personal respondió acertadamente; en la pregunta que evaluaba cuál es el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud, únicamente un 13% conoce cuál es. De igual forma, apenas el 9% conoce los principios del componente de acreditación. En el mismo sentido, solo el 15% del personal tiene claridad de que el sistema de acreditación debe hacerse de manera voluntaria. En lo referente a los objetivos del Sistema de Información para la Calidad, tan solo el 20% del personal los conoce; finalmente, apenas el 31% identifica cuáles son los componentes del sistema.

En un nivel intermedio se encontraron respuestas a preguntas tales como la definición del concepto de habilitación, a la que el 32% respondió de forma correcta. De otra parte, al preguntar por la definición de acreditación, el 65% respondió en forma correcta. Resulta preocupante que el 51% del personal confunda la definición de habilitación con la de acreditación, lo que evidencia la poca claridad acerca de estos conceptos fundamentales y por ende de su alcance en el SOGCS.

TABLA 11. Nivel de conocimiento que tiene el personal de salud teniendo en cuenta los estudios realizados en otras áreas

CUENTA DE NÚMERO CALIFICACIÓN	ESTUDIOS REALIZADOS		ESTUDIOS REALIZADOS	
	Sí	VR. RELATIVO Sí (%)	No	VR. RELATIVO No (%)
Bueno	2	25	6	9
Aceptable	4	50	35	52
Insuficiente	2	25	22	33
Deficiente		0	4	6
Total general	8	100	43	100

En lo que respecta al hospital, el 65% del personal tiene claridad de que este se encuentra habilitado, en tanto que un 75% reconoce que el desconocimiento de los contenidos del SOGCS puede ser perjudicial para la prestación de los servicios de salud; es decir, que son conscientes del riesgo para la salud de los usuarios que implica el no desarrollar procesos de calidad adecuados en la gestión tanto administrativa como clínica del hospital.

En cuanto a preguntas referentes a otras áreas que abarca el decreto, se destacan los siguientes resultados: el 84% del personal identifica el decreto que estableció el SOGCS, el 52% hacia dónde va orientado, el 57% reconoce las características del sistema, el 75% tiene claridad de las condiciones básicas para la habilitación de las entidades administrativas de planes de beneficio, así como también de lo que implica la auditoría para el mejoramiento de la calidad: el 68% de la población encuestada respondió en forma correcta.

Con el propósito de lograr un conocimiento más específico de las causas que se encuentran asociadas al resultado obtenido sobre el conocimiento del SOGCS, se procedió a realizar un análisis bivariado. La primera combinación fue relacionando el nivel de conocimiento con el género, encontrándose que el género masculino, con 68%, tiene mayor grado de conocimiento que el femenino.

Al relacionar el conocimiento con la variable edad, se pudo evidenciar que los profesionales de la salud con mejores conocimientos sobre el SOGCS son aquellos que hacen parte del grupo etario de 31 a 41 años.

Cuando se combina la variable experiencia con conocimiento, se encuentra que el mejor resultado estuvo en el personal que lleva entre tres y cinco años de experiencia profesional.

En relación con la combinación tiempo de antigüedad de los profesionales de la salud de estar laborando en el hospital y el grado de conocimiento, se halló que el mejor resultado es el del grupo

que lleva de tres a cinco años, seguido del rango entre cinco y diez años, lo que se podría atribuir a la experiencia lograda en procesos de habilitación y auditoría que se han llevado a cabo en el hospital.

De otra parte, se encontró que los profesionales que no han realizado estudios en el área clínica tienen mayores conocimientos que aquellos que sí los han realizado; de otra parte, al analizar la variable estudios realizados en otras áreas del conocimiento se encontró que el 52% con un nivel de conocimiento aceptable no ha realizado estudios y el 50% sí ha realizado estudios, con lo que se puede concluir que las personas que han realizado estudios en el área clínica y en otras áreas del conocimiento tienen menor conocimiento sobre el SOGCS.

CONCLUSIONES

La investigación permitió establecer el nivel de conocimiento y las falencias del personal que labora en el Hospital San Rafael de Leticia respecto a los contenidos del Decreto 1011 del 2006 por el cual se define el SOGCS en el personal de salud. Se estableció que el nivel de conocimiento en la población encuestada es aceptable, lo que pone de manifiesto la necesidad de que se creen estrategias para lograr que todo el personal mejore su nivel de conocimiento, ya que así se podría garantizar que la institución genere, mantenga y mejore la calidad de los servicios de salud.

REFERENCIAS

- Aranaz, A., Remon, A. y Ramírez, L. (2010). Prevalencia de eventos adversos en los hospitales de latinoamérica. *Revista de Calidad Asistencial*, 7.
- Asamblea Nacional Constituyente (1991). *Constitución Política de Colombia*. Recuperado el 18 de junio del 2012, de <http://www.mincultura.gov.co/?idcategoria=6545#>
- Camara, J. (1992). *Calidad total en los servicios públicos y en las empresas* (vol. 1). Colombia: Fundación Formación y Tecnología.

- Congreso de la República de Colombia (1993). *Ley 100*. Recuperado el 18 de junio del 2012, de <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf>
- Congreso de la República de Colombia (2001). *Ley 715*. Recuperado el 20 de junio de 2012, de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2001/ley_0715_2001.html
- Congreso de la República de Colombia (2011). *Ley 1438*. Recuperado el 20 de junio del 2012, de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
- Cruz, S. y González, T. (2007). *Gestión de la calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas*. España: Person Prentice Hall.
- Hernández, A. y Torres, C. (2012). *Grado de conocimiento de los trabajadores del Hospital San Rafael de Pachocundinamarca en auditoría en salud y Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en Salud-SOGCS*. Recuperado el 1º de diciembre de 2012, de <http://repository.ean.edu.co/bitstream/10882/1483/4/AdrianaHernandez2012.pdf>
- Hoyle, D. (2008). *Manual de valoración del sistema de calidad*. México: Cengaceteam.
- Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación-Icontec (2005). *Norma técnica*. Recuperado el 30 de julio de 2012, de http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidades-Academicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/GestionAdministrativa/ntc-iso_9000.pdf
- Jiménez, N. (2003). *Estrategias para implementar la norma de calidad para el mejoramiento continuo*. México: Limusa.
- Larizquitia, J. y Gonseth, J. (2009). *Informes estudios e investigación*. Recuperado el 14 de noviembre del 2012, de http://www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf
- Merchan, B. y Corzo, C. L. (2009). *Nivel de conocimientos que tiene el profesional de enfermería de la Foscal, sobre la legislación colombiana en enfermería y el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud*. Recuperado el 12 de mayo del 2012, de <http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/627/2/TEISIS%20DE%20GRADO%20AUDITORÍA%20EN%20SALUD.pdf>
- Ministerio de la Protección Social (2006). *Manual unico de procedimientos*. Recuperado el 3 de julio del 2012, de http://www.google.com.co/#hl=es&tbo=d&scient=psy-ab&q=resolucion+1043&oq=resolucion+&gs_l=serp.1.0.0l4.308606.312552.8.315158.11.6.0.5.5.0.264.927.0j5j1.6.0...0.0..1c.1.2.serp.AoAlkioYmb8&pbx=1&bav=on.2,or_r_gc.r_pw.r_qf.&fp=e1a5fe3d20f12fa7&biw=1112&bih=598
- Ministerio de la Protección Social (2009). *Seguridad del paciente y la atención segura*. Recuperado el 29 de octubre del 2012, de <http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>
- Perdomo, A. y Martínez, P. (2010). Agentes y campos sociales en la seguridad del paciente de tres hospitales de Bogotá. *Gerencia Política de la Salud*, 9 (19).
- Presidencia de la República (2006). *Decreto 1011*. Recuperado el 10 de junio del 2012, de <http://www.metrosalud.gov.co/inter/joomla/images/pdf/normograma/DECRETOS/2006/DECRETO%201011.pdf>
- Presidencia de la República (2007). *Ley 1122*. Recuperado el 21 de junio de 2012, de http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/2006/abril/03/dec1011030406.pdf
- Shaw, C. (2000). Los mecanismos externos de la calidad. *Revista Internacional de Calidad en la Atención en Salud*, 3, 169-175.

Recibido: 28 de febrero del 2013

Aceptado: 15 de marzo del 2013

CORRESPONDENCIA

Yulima González Hernández
yulig1984@hotmail.com

Maryori Quiñones
maryori0223@hotmail.com

Wilson Giovanni Jiménez
wilsong.jimenezb@utadeo.edu.co

Artículos de revisión
