

PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE LA IPS CANSECOOP BAJO EL  
SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD.

AUTOR

DORIS JULIETA GONZALEZ AREVALO

TUTOR

FERNANDO RESTREPO ROJAS

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS  
CARRERA DE ADMINISTRACION DE EMPRESAS  
TALLER DE GRADO II  
BOGOTA D.C.  
2010

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

Bogotá D.C., Junio de 2010

## **DEDICATORIA**

A Dios, por estar presente en cada paso de mi vida, a mi familia por su apoyo incondicional, a cada una de las personas que me apoyaron y colaboraron en este proyecto. Sabía que era un trabajo de esfuerzo y dedicación, pero la satisfacción de lograrlo es única.

**Doris Julieta González Arévalo**

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiere expresar mi agradecimiento a:

FERNANDO RESTREPO R, Director de trabajo de grado

JOHN QUINTERO. Coordinador Médico de CANSECOOP IPS

A todo el equipo humano de CANSECOOP IPS.

## CONTENIDO

<b>1. TITULO .....</b>	<b>7</b>
<b>2. RESEÑA ORGANIZACIONAL.....</b>	<b>8</b>
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>10</b>
<b>4. JUSTIFICACION DEL PROYECTO.....</b>	<b>12</b>
<b>5. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	14
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	14
<b>6. MARCO TEORICO .....</b>	<b>15</b>
6.1 6.1. MAPA DE PROCESOS .....	15
6.2 SITUACION ACTUAL DE CANSERCOOP.....	17
6.2.1 CONOCIMIENTO DE LOS ESTANDARES EN CANSERCOOP IPS.	17
6.3 CALIFICACIÓN DE LOS ESTANDARES .....	19
6.3.1 CALIFICACIÓN ESTANDARES DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL.....	22
6.3.2 ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO.....	39
6.3.3 ESTANDARES DE GERENCIA .....	48
6.3.4 CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE RECURSOS HUMANOS .....	57
6.3.5 ESTANDARES DE AMBEINTE FISICO.....	68
6.3.6 ESTANDARES DE GERENCIA DE INFORMACIÓN.....	78
6.4 CALIFICACIÓN DE CANSERCOOP IPS.....	87
6.5 PLAN DE MEJORAMIENTO PARA CANSERCOOP IPS.....	88
6.5.1 METODOLOGIA PARA LOS PROCESOS DE CANSERCOOP IPS – METODOLOGIA PHVA.....	88
6.5.2 PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS PROCESOS.....	91

<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>94</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>95</b>
<b>9. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>120</b>

## **1. TITULO**

**PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE LA IPS CANSECOOP BAJO EL SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD.**

## 2. RESEÑA ORGANIZACIONAL

CANSERCOOP surge en el año 2003, como la unión de profesionales especializados en oncología clínica, que buscaban tener espacios para ejercer su profesión con altos estándares de calidad. La empresa se constituyó como una cooperativa de trabajo asociado, debido a que el modelo cooperativo es completamente compatible con el deseo de unir fuerzas para lograr el desarrollo profesional de los asociados al mismo tiempo que se sirve a la comunidad.

El principal valor de la empresa es su grupo de profesionales que representan 17 especialidades oncológicas, clínicas y quirúrgicas, que se constituyen como la más amplia oferta del sector privado. Tiene un equipo de 14 Oncólogos Quirúrgicos especializados en diferentes áreas, 2 psicólogas que apoyan con el servicio para la calidad de vida y el soporte emocional de los pacientes (anexo 2), independiente del servicio de Oncología Clínica.

La experiencia de sus profesionales la lleva a prestar servicios con eficiencia y costo-efectividad. Esto los ha convertido en referentes a nivel nacional, con amplia credibilidad y reconocimiento, lo que consecuentemente nos exige dictar para el periodo 2010 – 2015, un Direccionamiento Estratégico que permita la evolución y consolidación de CANSERCOOP, como centro líder de oncología en Colombia.

### **VISION<sup>1</sup>**

*Ser un centro de prestación de servicios integrales en cáncer, acreditado y certificado internacionalmente*

### **MISIÓN<sup>2</sup>**

*Somos una organización especializada en la prestación de servicios de oncología con calidad, fundamentados en la optimización de los procesos de atención, mediante programas asistenciales y de investigación clínica aplicada a nuestro entorno. Comprometidos con el desarrollo integral del individuo con cáncer, su familia y sus cuidadores y con el desarrollo de la sociedad a través del crecimiento de nuestra propia empresa, apoyados en estrategias de economía solidaria.*

---

<sup>1</sup> PLANEACIÓN ESTRATÉGICA CANSERCOOP 2010 - 2015.

<sup>2</sup> PLANEACIÓN ESTRATÉGICA CANSERCOOP 2010 - 2015.

## VALORES INSTITUCIONALES

**Emprendimiento:** Capacidad de identificar y aprovechar oportunidades.

**Honestidad:** Para garantizar que toda acción sea recta, íntegra y transparente.

**Laboriosidad:** Confianza en el profesional y diligencia en la aplicación de los avances tecnológicos.

**Solidaridad:** Comunidad de intereses con espíritu cooperativo y participación.

**Lealtad:** Fidelidad para el cumplimiento con los propios deberes y con compromisos libremente contraídos.

**Respeto a la vida:** Reconocimiento de la dignidad humana independiente de su nivel socioeconómico, cultural y religioso.

**Satisfacción del usuario:** Nuestra razón de ser es prestar un servicio para mejorar el bienestar.

**Ética:** Garantía de integridad de cada acto médico con el bien común.

**Impacto social:** Responsabilidad de integración con la comunidad para ofrecer un servicio justo a los más necesitados.

**Equidad:** Igualdad de derechos a ser informados, escuchados y de participación en la toma de decisiones.

## Políticas Institucionales<sup>3</sup>

### Enmarcadas en el Plan Nacional para el Control del Cáncer 2010 - 2019

- ✓ Brindar atención integral al paciente en cualquier subespecialidad oncológica y con cualquier necesidad técnico científica.
- ✓ Cumplir altos estándares de calidad.
- ✓ Atender las necesidades de los pacientes en cuidado paliativo y manejo del dolor.
- ✓ Apoyar a los familiares y cuidadores.
- ✓ Contratar servicios de apoyo como laboratorios o imágenes diagnósticas, con centros que cuenten con certificación de calidad.
- ✓ Promover la prevención y los estilos de vida saludables.

---

<sup>3</sup>PLANEACIÓN ESTRATÉGICA CANSECOOP 2010 - 2015.

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud en Colombia ha sido un tema clave, los gobiernos han modificado de manera sustantiva la organización, contenido, costo, financiamiento y entrega de los servicios de salud. Uno de los cambios más significativos ha sido la reforma a los sistemas de salud, con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) establecido por la Ley 100/93.

El SGSSS fue un modelo creado con base en las necesidades, para el mejoramiento en la cobertura de los servicios de salud, con una libre competencia regulada. Con esto se establece que las entidades de un mercado descentralizado de servicios de salud: con un ente intermediario, las Empresas Promotoras de Salud (EPS); un ente proveedor de servicios, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS); y un usuario que se organiza para acceder a los servicios, como afiliado contribuyente (si paga su cotización a una EPS) o como afiliado subsidiado, ya que por sus bajos recursos económicos, su cotización la paga el Estado; puedan lograr una igualdad en la atención del servicio de salud.

Ha sido tan analizado el tema del SSSS, que en el año 2002, el Estado colombiano emprendió la “Evaluación y fortalecimiento del Sistema de Garantía de Calidad de la atención en salud” con el propósito de garantizar en el mediano plazo una óptima calidad de los servicios a toda la población cubierta por el sistema de seguridad social, y que conlleve a una alta satisfacción de los usuarios, al tiempo que impulse el desarrollo de la cultura de la calidad en el sector. Se establece que los procesos básicos para garantizar la calidad de la atención, son los mismos en cualquier institución prestadora de servicios de salud independientemente de su tamaño y nivel de complejidad.

De acuerdo al anterior párrafo, debo tener en cuenta que las Instituciones Prestadoras de Servicio tienen un alto grado de compromiso con los usuarios y las EPSs, por esta razón mi proyecto se enfoca en “CANSERCOOP IPS”, organización que inicio en el 2003, prestando servicios de salud a pacientes con cáncer. Para que esta empresa preste servicios de salud, es necesario cumplir con los requerimientos mínimos que garantizan la salud y seguridad de los pacientes, pero también necesita enfocarse en la continuidad de los aspectos del Sistema de Garantía de Calidad, para asegurar que las condiciones bajo las cuales proporcionan la atención, sean las más apropiadas y se logre que el paciente reciba una atención de calidad, entendida como el mayor beneficio, al menor riesgo y costo.

CANSERCOOP IPS quiere mostrar el compromiso que tiene con respecto al Sistema de Garantía de Calidad frente al entorno, por medio de su visión que establece: *“Ser un centro de prestación de servicios integrales en cáncer,*

*acreditado y certificado internacionalmente”*<sup>4</sup> ; pero para cumplir con esta, debe demostrar que tiene reconocimiento y que su entidad es excelente en la prestación de servicios integrales en cáncer; teniendo en cuenta que en la actualidad solo cuenta con la habilitación para poder prestar sus servicios, es decir que su nivel competitivo es el necesario para permanecer en el mercado actual.

En el futuro la habilitación no será suficiente, en la actualidad 15 entidades de salud entre IPSs y EPSs a nivel nacional han obtenido el certificado de acreditación por su nivel de calidad. Entidades como el Policlínico del Olaya, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, entre otros (tabla Anexo 1), dan muestra que CANSECOOP IPS tiene que trabajar para establecer como estrategia el cumplimiento de niveles superiores de calidad logrando así la supervivencia o ganancia en el mercado, de lo contrario la entidad puede debilitarse y limitar su evolución e innovación hasta llegar al cierre.

Por esta razón CANSECOOP IPS debe establecer un camino firme hacia la acreditación, bajo el Sistema Único de Acreditación (SUA) creado por el Ministerio de la Protección Social y el ICONTEC, el 9 de febrero de 2004. Disposiciones que están reglamentadas en la Resolución 1474. El SUA siendo un componente del SOGC de la Atención en Salud, es la fuente fundamental de este trabajo en donde se logra establecer una ruta crítica cuyo objetivo es el mejoramiento continuo de la calidad obteniendo la acreditación otorgada por el ICONTEC.

La pregunta a solucionar es:

**¿Qué procesos debería certificar CANSECOOP IPS para lograr la acreditación bajo el Sistema Único de Acreditación en salud, reglamentado en la Resolución 1474 del Ministerio de Salud y que documentos serian necesarios?**

---

<sup>4</sup> PLANEACIÓN ESTRATÉGICA CANSECOOP 2010 - 2015.

#### 4. JUSTIFICACION DEL PROYECTO

La documentación para la acreditación de CANSECOOP IPS, beneficia a la institución, revisando su calidad de acuerdo a estándares establecidos y logrando mejoras que permitan demostrar los logros de optimización en su organización a menores costos. Además demostrar a los pacientes el esfuerzo que realiza para su mejoramiento y lograr establecer mayor imagen, confianza y credibilidad en ellos; mostrando también a las EPSs el compromiso que adquiere para poder tener una posición competitiva en el sector y mejorar su capacidad de negociación con ellas y el Estado.

Al mismo tiempo la acreditación convierte a la empresa en una IPS de servicios para exportar, un factor fundamental para la organización, dando reconocimiento en Latinoamérica por su ventaja competitiva.

Este proyecto me fortalece en lo académico, laboral y personal. Me refuerza los conceptos vistos en mi carrera, ya que investigo en conjunto la empresa, logro involucrarme en estrategias de la organización y estar en el desarrollo de estas, con la influencia del entorno general, del entorno directo y de las partes interesadas, todo encaminado a lograr una estabilización a largo plazo en el sector de salud, enfocado a un segmento de mercado específico (pacientes con cáncer).

Además involucro materias como: comportamiento organizacional, procesos administrativos, gerencia de mercadeo, gerencia de talento humano, políticas (código laboral, normatividad), haciendo que la estructura organizacional de CANSECOOP sea más sólida. Teniendo en cuenta que un punto importante es el comportamiento organizacional y que los integrantes deben estar en capacidad para implementar las mejoras y son ellos los que hacen el cambio en la empresa, logrando una nueva cultura organizacional.

Igualmente mi proyecto me da la oportunidad de ser líder en CANSECOOP, por la interacción que debo tener con los responsables de cada área, además de obtener un grado significativo de conocimiento en la acreditación de entidades de salud, tema de fuerte influencia en la actualidad. Y el cual me permitirá una ventaja significativa en el mercado laboral, ya que las empresas actuales independientemente de su actividad económica buscan la optimización y el mejoramiento continuo en sus organizaciones, enfocándose en la calidad.

La oportunidad de manejar el tema de acreditación en una organización es fundamental y gratificante ya que relaciono un entorno real con normas que tienen un proceso complejo y de difícil cumplimiento, ejercicio que puedo desarrollar fundamentada en mis conocimientos, investigaciones y asesoría por parte de la universidad (tutor) y la empresa CANSECOOP.

Este proyecto también favorece a los usuarios del servicio, pues reciben procesos óptimos y de calidad, favoreciendo su estado emocional y el seguimiento de su tratamiento sin complicaciones, llegando así a un ambiente más armónico en el que el paciente puede lograr buena respuesta con respecto a su enfermedad. Esto sucede ya que en el SUA el usuario es el más importante en la organización; permitiendo un enfoque en donde el paciente sea quien ejerza el derecho a la libre elección de IPS, la cual deberá cumplir con sus expectativas.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar los procesos y preparar la documentación necesaria para lograr la acreditación de la IPS *CANSERCOOP* bajo el Sistema Único de Acreditación en Salud establecidos en el anexo técnico de la Resolución 1474 de 2002 del Ministerio de Salud.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Analizar la situación actual de *CANSERCOOP* IPS bajo los estándares de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud establecidos en el anexo técnico de la Resolución 1474 de 2002 del Ministerio de Salud.
- Establecer la brecha entre la calidad de *CANSERCOOP* y la calidad exigida en el Sistema Único Acreditación
- Diseñar y desarrollar la documentación necesaria para certificar el proceso Asistencial
- Diseñar y desarrollar la documentación necesaria para certificar el proceso de Direccionamiento Estratégico
- Diseñar y desarrollar la documentación necesaria para certificar el proceso de Gerencia
- Diseñar y desarrollar la documentación necesaria para certificar el proceso de Recursos Humanos
- Diseñar y desarrollar la documentación necesaria para certificar el proceso de Ambiente Físico
- Diseñar y desarrollar la documentación necesaria para certificar el proceso de Gerencia de Información
- Definir el sistema de gestión de calidad en *CANSERCOOP*
- Establecer un sistema de Mejoramiento Continuo de Calidad (MCC).
- Elaborar directrices enfocadas a operaciones que puedan comprobar el funcionamiento y verificar el proceso de los estándares.

## **6. MARCO TEORICO**

### **6.1 6.1. MAPA DE PROCESOS**

En el mapa de procesos se tiene como objetivo la satisfacción global de los clientes, partiendo de las necesidades y expectativas de los pacientes. Estas se logran por medio de la conformación de procesos. CANSERCOOP cuenta con tres procesos fundamentales que son: procesos estratégicos, misionales y de apoyo.

El nivel más alto es la dirección y gerencia ligado con la garantía de la calidad, el cual se describe como procesos estratégicos, y son los que dirigen y controlan el buen funcionamiento de los demás procesos.

CANSERCOOP IPS cuenta con el diseño de procesos que involucra los servicios necesarios para la satisfacción final de sus clientes. Estos se encuentran representados en los procesos misionales correspondientes a la consulta médica especializada, de la cual se desprenden procedimientos de quimioterapia, radioterapia y, medicina nuclear, fundamentales para que el paciente obtenga un tratamiento óptimo.

En el mapa también encontramos la interacción de las áreas, establecidas como procesos de apoyo, que son el soporte para el buen funcionamiento de los procesos misionales.

La información manejada por toda la organización es el factor que se debe mantenerse controlado y condicionado, debido a que se maneja información confidencial no solo de la organización, sino también de los usuarios a quienes prestan los servicios de salud.

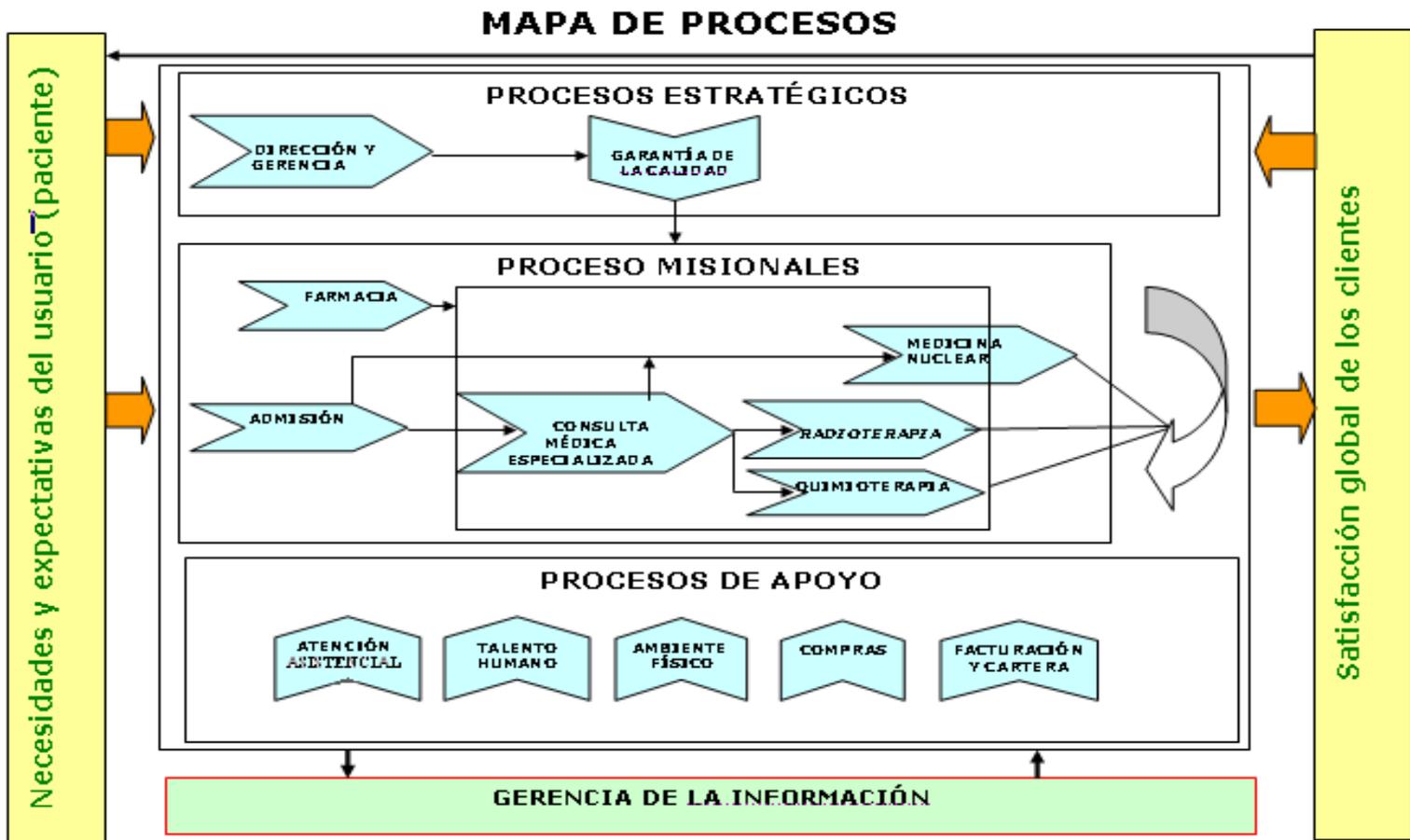


Figura 1. Mapa de Procesos de CANERCOOP.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> PAMEC CANERCOOP IPS.

## **6.2 SITUACION ACTUAL DE CANSERCOOP**

La situación actual de CANSERCOOP IPS se obtiene de acuerdo al conocimiento que tenga cada uno de los líderes, sobre los estándares; y la documentación que se debe tener para la acreditación.

### **6.2.1 CONOCIMIENTO DE LOS ESTANDARES EN CANSERCOOP IPS.**

Para obtener el grado de conocimiento de los responsables por cada proceso (Atención al Usuario, Direccionamiento, Gerencia, Recursos Humanos, Sistemas de información y Ambiente Físico), elabore una encuesta en la que el responsable afirma o niega el conocimiento del estándar, si afirma conocerlo la siguiente pregunta es verificar si hay o no documentación que confirme el estándar mencionado.

De esta forma se logra que los responsables de cada área conozcan sus estándares, y se pueda establecer un orden en la documentación para plantear el mejoramiento o creación de los estándares que hacen falta para lograr la acreditación.

El formato de la encuesta se aplicó para los 6 procesos (ver tabla. Encuesta para responsables de procesos) la solución de la encuesta se puede ver en el anexo 3. Una vez realizada la encuesta verifiqué que los documentos de soporte garantizaran que los estándares se cumplieran, mostrando las fortalezas señaladas por la institución y las oportunidades de mejoramiento. Califique el estándar “teniendo en cuenta el enfoque y la implementación como un todo. No se califican por separado.”<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2002, por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

		CONOCE EL		HAY DOCUMENTOS		CUALES?
		ESTANDAR		DEL ESTANDAR		
		SI	NO	SI	NO	
43		<b>PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO</b>				
44						
75		<b>12. El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario.</b>				
85		12.3. La organización garantiza un proceso donde se identifica y designa el personal autorizado para la solicitud de exámenes de laboratorio. Los servicios de laboratorio deben asegurar el cumplimiento de estos procesos.				
112						
113		<b>SALIDA Y SEGUIMIENTO</b>				
116		<b>19. Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Este estándar se aplica en aquellos casos donde el tratamiento del paciente sea de carácter ambulatorio, y cuya duración sea igual o superior a un mes.</b>				
117		19.1. Existe un plan de egreso que incluye:				
118		<ul style="list-style-type: none"> <li>La explicación y determinación del nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación, si aplica.</li> </ul>				
9		<b>2 La organización cuenta con procesos diseñados y operacionalizados, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente. Los procesos son basados en guías o estándares, que incluyen:</b>				
10		2.1. Para los clientes:				
11		<ul style="list-style-type: none"> <li>Admisión y transporte de los pacientes con infección.</li> </ul>				
12		<ul style="list-style-type: none"> <li>Implementación de técnicas de aislamiento.</li> </ul>				
13		<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o nutrición parenteral.</li> </ul>				
14		2.2. Existe un proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas:				
15		<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición de cuándo se considera una infección intrahospitalaria.</li> </ul>				
16		<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición de mecanismos de reportes y protocolos de investigación en casos de infección intrahospitalaria.</li> </ul>				
17		<ul style="list-style-type: none"> <li>Reporte de las infecciones intrahospitalarias.</li> </ul>				
18		<ul style="list-style-type: none"> <li>Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes dentro de la organización.</li> </ul>				
19		2.3. El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.				
21		2.5. Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones .				
22		2.6. El personal de la organización recibe entrenamiento en la prevención y control de infecciones.				

Tabla 1. Encuesta para responsables de procesos

### 6.3 CALIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES

La calificación de los procesos de CANSERCOOP tendrá como base los estándares de calidad establecidos en la resolución 1474 de 2002, “se obtendrá una calificación que definirá el grado de desarrollo de la organización en cada uno de los estándares por medio del instructivo para calificar”.<sup>7</sup> Fueron establecidos 92 estándares organizados en 6 procesos y cada uno tiene una ponderación o peso determinado, así:

Proceso	Número de Estándares	Peso relativo
Asistencial	25	150
Direccionamiento	14	100
Gerencia	14	50
Recursos Humanos	14	75
Ambiente Físico	14	75
Gerencia de Información	11	50

Tabla 2. Estándares de los procesos priorizados

La suma de los pesos relativos de las agrupaciones de estándares es igual a 500 puntos, es decir, que el puntaje máximo que obtendría la Institución si fuera perfecta sería 500.

El mecanismo de calificación es el siguiente:

- Se califican todos los estándares de un proceso.
- Se realiza la sumatoria de los estándares por cada proceso con base en las calificaciones dadas.
- La calificación obtenida se debe buscar en la siguiente tabla, según el peso relativo:

---

<sup>7</sup> RESOLUCIÓN NÚMERO 001474 DE 2002, por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Grupos de estándares	Calificación del grupo		
	Peso	Rango puntajes	Calificación
Asistencial		1-30	1
		31-60	2
	150	61-90	3
		91-120	4
		121-150	5
Direccionamiento		1-20	1
		21-40	2
	100	41-60	3
		61-80	4
		81-100	5
Gerencia		1-10	1
		11-20	2
	50	21-30	3
		31-40	4
		41-50	5
Recursos Humanos		1-15	1
		16-30	2
	75	31-45	3
		46-60	4
		61-75	5
Ambiente Físico		1-15	1
		16-30	2
	75	31-45	3
		46-60	4
		61-75	5
Gerencia de Información		1-10	1
		11-20	2
	50	21-30	3
		31-40	4
		41-50	5
Total		1-100	1
		101-200	2
	500	201-300	3
		301-400	4
		401-500	5

Tabla 3. Puntajes obtenidos por grupos de estándares

- Por último, se suman las calificaciones de los 6 procesos para obtener la calificación de la Institución, la cual se buscara en la siguiente tabla para conocer que tan cerca o tan lejos puede estar la empresa para su acreditación.

Existen unas reglas de decisiones de otorgamiento de acreditación de acuerdo a la puntuación que se obtenga de la calificación, estas reglas son:

Calidad Alcanzada	Calificación
<b>Calidad Superior</b> Nota: Ninguna calificación en cualquier sección puede ser menor que 2	250 puntos o más
<b>Calidad Esperada</b> Nota: Se requiere plan de mejoramiento y evaluación en 6 meses	180-249 puntos 250 y más puntos y calificación menor de 2 en alguna sección de estándares
<b>Calidad Deficiente</b>	Menos de 180 puntos

Tabla 4. Calidad Alcanzada.

Los pasos para la calificación por cada proceso se realizan de la siguiente forma:

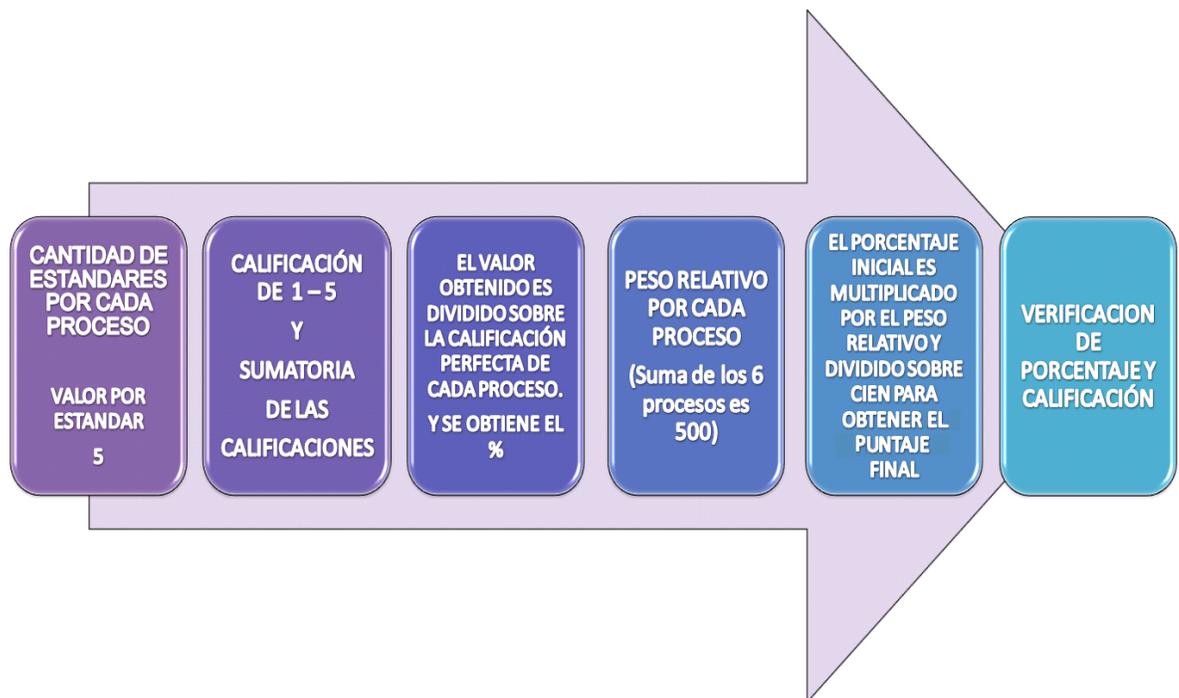


Figura 2. Pasos para la calificación de cada proceso.

### 6.3.1 CALIFICACIÓN ESTANDARES DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL.

ESTÁNDAR 1.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<b>1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.</b>							
<b>Fortalezas claves.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>CANSERCOOP en la actualidad está elaborando un procedimiento de validación de los derechos y deberes de los usuarios en el que incluye: el objetivo, alcance, definiciones y desarrollo con el objetivo de generar la carta de deberes y derechos de los pacientes; publicar, socializar de forma visible y accesible guías de los deberes y derechos a los usuarios; verificación y seguimiento del cumplimiento de los deberes y derechos de los usuarios de la organización, a través del SIAU y encuestas de satisfacción; informes de resultados; registrar y archivar todos los documentos relacionados con la validación y cumplimiento de los deberes y derechos de los usuarios.</li> <li>Se realizó un diseño de encuesta para evaluar adherencia a los derechos y deberes de los usuarios.</li> <li>Los deberes y derechos se encuentran establecidos en la carpeta SIAU (Sistema de Información y Atención al Usuario)</li> </ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>La declaración de los derechos y deberes de los pacientes no se encuentra oficializada.</li> <li>No se ha elaborado un plan para difusión hacia los pacientes y trabajadores.</li> <li>La encuesta no ha sido implementada debido a que la declaración de los derechos y deberes no ha sido oficializada.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 2.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<b>2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.</b>							
<b>Fortalezas claves.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se encuentra en proceso la carta de los deberes y derechos de los usuarios que cuenta con las herramientas necesarias para ser evaluadas en los usuarios como en los trabajadores.</li> </ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se debe oficializar la carta de los deberes y derechos de los usuarios para posteriormente difundirla entre los clientes externos e internos.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 3.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<b>3. Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.</b>							
<b>Fortalezas claves.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con un procedimiento de atención al usuario en pacientes de Salud Total, donde especifica cada tarea y el responsable del proceso desde que el usuario ingresa a las instalaciones, seguimiento y retiro.</li> <li>El usuario conoce a las personas que están en contacto directo con su tratamiento, en las que intervienen tanto el personal que maneja su diagnóstico como el personal que brinda soporte para facilitar su tratamiento y bienestar.</li> </ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se debe implementar los procedimientos para pacientes de los demás convenios (Grupo Saludcoop, Salud Total, Famisanar, Cruz Blanca, Aliansalud, Cafesalud, Colombiana de salud).</li> </ul>							

ESTÁNDAR 4.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<b>4. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.</b>							
4.1. Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso.							
4.2. Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación del personal dentro de la institución que debe estar a cargo del paciente, según su enfermedad.</li> <li>Priorización de los pacientes que deben atenderse.</li> <li>Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición pone sobre la vida del paciente.</li> </ul>							
<b>Fortalezas claves.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los pacientes manejados en CANSERCOOP son ambulatorios y sus tratamientos de igual manera, los procedimientos quirúrgicos son programados con tiempo por medio de convenios con la EPS, el tiempo de tratamiento es indefinido por tratarse de patologías con pronóstico reservado o de control indefinido. Por lo anterior mencionado, el médico es quien informa al paciente sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento y es consignado en la historia clínica.</li> <li>CANSERCOOP maneja procesos de programación de consulta, cirugía programada, radioterapia y quimioterapia.</li> <li>Se cuenta con un punto de información donde se le brinda al paciente la información requerida verbalmente.</li> <li>El personal de la institución sabe sus funciones, que se encuentran en el Manual de Funciones por cargo, conoce la historia del paciente por medio del sistema CNT.</li> <li>Las patologías de los pacientes son de pronóstico reservado, de esta forma para CANSERCOOP es prioritario cada uno de los pacientes y se maneja un control especial.</li> </ul>							

**Oportunidades de mejoramiento.**

- Se debe elaborar un comunicado para los usuarios que muestre de acuerdo a su nivel las cuotas moderadoras y la documentación requerida de acuerdo a sus características, de esta forma el punto de información será más eficiente y el paciente obtendrá la información por escrito evitando errores de comunicación.

ESTÁNDAR 5.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<b>5. Existe un proceso de registro para la atención y el tratamiento.</b> 5.1. La organización garantiza un proceso para proveer información al paciente y su familia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se provee información al paciente y su familia acerca de la organización, por lo menos en los siguientes aspectos:</li> <li>• Información acerca de la organización:</li> <li>• Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos.</li> <li>• Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación.</li> <li>• Plan para asegurar sus pertenencias personales.</li> <li>• La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento.</li> <li>• Derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos.</li> </ul> 5.2. Existe un protocolo o guía de recibimiento en la admisión de hospitalización, ubicación en la habitación y presentación ante los compañeros de habitación. 5.3. Se obtiene consentimiento informado, si aplica en este momento.							
<b>Fortalezas claves.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con una página web en la que se verifica información básica de la IPS.</li> <li>• Por IPS ambulatoria no se manejan visitas ni horarios de alimentación, cada paciente es responsable de sus artículos personales durante la estancia dentro de la organización.</li> <li>• El punto 5.2. no aplica a CANSERCOOP IPS, los tratamientos y procedimientos son manejados de forma ambulatoria.</li> </ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CANSERCOOP diseñara un proceso para ofrecer información de la organización, los beneficios, copagos y personal al servicio, por medio de folletos, pendones y charlas.</li> <li>• La institución debe manejar un diseño de audioservicio para las necesidades de atención o preocupaciones de los pacientes, las respuestas son con respecto a preparación para procedimientos y tramites administrativos. Los pacientes que se encuentren en quimioterapia, radioterapia o procedimientos que tengan eventos adversos se deben dirigir a urgencias de su EPS ya que los médicos no se encuentran autorizados para premedicar a un paciente sin conocer sus condiciones de escala funcional en el momento de la urgencia.</li> <li>• CANSERCOOP tiene la responsabilidad de manejar consentimiento informado para procedimientos, tratamientos, programa de atención domiciliaria; los cuales en la actualidad no están formalizados ni controlados. Por lo que deben crear carpetas por los procedimientos y tratamientos que se realicen para lograr control sobre estos documentos.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 6.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<p><b>6. La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario. Específicamente se pretende identificar los siguientes criterios.</b></p> <p>6.1. La evaluación del conocimiento, expectativas, necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad, están plenamente identificadas en colaboración con él, e incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento del paciente acerca de su patología.</li> <li>• Forma de tratamiento de su enfermedad.</li> <li>• Expectativas del paciente acerca del resultado de su tratamiento.</li> </ul> <p>6.2. Existe evidencia de que la evaluación es realizada por un equipo de salud y coordinada por un médico tratante responsable. El equipo en cuestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Está calificado para atender la patología que está atendiendo.</li> <li>• Es rotado periódicamente de actividad</li> <li>• Es reentrenado periódicamente en las actividades específicas que sirve.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El médico es el responsable y el más idóneo para establecer una conversación con los pacientes y sus familiares acerca de su patología, tratamiento de su enfermedad y pronóstico, esto se realiza en consulta médica y debe ser consignado en la historia clínica manejada por el sistema CNT.</li> <li>• El equipo de especialistas de CANSERCOOP IPS recopiló la información necesaria para el manejo de tumores benignos y malignos. La documentación se recopila en el <b>Manual de Funciones por cada Puesto de Trabajo</b> en que se especifica: Nombre del cargo, área a la que pertenece, cargo jefe inmediato, cargos que le reportan, objetivo del cargo, funciones del cargo, <u>competencias requeridas</u>, autoridad, responsabilidades, manejo de equipos /maquinaria/suministros y condiciones de trabajo.</li> <li>• Por ser una IPS en servicios para el cáncer todos los médicos deben estar calificados, son especialistas y su actividad es específica.</li> <li>• Los médicos participan en congresos mundiales, y se cuenta con una carpeta que certifica los congresos realizados por los médicos.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración del documento correspondiente a las obligaciones del médico para especificar en la historia clínica los acuerdos y compromisos establecidos entre las dos partes para el control de la enfermedad y pronóstico.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 7.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>7. La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobreagregada, requiere técnicas especiales de aislamiento.</b></p> <p>7.1. Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad.</p>							

7.2. La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo a la decisión adoptada.

**Fortalezas claves.**

- Se conoce el estándar y se identifica la planeación para su desarrollo.

**Oportunidades de mejoramiento.**

- No existe un plan de aislamiento, ni se conoce la necesidad de tenerlo. El paso a realizar es elaborar un listado de condiciones en que el paciente requiera aislamiento. Para esto es necesario la participación de los médicos que especifiquen patologías y condiciones específicas del aislamiento de acuerdo con el diagnóstico.
- La elaboración de un documento y el procedimiento que se debe tener para los pacientes en aislamiento.

ESTÁNDAR 8.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>8. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados. Esta planeación incluye:</b></p> <p>8.1. Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o adaptado.</p> <p>8.2. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado, el cual es requerido para todos los procedimientos médicos. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.</p> <p>8.3. Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, donde se le explica el objetivo, beneficios e inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.</p> <p>8.4. Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las Guías de Práctica Clínica, son actualizadas en los congresos mundiales en donde los médicos participan, realizados en diferentes fechas del año. De estos congresos se renuevan los libros que contienen los métodos para el control y seguimiento de los pacientes con enfermedad de cáncer. Y son distribuidos a los médicos para que puedan consultarlo en pacientes que cumplan con las especificaciones para la aplicación de mejores esquemas.</li> <li>• El manejo de consentimiento informado en CANSERCOOP es por medio de la consulta, donde el médico plantea las condiciones del tratamiento o procedimiento, sus efectos secundarios y el pronóstico de la enfermedad. Toda esta información es consignada en la historia clínica sistematizada CNT.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En CANSERCOOP se puede asignar un espacio para una biblioteca que contenga la</li> </ul>							

actualización permanente de cada congreso ofreciendo así a los médicos una consulta de libros en protocolos, efectos adversos, aplicaciones y tiempos.

- No se cuenta con un documento específico de consentimiento informado en varios procedimientos o tratamientos, por lo que es necesario establecer un proceso y mantener documentación que especifique la aprobación o negación a tratamientos o procedimientos de los pacientes.

ESTÁNDAR 9.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
						X	
<p><b>9. Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente, los cuales apoyan la oportunidad y efectividad de las intervenciones e incluyen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.</li> <li>• Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido.</li> <li>• Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados.</li> <li>• Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pre-término, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos.</li> <li>• Orientación a la madre acerca de las normas de seguridad y cuidado para evitar casos de confusión o extravío de recién nacidos.</li> <li>• Apoyo emocional al paciente y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica sólo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas.</li> <li>• Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.</li> <li>• Soporte nutricional especial.</li> <li>• Consejería y apoyo emocional al paciente y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluyendo la muerte y donación de órganos, cuando aplique.</li> <li>• Apoyo espiritual / religioso.</li> <li>• En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica se realiza una valoración anestésica pre-quirúrgica.</li> <li>• Se verifica la identidad del paciente, la naturaleza y el sitio de la operación propuesta.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las instalaciones de la IPS cuentan con los espacios necesarios para brindar a los pacientes la comodidad en la espera, durante el procedimiento o tratamiento.</li> <li>• CANSERCOOP IPS no maneja hospitalizaciones, su función es enfocada a pacientes con cáncer, manejados por consultas de psicología, cuidado paliativo y médico tratante para brindar el apoyo emocional y concientización de la evolución de la enfermedad, documentado en la historia clínica sistema CNT.</li> <li>• Se cuenta con servicio de terapia física, respiratoria, ocupacional, nutrición y dietética para brindar apoyo a los pacientes que lo requieran.</li> <li>• El servicio de atención al usuario maneja un programa de atención domiciliaria que ofrece orientación, charlas, soporte de dolor para el paciente y concientización del estado y pronóstico del paciente a los familiares.</li> </ul>							

<ul style="list-style-type: none"> <li>No se cuenta con el servicio de anestesiología ya que las cirugías se realizan en la EPS del usuario y estas deben brindarle el servicio antes de la intervención quirúrgica.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El procedimiento de atención domiciliaria debe realizar un informe sobre los pacientes visitados, sus condiciones y fallecidos durante el tratamiento o procedimientos.</li> </ul>

ESTÁNDAR 10.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
						X	
<p><b>10. La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad, lo cual incluye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.</li> <li>La privacidad es respetada mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico.</li> <li>La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con consultorios habilitados por Secretaria Distrital de Salud.</li> <li>Se maneja servicio ambulatorio, el paciente es diagnosticado, examinado y tratado en un consultorio independiente donde se permite el ingreso de acompañante del paciente únicamente.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se cuenta con una política de confidencialidad del usuario, pero los registros médicos tiene acceso limitado. Se debe elaborar junto con los deberes y derechos, la confidencialidad del usuario y diseñar la difusión de esta información.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 11.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
							X
<p><b>11. El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente, lo cual incluye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño del plan farmacológico de tratamiento.</li> <li>Todas las órdenes de farmacia son revisadas en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.</li> <li>Mecanismos para comunicar oportunamente, al equipo de salud, las necesidades específicas de medicamentos del paciente. Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume dentro de un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener especial cuidado en incorporar estos medicamentos dentro del plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica.</li> <li>Mecanismos para proveer información al paciente o su familia sobre los medicamentos que se</li> </ul>							

<p>van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.</li> </ul>
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con diseño del plan farmacológico para pacientes con tratamientos de largo plazo o indefinidos (protocolos de quimioterapia y mantenimiento).</li> <li>Hay área farmacéutica dentro de la instalación de CANSERCOOP, la entrega de medicamentos se hace por medio de fórmula médica de los especialistas autorizados dentro de la IPS y para los medicamentos de alto costo se tramitan ordenes especiales que se manejan internamente además se hace la aplicación en una sala específica para los tratamientos.</li> <li>El manejo de medicamentos está relacionado con fórmulas médicas generadas por el médico tratante de acuerdo al tipo de tratamiento para el paciente, el usuario debe responder al cuestionario del médico realizado en el transcurso de la consulta, para que detecte antecedentes personales, alergias y contraindicaciones que son registrados en la historia clínica sistematizada CNT, y limitan al médico en medicamentos que pueden causar alteración al paciente.</li> <li>Se manejan existencias de algunos medicamentos dentro de la IPS y se cuenta con un convenio para el control de medicamentos de alto costo, proceso manejado por el servicio farmacéutico.</li> <li>Se cuenta con la asesoría de consulta farmacológica en la que orientan a los pacientes en la dosificación, manejo y cuidado de los medicamentos utilizados en casa.</li> <li>Se maneja formato de medicamentos y servicios NO POS por medio de la historia clínica CNT, que los clasifica y exige la justificación para poder ser autorizados.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falta realizar el diagrama que soporte los procedimientos anteriores.</li> </ul>

ESTÁNDAR 12.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
					X		
<p><b>12. El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario.</b></p> <p>12.1. La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al paciente y su familia. Constancia de la información brindada debe quedar escrita en la historia clínica.</p> <p>12.2. La planeación de la investigación diagnóstica incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con un sitio para referir las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente.</li> <li>Existe una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas las muestras, cómo son transportadas las muestras y cómo son notificados los resultados.</li> <li>Las órdenes de exámenes de diagnóstico van acompañadas de información clínica relevante.</li> <li>Se instruye al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes.</li> <li>Los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable, y fecha de resultados.</li> </ul>							

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se provee información a los pacientes y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados mentales o en estado de inconsciencia.</li> <li>• Se realizan análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.</li> </ul> <p>12.3. La organización garantiza un proceso donde se identifica y designa el personal autorizado para la solicitud de exámenes de laboratorio. Los servicios de laboratorio deben asegurar el cumplimiento de estos procesos.</p>
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se realizan las juntas médicas que cuentan con un proceso para su desarrollo y se especifican las patologías tratadas en la historia clínica del paciente involucrado. Informando una decisión conjunta de acuerdo con la literatura estudiada por cada uno de sus integrantes</li> <li>• CANSERCOOP tiene como estrategia convenios con diferentes clínicas como: Grupo Saludcoop, Salud Total, las cuales manejan diagnósticos no correspondientes a CANSERCOOP, y brindan un apoyo para la enfermedad de base o nueva enfermedad.</li> <li>• En el área de laboratorio se manejan convenios para procesamiento de muestras que están soportados por el diagnóstico y requerimiento de procesamiento para lograr un buen trabajo de la muestra.</li> <li>• Los requerimientos enviados a laboratorio de convenio son legibles y verificables de igual forma los resultados obtenidos son mostrados en una descripción de lo analizado, con conclusión final de diagnóstico, firmados y sellados por el personal autorizado.</li> <li>• Los pacientes dan la autorización de los procedimientos y tratamientos en la consulta clínica y la autorización queda registrada en el resumen de historia clínica sistema CNT, y se continúan los seguimientos del diagnóstico de la misma forma.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe estar documentado los convenios y el procedimiento de contacto que se tiene con los laboratorios y EPS para orientar rápidamente al paciente.</li> </ul>

ESTÁNDAR 13.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<b>13. Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar.</b>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El personal que tiene contacto directo con el tratamiento de un paciente, puede acceder a la historia clínicas sistema CNT y conocer sus condiciones, diagnóstico y tratamiento para orientar mejor su labor con el usuario.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe realizarse el esquema del procedimiento con los trabajadores involucrados para el desarrollo del tratamiento del paciente.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 14.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<p><b>14. Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento.</b></p> <p>14.1. La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función dentro de un equipo de trabajo.</p> <p>14.2. El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, la cual incluye como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos.</li> <li>• El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma.</li> <li>• Cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y necesidades después del egreso.</li> <li>• Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo prevención de infecciones.</li> <li>• Cuidados en casa, si aplica.</li> </ul> <p>14.3. La educación está dada por un grupo interdisciplinario.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el área de recursos humanos se cuenta con un manual de Funciones por cada Puesto de Trabajo, que se especifica: Nombre del cargo, área a la que pertenece, cargo jefe inmediato, cargos que le reportan, objetivo del cargo, funciones del cargo, competencias requeridas, autoridad, responsabilidades, manejo de equipos /maquinaria/suministros y condiciones de trabajo.</li> <li>• Asegura el conocimiento del equipo de trabajo por medio de la elaboración de pruebas como es la de C-12 P-23 F-15 (periodo de prueba) y evaluación de 360 grados (cada 6 meses) se genera un informe en que se muestra las expectativas de desempeño.</li> <li>• El profesional es el encargado de ofrecerle al paciente todo conocimiento necesario de su enfermedad y evolución de la misma orientándolo a la mejor decisión para su calidad de vida soportado también con las consultas de psicología, asesoría farmacéutica, cuidado paliativo entre otras. Lo hablado y explicado en cada consulta queda registrado en la historia clínica sistema CNT.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para lograr la documentación de un óptimo entendimiento de los pacientes, debe estar la documentación de consentimiento informado que confirme la aprobación o negación del paciente hacia los tratamientos o procedimientos (quimioterapia y/o radioterapia).</li> </ul>							

ESTÁNDAR 15.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>15. El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.</b></p> <p>15.1. Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en el tratamiento del paciente.</p> <p>15.2. La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o Guías de Práctica Clínica.</p>							

<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con evaluación de adherencia a las guías internacionales.</li> <li>• La información del protocolo utilizado se encuentra en la historia clínica del paciente.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe recolectar la información de congresos realizados en diferentes países y asignar una persona para ofrecer al médico tratante el acceso a diferentes guías.</li> <li>• Se debe realizar la evaluación planteada para obtener un análisis de las guías.</li> </ul>

ESTÁNDAR 16.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
						X	
<p><b>16. Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La organización promueve un sistema para que los clientes presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante el curso de su hospitalización</li> <li>• Todos los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o sus familiares, son evaluados, investigados, si aplica, y respondidos.</li> <li>• Se informa al servicio que generó el reclamo, sugerencia o felicitación.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se maneja hospitalización, pero si hay un sistema de información y atención al usuario (SIAU), que mide los niveles de satisfacción de los usuarios de CANSERCOOP, y cuenta con formatos para queja, sugerencias y felicitaciones, por medio de buzón de sugerencias, internet, teléfono y atención personal.</li> <li>• Se cuenta con una encuesta de satisfacción de usuarios midiendo el nivel de atención por parte del médico tratante, instalaciones y buen trato del personal de CANSERCOOP.</li> <li>• Se elabora un informe mensualmente que mide el nivel de quejas, sugerencias y felicitaciones, y la pronta respuesta que recibió el paciente</li> <li>• Cuenta con un comité SIAU liderado por la coordinadora de atención al usuario en que participan pacientes y familiares para verificar el cumplimiento de los requerimientos realizados por los usuarios.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer el comité SIAU difundiendo los resultados de cada reunión a los pacientes y trabajadores por medio de folletos.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 17.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<p><b>17. La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.</li> <li>• La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para los casos de resultados adversos o de resultados no</li> </ul>							

esperados en el curso de tratamiento.
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los especialistas pueden ingresar al sistema y verificar historias clínicas de cualquier paciente para tomar decisiones en el momento</li> <li>• Los pacientes de junta médica son estudiados con base a su historia clínica.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se realiza un análisis de historias clínicas ni evaluación por pares, por lo cual se debe establecer un documento que verifique la calidad de la elaboración en las historias clínicas</li> </ul>

ESTÁNDAR 18.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
							X
<b>18. Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios.</b>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El estándar no aplica puesto que CANSERCOOP IPS tiene manejo ambulatorio por lo que no es posible llevar un reporte diario de los pacientes.</li> <li>• Se puede soportar el tratamiento realizado por medio de las historias clínicas, pero los controles de pacientes con antecedentes de cáncer son a término indefinido.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se pueden manejar reportes finales ya que los pacientes deben permanecer en contacto con los especialistas por su diagnóstico.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 19.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
							X
<b>19. Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Este estándar se aplica en aquellos casos donde el tratamiento del paciente sea de carácter ambulatorio, y cuya duración sea igual o superior a un mes.</b>							
<p>19.1. Existe un plan de egreso que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La explicación y determinación del nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación, si aplica.</li> <li>• Comunicación de toda la información relevante a la Empresa Promotora de Salud, Administradora de Régimen Subsidiado, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.</li> <li>• Planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento, que incluyen:</li> <li>• Lugar, fecha y razones de referencia.</li> <li>• Personas que se deben contactar, si aplica.</li> <li>• Reporte de los resultados del cuidado y tratamiento, si aplica.</li> </ul>							

19.2. Las necesidades del continuo de cuidado al egreso reflejan la situación del cuadro clínico actual y de las nuevas necesidades expresadas por el paciente.
<b>Fortalezas claves.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No aplica, solo se maneja servicio ambulatorio.</li> </ul>
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>No aplica, solo se maneja servicio ambulatorio.</li> </ul>

ESTÁNDAR 20.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<b>20. La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento.</b>							
<b>Fortalezas claves.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Este estándar se fortalece con la encuesta de satisfacción realizada a los usuarios, donde se mide el área médica de acuerdo a la atención humana, la capacidad de respuesta, la seguridad y satisfacción total; por medio de la encuesta se conoce el buen trato del área médica. Logrando un menor retiro de los pacientes que inician tratamiento.</li> <li>Las consultas de apoyo le brindan al usuario un espacio para la orientación en su decisión.</li> </ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>No se cuenta con un proceso específico para la adherencia de los usuarios a los tratamientos, es necesario documentarlo y tenerlo como soporte.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 21.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
<b>21. El médico u organización que refirió al paciente es informado acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido.</b>							
<b>Fortalezas claves.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>No aplica, no se maneja hospitalización.</li> </ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>No aplica, no se maneja hospitalización.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 22.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>22. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano</b></p> <p>22.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>22.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores en general.</p> <p>22.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>22.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se elaboró un análisis del área de Atención al Cliente – Asistencial, donde se establecieron varias mejoras para lograr un mejor funcionamiento en la divulgación, fomentación y participación de los proyectos y actividades en un futuro.</li> <li>• La persona responsable de la mejora en esta área es Berta Hernández y John Quintero.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los estándares deben manejarse por medio de un formato específico de CANSERCOOP que muestre el desarrollo de los procesos.</li> <li>• Se deben establecer indicadores de seguimiento para cada uno de los estándares que muestre la elaboración periódica de cada una de las actividades.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 23.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>23. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</b></p> <p>23.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:</li> <li>• Alto riesgo.</li> <li>• Alto volumen.</li> <li>• Alto costo.</li> </ul> <p>23.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: Seguridad, continuidad, coordinación, competencia, aceptabilidad, efectividad, pertinencia, eficiencia, accesibilidad, oportunidad</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los procesos para el mejoramiento de calidad en Atención al Cliente – Asistencial son basados para cumplir con el objetivo de cada estándar y si el estándar requiere algunos o todos de los aspectos de calidad se incluirán.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se deben clasificar los estándares de acuerdo al riesgo, volumen y costo. Logrando un</li> </ul>							

cronograma para priorizar los estándares en su proceso de diseño e implementación de actividades.

ESTÁNDAR 24.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>24. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se elaboro el análisis del área de Atención al Cliente – Asistencial y se establecieron planes de mejoramiento.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hay que elaborar un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos por medio de cronograma.</li> </ul>							

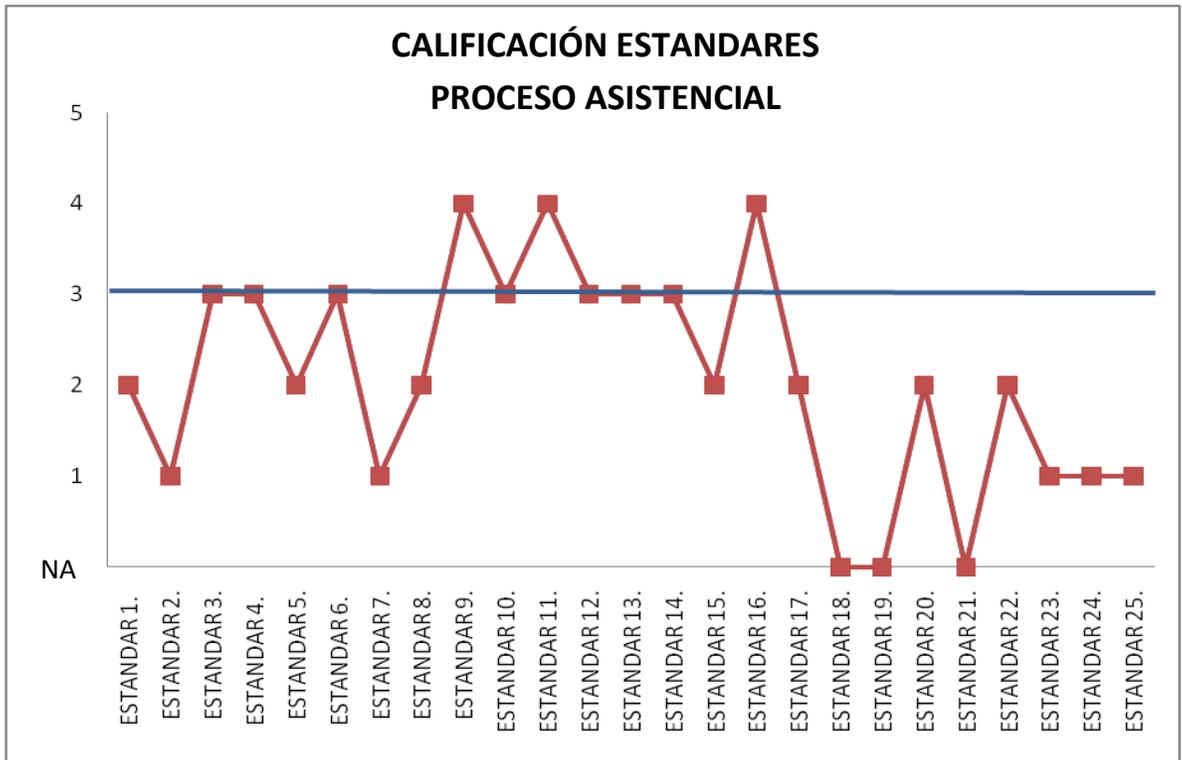
ESTÁNDAR 25.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>25. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</b></p> <p>25.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <p>25.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CANSERCOOP tiene un alto compromiso para la elaboración de los estándares.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se han elaborado las actividades del mejoramiento de calidad.</li> </ul>							

## CONSOLIDACIÓN ESTANDARES DE PROCESO ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL

ESTANDARES	Calificación de la organización					
	1	2	3	4	5	NA
ESTANDAR 1.		2				
ESTANDAR 2.	1					
ESTANDAR 3.			3			
ESTANDAR 4.			3			
ESTANDAR 5.		2				
ESTANDAR 6.			3			
ESTANDAR 7.	1					
ESTANDAR 8.		2				
ESTANDAR 9.				4		
ESTANDAR 10.			3			
ESTANDAR 11.				4		
ESTANDAR 12.			3			
ESTANDAR 13.			3			
ESTANDAR 14.			3			
ESTANDAR 15.		2				
ESTANDAR 16.				4		
ESTANDAR 17.		2				
ESTANDAR 18.						NA
ESTANDAR 19.						NA
ESTANDAR 20.		2				
ESTANDAR 21.						NA
ESTANDAR 22.		2				
ESTANDAR 23.	1					
ESTANDAR 24.	1					
ESTANDAR 25.	1					

<b>SUMATORIA DEL PROCESO</b>	<b>52</b>
------------------------------	-----------

Cuadro 1. Calificación de estándares de proceso atención al cliente - asistencial



Grafica 1. Calificación esandares proceso asistencial.

### CALIFICACIÓN PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE – ASISTENCIAL



Figura 3. Calificación proceso de Atención al Cliente – Asistencial

### 6.3.2 ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO

ESTÁNDAR 1.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
					X		
<b>1. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.</b>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se maneja el consejo de administración, en el que participan activamente los directivos de la organización para desarrollar temas que son definidos en el transcurso del mes. También se manejan proyectos como lo son el proceso de direccionamiento, la atención al cliente, clima organizacional entre otros.</li> <li>• El consejo de administración se reúne mensualmente y evalúan las actividades destacadas, los procesos actuales y se programan nuevos procesos.</li> <li>• Se puede verificar por medio de las actas de cada reunión.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los directivos se reúnen mensualmente y hay temas que no se concluyen con satisfacción. La propuesta priorizar y estructurar los temas de forma que las reuniones no se frenen en un tema mal expuesto.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 2.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<b>2. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.</b>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se manejan encuestas para el cliente interno como es la encuesta de clima organizacional y el balance social.</li> <li>• Las necesidades de los pacientes y sus familiares son manejadas por medio de encuestas como es la encuesta de satisfacción, buzón de sugerencias, formulario de quejas y reclamos y contacto directo con la persona encargada de atención al usuario.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se deben mantener actualizadas las encuestas involucradas para lograr el análisis conjunto de las mismas.</li> <li>• Los informes de las encuestas se manejan independientemente y no se realiza un análisis en conjunto para lograr un análisis estratégico.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 3.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<p><b>3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno. Esta definición contempla por al menos los siguientes criterios.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La relación de la organización con la comunidad que sirve.</li> <li>• Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el paciente y su familia.</li> <li>• Aspectos que guían la ética de la organización.</li> <li>• La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve.</li> <li>• La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CANSERCOOP cuenta con un reconocimiento entre sus usuarios por el trato y buen funcionamiento, comprobado por las encuestas de atención al usuario.</li> <li>• El direccionamiento estratégico es manejado con un enfoque fundamental al servicio de la sociedad.</li> <li>• En los estatutos se encuentra la verificación de cada uno de los ítems</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La organización le brinda un servicio integral a pacientes con cáncer, satisface muy bien las necesidades de usuario, pero es necesario que se cuente con el diagrama para manejar mejor la explicación de su razón de ser y la importancia de los pacientes.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 4.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>4. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior planeación, implementación y evaluación.</li> <li>• La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización y del proceso de atención al cliente.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CASERCOOP ha planteado dos procedimientos; el primero, para Asegurar el cumplimiento de las estrategias organizacionales garantizando la asignación de los recursos y el segundo, para sincronizar y unificar las acciones de los recursos hacia un objetivo común.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se cuenta con la documentación necesaria del los dos procedimientos planteados, se necesita que cada área los implemente y muestre informes de sus procedimientos para dejar consignado el cumplimiento y manejo de los recursos en la IPS.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 5.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<b>5. Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.</b>							
<b>Fortalezas claves.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los líderes tienen conocimiento del plan estratégico por medio magnético en carpetas compartidas de CANSERCOOP, pero no participan en el seguimiento del plan de direccionamiento estratégico.</li> </ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se debe crear un cronograma de reuniones con cada líder para que reconozca su área dentro del plan de direccionamiento, opine y aporte ideas para el desarrollo y control de este.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 6.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<b>6. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.</b>							
<b>Fortalezas claves.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>CANSERCOOP no ha desarrollado un proceso para este estándar.</li> </ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Debe crearse un proceso para mostrar los parámetros de los planes ejecutados, su financiación, la utilización de recursos y pronósticos de esta forma CANSERCOOP garantiza la optimización de sus planes.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 7.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
					X		
<b>7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Oportunidad de la atención por tipos de servicios.</li> <li>Utilización de servicios por afiliado (por ejemplo, tratando de incentivar la consulta y desincentivar la hospitalización).</li> <li>Satisfacción global del cliente con la atención recibida.</li> <li>Calidad de la atención.</li> </ul>							

<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con un procedimiento de asignación de citas llamado “Gestión de agenda medica”, cuyo objetivo es Garantizar la adecuada atención de los pacientes en CANSERCOOP de forma integral, manejando tiempos de consulta de 30 minutos en todas las especialidades, y asignación de cita por teléfono o personalmente en las instalaciones.</li> <li>• Los procedimientos, tratamientos, consultas son ambulatorias y la hospitalización se maneja a pacientes en condiciones desfavorables y se direccionan a su EPS.</li> <li>• Se maneja la encuesta del nivel de satisfacción del cliente y se realiza el informe respectivo mostrando porcentajes en atención humana, capacidad de respuesta, seguridad y satisfacción total de los clientes hacia los médicos.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe mostrar satisfacción del cliente ante los demás trabajadores como lo es punto de información, caja y asignación de cita.</li> <li>• Se debe realizar el análisis del nivel de satisfacción semestralmente y darlo a conocer al cliente interno y externo.</li> </ul>

ESTÁNDAR 8.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>8. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, el cual está alineado con el direccionamiento estratégico de la organización.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe un proceso por medio del cual el personal de la institución sustenta su gestión ante la junta directiva o comités especiales creados para tal fin.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay parámetros de orientación al personal que interactúe con el direccionamiento estratégico.</li> <li>• Se manejan informes por área mensualmente y estos se evalúan por medio de comités pero no se relacionan con el direccionamiento estratégico.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe crear un cronograma de reuniones con cada líder para que reconozca su área dentro del plan de direccionamiento, opine y aporte ideas para el desarrollo y control de este, logrando informes alineados con la dirección estratégica.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 9.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>9. Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.</b></p> <p>9.1. El proceso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de conceptos o documentos técnicos.</li> <li>• Entrega de informes sobre solicitudes específicas.</li> </ul> <p>9.2. El asesoramiento involucra las políticas o decisiones concernientes a los procesos de atención a los clientes.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se cuenta con políticas para cada responsable de las unidades.</li> <li>• El estándar no ha sido estudiado y no se tienen documento ni informes que lo respalden.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se plantearan unas políticas para el responsable de cada unidad.</li> <li>• Se creara un cronograma de reuniones con cada líder para que reconozca su área dentro del plan de direccionamiento, opine y aporte ideas para el desarrollo y control de este, logrando informes alineados con la dirección estratégica.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 10.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
					X		
<p><b>10. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los integrantes de la junta directiva reciben orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así mismo, de cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo.</li> <li>• Especial énfasis debe ser puesto en la filosofía, políticas y procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CANSERCOOP cuenta con “EL PESEM” (proyecto educativo socio-empresarial año 2010-2012) que se destaca por ser un documento con políticas de educación dentro de la IPS, formalizar estrategias para cada perfil de trabajador dentro de la organización y elabora un análisis de la educación que se ha ofrecido y se ofrecerá por parte se CANSERCOOP.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El manejo de un cronograma para difundir información de cursos en el transcurso del año, y contar con una cartelera para este tipo de información.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 11.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano</b></p> <p>11.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>11.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores en general.</p> <p>11.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>11.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se elaboro un análisis del área de direccionamiento en donde se establecieron varias mejoras para lograr un mejor funcionamiento en la divulgación, fomentación y participación de los líderes de cada área en los proyectos y actividades.</li> <li>• Participan varios líderes de CANSERCOOP.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los estándares deben manejarse por medio de un formato específico de CANSERCOOP que muestre el desarrollo de los procesos.</li> <li>• Se deben establecer indicadores de seguimiento para cada uno de los estándares que muestre la elaboración periódica de cada una de las actividades.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 12.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</b></p> <p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto riesgo.</li> <li>• Alto volumen.</li> <li>• Alto costo.</li> </ul> <p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: Seguridad, continuidad, coordinación, competencia, aceptabilidad, efectividad, pertinencia, eficiencia, accesibilidad, oportunidad</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los procesos para el mejoramiento en el estándar de direccionamiento incluyen todos los aspectos de calidad, ya que este se involucra con las demás áreas.</li> </ul>							

**Oportunidades de mejoramiento.**

- Se deben clasificar los estándares de acuerdo al riesgo, volumen y costo. Logrando un cronograma para priorizar los estándares en su proceso de diseño e implementación de actividades.

ESTÁNDAR 13.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<b>13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</b>							
<ul style="list-style-type: none"><li>• El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</li></ul>							
<b>Fortalezas claves.</b>							
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se elaboro el análisis del área de direccionamiento y se establecieron planes de mejoramiento.</li></ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b>							
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hay que elaborar un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos por medio de cronograma.</li></ul>							

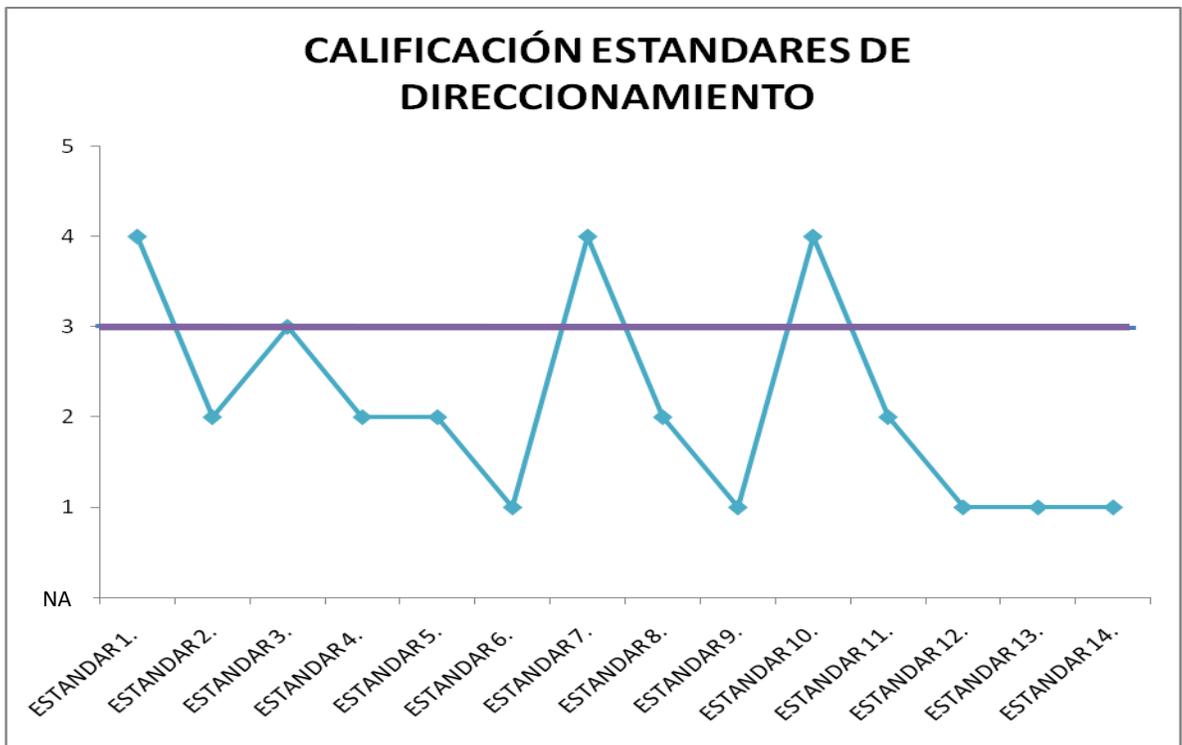
ESTÁNDAR 14.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<b>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</b>							
14.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.							
14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.							
<b>Fortalezas claves.</b>							
<ul style="list-style-type: none"><li>•</li></ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b>							
<ul style="list-style-type: none"><li>• No se han elaborado las actividades del mejoramiento de calidad.</li></ul>							

## CONSOLIDACIÓN ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO

ESTANDARES	Calificación de la organización					
	1	2	3	4	5	NA
ESTANDAR 1.				4		
ESTANDAR 2.		2				
ESTANDAR 3.			3			
ESTANDAR 4.		2				
ESTANDAR 5.		2				
ESTANDAR 6.	1					
ESTANDAR 7.				4		
ESTANDAR 8.		2				
ESTANDAR 9.	1					
ESTANDAR 10.				4		
ESTANDAR 11.		2				
ESTANDAR 12.	1					
ESTANDAR 13.	1					
ESTANDAR 14.	1					

<b>SUMATORIA DE CALIFICACIÓN</b>	<b>30</b>
----------------------------------	-----------

Cuadro 2. Calificación de estándares de proceso de Direccionamiento.



Grafica 2. Calificación esandares de Direccionamiento.

### CALIFICACIÓN PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO



Figura 4. Calificación proceso de Direccionamiento.

### 6.3.3 ESTANDARES DE GERENCIA

ESTÁNDAR 1.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<b>1. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.</b>							
<b>Fortalezas claves.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las unidades conocen sus procesos, identifican sus clientes y elaboran informes que son basados en el cliente final.</li> </ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se cuenta con una difusión de los resultados al cliente final, así que se debe elaborar mapas de procesos que especifique a los clientes y a proveedores que deben recibir la información y la atención necesaria dependiendo del estándar.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 2.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<b>2. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso considera:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una metodología para la identificación de las necesidades.</li> <li>Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades.</li> <li>La descripción del proceso de atención al cliente y sus necesidades específicas por tipo de cliente y para cada una de las fases del proceso.</li> </ul>							
<b>Fortalezas claves.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los líderes de CANSERCOOP no conocían el estándar, así que no se ha elaborado ningún soporte para este.</li> </ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Manejar un diseño de procesos en que se muestre el alcance, responsable de cada fase del proceso, el tiempo, la documentación y el resultado final. Este diseño involucra encuestas, proyectos, métodos, verificaciones, entre otros que se requieran para identificar las necesidades y las posibles respuestas para los clientes.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 3.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>3. Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.</li> <li>• Un sistema de tutoría o acompañamiento y retroalimentación.</li> <li>• Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.</li> <li>• Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El mejoramiento de calidad se encuentra en proceso y la gerencia no conocía el proceso por lo cual no ha implementado algún plan para cumplirlo.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se propone elaborar reuniones mensuales donde la gerencia expresa sus propósitos, los líderes establecen procesos y cronogramas para lograrlos.</li> <li>• Realizar una reunión anual para elaborar un análisis de los procesos, la interacción entre ellos y el compromiso futuro.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 4.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
					X		
<p><b>4. La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario.</b></p> <p>Las metas y objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.</li> <li>• Proveen orientación para el proceso de atención del cliente.</li> <li>• Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La visión y la misión de CANSERCOOP está enfocada a la calidad de servicio al cliente y lograr el reconocimiento nacional e internacional. En el direccionamiento estratégico de la organización especifican sus objetivos y metas orientadas a los valores, la misión y la visión.</li> <li>• CANSERCOOP trabaja para el bienestar del paciente y su familia y este es el eje fundamental para progreso de la organización.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer el entorno por medio del mejoramiento de procesos orientados a clientes externo e interno.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 5.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>5. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. La monitorización incluye</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las actividades específicas de monitoreo y mejoramiento.</li> <li>La evaluación del logro de las metas y objetivos</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se está implementando el control de calidad en cada una de las unidades funcionales, no se ha establecido el control de la totalidad y se encuentran procesos que la organización no conoce y se debe iniciar un plan para implementarlos.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño de monitorización de estándares para el control de su funcionamiento.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 6.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>6. Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ética establecido por la organización. El respeto por el cliente incluye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dignidad personal.</li> <li>Privacidad.</li> <li>Seguridad.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los deberes y derecho de los usuarios se encuentran en proceso, el estándar respectivo se califica como 2, de acuerdo a esto se realiza un plan de mejoramiento e incluimos la dignidad personal, privacidad y seguridad.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se debe lograr la autentificación de la carta de deberes y derechos de los pacientes para iniciar una divulgación a los usuarios.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 7.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>7. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Una política clara emanada de la alta gerencia, que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y compañeros de trabajo</li> <li>Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos</li> </ul>							

<p>agresivos dentro de los procesos de atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación a los trabajadores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas.</li> <li>• Información y educación a los clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas.</li> </ul>
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CANSERCOOP cuenta con la RESOLUCIÓN 06 DE 2009 (Agosto 11) Por medio del cual se reglamenta El COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL DE LA COOPERATIVA DE SERVICIOS MÉDICOS EN CÁNCER CANSERCOOP. El comité de convivencia se realiza trimestralmente y evalúa el ambiente laboral que se maneja dentro de la organización, los aspectos a mejorar y se resaltan los logros obtenidos.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se cuenta con la educación a los trabajadores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos, se dictan sanciones en los trabajadores. De acuerdo a lo anterior se debe crear una cartilla para la concientización de los actos realizados por la persona con conducta de abuso.</li> </ul>

ESTÁNDAR 8.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>8. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.</b></p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existen políticas institucionales que definen el tipo y la amplitud de los servicios que se han de proveer, estas se encuentran en el Direccionamiento Estratégico y las destacan como “Plan Nacional para el Control del Cáncer 2010 – 2019”</li> <li>• CANSERCOOP elabora las políticas institucionales de acuerdo con el entorno y es incluido en el procedimiento para la elaboración de “Direccionamiento Estratégico”</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe tener un proceso independiente del desarrollo de las políticas institucionales para tener más claridad sobre las condiciones que se pueden ofrecer y lograr una mejor difusión de estas.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 9.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>9. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la organización y de cada unidad funcional. Lo anterior es logrado a través de</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de prioridades en el plan.</li> <li>• Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención.</li> </ul>							

<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de los recursos disponibles.</li> </ul>
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se maneja un procedimiento para la compra, recepción y asignación de un activo fijo donde se manejan documentos como la requisición, acta de elemento de trabajo, causación, comprobante de egreso.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>De la forma en que se elabora el proceso de asignación de recursos físicos se debe elaborar el procedimiento para asignación de recursos humanos y financieros, para ofrecer a los trabajadores un apoyo para el buen desempeño de su trabajo.</li> </ul>

ESTÁNDAR 10.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>10. Existe un proceso para la protección y control de los recursos.</b> Lo anterior se logra a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Medición de la productividad.</li> <li>Costeo.</li> <li>Monitorización de los presupuestos.</li> <li>Manejo de inventarios.</li> <li>Manejo de seguros.</li> <li>Fomento de la cultura del buen uso de los recursos.</li> <li>Auditoría de procesos.</li> <li>Seguimiento de contingencias cubiertas por ATEP y SOAT.</li> <li>Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CANSERCOOP no ha desarrollado ningún proceso para la protección y control de los recursos, no conocía el estándar.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Establecer para cada punto del estándar un proceso en el que se logre el control de los recursos, utilizando formulas de optimización y control.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 11.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano</b> 11.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. 11.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores en general.</p>							

<p>11.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>11.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados</p>
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se elaboro un análisis del área de gerencia en donde se establecieron varias mejoras para lograr un mejor funcionamiento en la divulgación, fomentación y participación de los líderes de cada área en los proyectos y actividades.</li> <li>• Participan varios líderes de CANSERCOOP.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los estándares deben manejarse por medio de un formato específico de CANSERCOOP que muestre el desarrollo de los procesos.</li> <li>• Se deben establecer indicadores de seguimiento para cada uno de los estándares que muestre la elaboración periódica de cada una de las actividades.</li> </ul>

ESTÁNDAR 12.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</b></p> <p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:</li> <li>• Alto riesgo.</li> <li>• Alto volumen.</li> <li>• Alto costo.</li> </ul> <p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: Seguridad, continuidad, coordinación, competencia, aceptabilidad, efectividad, pertinencia, eficiencia, accesibilidad, oportunidad</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los procesos para el mejoramiento en los estándares de gerencia incluyen todos los aspectos de calidad, ya que este se involucra con las demás áreas.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se deben clasificar los estándares de acuerdo al riesgo, volumen y costo. Logrando un cronograma para priorizar los estándares en su proceso de diseño e implementación de actividades.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 13.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se elaboro el análisis del área de gerencia y se establecieron planes de mejoramiento.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hay que elaborar un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos por medio de cronograma.</li> </ul>							

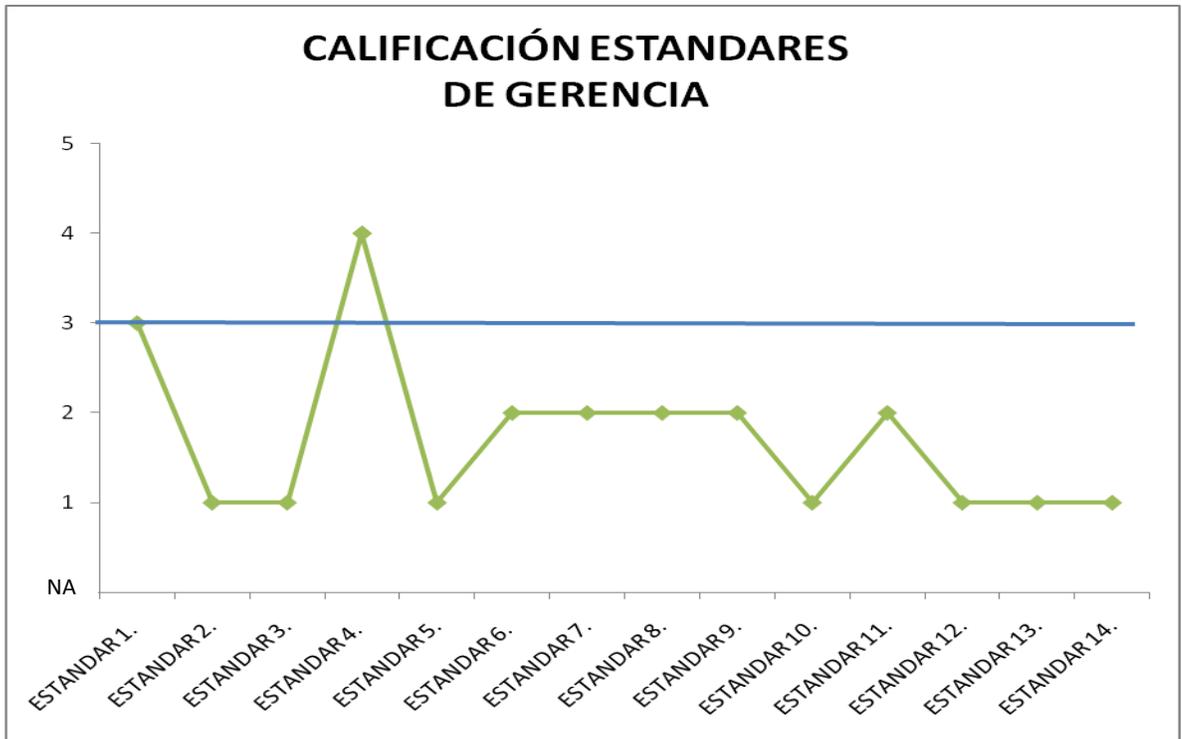
ESTÁNDAR 14.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</b></p> <p>14.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <p>14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se han elaborado las actividades del mejoramiento de calidad.</li> </ul>							

## CONSOLIDACIÓN ESTANDARES DE GERENCIA

ESTANDARES	Calificación de la organización					
	1	2	3	4	5	NA
ESTANDAR 1.			3			
ESTANDAR 2.	1					
ESTANDAR 3.	1					
ESTANDAR 4.				4		
ESTANDAR 5.	1					
ESTANDAR 6.		2				
ESTANDAR 7.		2				
ESTANDAR 8.		2				
ESTANDAR 9.		2				
ESTANDAR 10.	1					
ESTANDAR 11.		2				
ESTANDAR 12.	1					
ESTANDAR 13.	1					
ESTANDAR 14.	1					

SUMATORIA DE CALIFICACIÓN	24
---------------------------	----

Cuadro 3. Calificación de estándares proceso de Gerencia.



Grafica 3. Calificación esandares de Gerencia.

### CALIFICACIÓN PROCESO DE GERENCIA



Figura 5. Calificación proceso de Gerencia.

### 6.3.4 CALIFICACIÓN ESTÁNDARES DE RECURSOS HUMANOS

ESTÁNDAR 1.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<p><b>1. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.</b></p> <p>1.1. Estos procesos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legislación relevante.</li> <li>• Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo.</li> <li>• Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial.</li> <li>• Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal.</li> <li>• Evaluación de desempeño.</li> <li>• Evaluación periódica de expectativas y necesidades que ayuden a dirigir el clima organizacional.</li> <li>• Políticas de compensación.</li> <li>• Estímulos e incentivos.</li> <li>• Bienestar laboral.</li> <li>• Necesidades de comunicación organizacional.</li> </ul> <p>1.2 Los procesos descritos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.</p> <p>1.3 Los procesos mencionados en el estándar debe incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CANSERCOOP IPS tiene como guía el código sustantivo de trabajo, y maneja 3 tipos de contrato: asociado, colaboradores y contratista. Cada uno especifica lo reglamentado por su respectiva ley.</li> <li>• Para lograr la calidad de vida laboral se cuenta con una <b>encuesta de Clima Organizacional F –GE – 1 – 2 (16)</b> que evalúa aspectos como: la claridad organizacional, estructura organizacional, participación, instalaciones, comportamiento sistémico, relaciones simbólicas, liderazgo, consenso, trabajo gratificante, desarrollo personal, elementos de trabajo, relaciones interpersonales, buen servicio, solución de conflictos, expresión informal positiva, estabilidad laboral, valoración, salario, agilidad, evaluación de desempeño, feedback (retroalimentación), selección de personal, inducción e imagen organizacional.</li> <li>• El análisis de puestos esta especificado en el <b>Manual de Funciones por cada Puesto de Trabajo</b> en que se especifica: Nombre del cargo, área a la que pertenece, cargo jefe inmediato, cargos que le reportan, objetivo del cargo, funciones del cargo, competencias requeridas, autoridad, responsabilidades, manejo de equipos /maquinaria/suministros y condiciones de trabajo.</li> <li>• Se cuenta con un análisis comparativo de los salarios de CANSERCOOP IPS frente a los resultados del estudio: encuesta salarial 2006 -2007 realizado por: <b>HC - Human Capital Seeliger y Conde &amp; LEGIS</b></li> <li>• El <b>Manual de Selección e Incorporación de personal</b> establece las políticas y procedimientos para la selección e incorporación que incluye: vacante, perfil de exigencia, fuentes de selección, preselección, entrevista, aplicación de pruebas, entrevista jefe inmediato y dirección ejecutiva, toma de decisión, comunicación, verificación, examen de ingreso, contratación, periodo de prueba, entrevista de retiro.</li> </ul>							

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para medir el desempeño se elabora la evaluación 360° cada 6 meses.</li> <li>• Se maneja una <b>Encuesta de Necesidades y Expectativas</b> con contenido de 40 puntos con el que se logra un diagnóstico de necesidades y expectativas. (ultimo realizado en el 2010)</li> <li>• La comunicación de recursos humanos con las demás áreas se realiza por medio de comunicados internos, correo o reuniones.</li> <li>• La organización muestra sus valores, misión y visión mediante el <b>Direccionamiento Estratégico CANSERCOOP 2010 – 2015</b> y en la encuesta de clima organizacional es el primer punto, mostrando que es fundamental conocer estos aspectos de la empresa.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe incluir en las políticas del manual de selección de personal la retención, promoción y seguimiento de los trabajadores que ingresan a CANSERCOOP IPS.</li> <li>• Los temas de Compensación, estímulos e incentivos deben estar incluidos en las políticas del <b>Manual de selección e incorporación de personal</b>, ya que son un factor importante para el personal que entre a ser parte del equipo de CANSERCOOP IPS.</li> <li>• Elaboración de proyecto para promover el bienestar laboral que consiste en 3 puntos clave: 1) Ayudar a los empleados a identificar riesgos potenciales de salud; 2) Educar a los empleados en riesgos de salud; 3) fomentar el buen estilo de vida.</li> <li>• Falta la elaboración de un programa de relaciones con los empleados que incluya: comunicación, cooperación, protección, asistencia y disciplina.</li> </ul>

ESTÁNDAR 2.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>2. Existe un proceso para la planeación del recurso humano.</b></p> <p>2.1 El proceso descrito considera los cambios que ocurren en su ambiente, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en la misión de la organización.</li> <li>• Cambios en el plan estratégico.</li> <li>• Cambios en la estructura organizacional.</li> <li>• Cambios en la planta física.</li> <li>• Cambios en la complejidad de los servicios.</li> <li>• Disponibilidad de recursos.</li> <li>• Legislación relevante.</li> <li>• Tecnología disponible.</li> </ul> <p>2.2. La asignación de personal a todo nivel de la organización apoya la prestación de los servicios y está diseñado de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Requisitos y perfil del cargo.</li> <li>• Identificación de los patrones de carga laboral del empleo.</li> <li>• Reubicación y promoción del personal en el evento de que una situación así lo requiera.</li> </ul> <p>2.3. La planeación del recurso humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y del diseño del proceso de atención.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La organización elabora los Manual de Funciones por cada Puesto de Trabajo</b> en que se especifica: Nombre del cargo, área a la que pertenece, cargo jefe inmediato, cargos que le</li> </ul>							

reportan, objetivo del cargo, funciones del cargo, competencias requeridas, autoridad, responsabilidades, manejo de equipos /maquinaria/suministros y condiciones de trabajo.

**Oportunidades de mejoramiento.**

- CANSERCOOP consolidará la Planeación Estratégica de RH, y esta será incluida en la Planeación Estratégica de la organización.
- Incluir en el **Manual de Funciones por cada Puesto de Trabajo** el tema de reubicación y promoción del personal por evento.
- La organización elaborara el Código de Ética organizacional.
- El diseño de procesos de atención en RH se encuentra en proceso.

ESTÁNDAR 3.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
					X		
<p><b>3. Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.</b></p> <p>3.1. Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las calificaciones incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto y se relacionan con:</li> <li>• Experiencia.</li> <li>• Licenciamiento o certificación, si aplica.</li> </ul> <p>3.2. Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento y habilidades.</li> <li>• Relaciones interpersonales.</li> <li>• Habilidades de liderazgo y administrativas.</li> <li>• Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>En el Manual de Funciones por cada Puesto de Trabajo</b> en que se especifica: Nombre del cargo, área a la que pertenece, cargo jefe inmediato, cargos que le reportan, objetivo del cargo, funciones del cargo, competencias requeridas, autoridad, responsabilidades, manejo de equipos /maquinaria/suministros y condiciones de trabajo.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de competencias para el mejoramiento de calidad definido de acuerdo a cada puesto de trabajo.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 4.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<p><b>4. La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.</b></p> <p>4.1. La educación continuada y actividades de entrenamiento promueven la competencia del personal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se provee información acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades e incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Valores.</li> <li>▪ Misión y visión.</li> <li>▪ Plan estratégico.</li> <li>▪ Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos.</li> <li>▪ Servicios disponibles.</li> <li>▪ Objetivos y metas de la organización</li> <li>▪ Estructura organizacional.</li> <li>▪ Expectativas del desempeño.</li> <li>▪ Legislación relevante.</li> <li>▪ Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones.</li> <li>▪ Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio.</li> <li>▪ Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización.</li> </ul> </li> </ul> <p>4.2. La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La organización fomenta los valores y los da a conocer por medio de protectores de pantalla, por medio de correos electrónicos como es el ejemplo del “BOLETIN COPASO” que muestra las actividades realizadas, y muestra el desarrollo de diferentes programas de la organización (ej. Programa de salud ocupacional)</li> <li>• Por medio de la elaboración de pruebas como la de C-12 P-23 F-15 (periodo de prueba) y evaluación de 360 grados (cada 6 meses) se genera un informes en que se muestra las expectativas de desempeño.</li> <li>• Se da a conocer el contrato y las prestaciones que ofrece la organización al momento del ingreso y formalización del puesto de trabajo.</li> <li>• Se maneja el “PESEM” que involucra temas como el mejoramiento de calidad del cuidado y servicio, procesos de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe elaborar un documento oficial que cuente con una estructura solida para el fomento del conocimientos de la organización en lo que tiene que ver con misión, visión, plan estratégico, Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos de la organización, de igual forma el fomento y divulgación de los servicios disponibles para los trabajadores.</li> <li>• Elaborar un cronograma de desarrollo para actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 5.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<p><b>5. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El desempeño es revisado y documentado durante el período de prueba.</li> <li>• El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa.</li> <li>• Se provee retroalimentación al personal evaluado.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cuenta con el formato de periodo de prueba C-12 P-23 F-15 y la prueba de desempeño 360° en la que se elabora un informe para mostrar las expectativas de desempeño. (análisis interno área de RRHH).</li> <li>• La documentación de la prueba es manejada semestralmente, la de periodo de prueba se elabora de acuerdo al reclutamiento de la organización.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe elaborar reuniones para mostrar el informe a los empleados recolectar opiniones pros y contras para el mejoramiento e incentivo en el desempeño de cada puesto de trabajo.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 6.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa.</li> <li>• Investigación científica.</li> <li>• Entrenamiento de estudiantes, si aplica.</li> <li>• Conciliación de protocolos médicos.</li> <li>• Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional.</li> <li>• Evaluación periódica de las condiciones de trabajo.</li> <li>• Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados.</li> <li>• La atención al cliente y su familia.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CANSERCOOP elabora juntas médicas, en las que se tratan temas como la adopción de guías clínicas, estudio de casos clínicos, etc. Este manejo es enfocado a la conciliación de protocolos médicos para el bienestar de los pacientes.</li> <li>• Se cuenta con el área de atención al usuario encargada de ofrecer a los pacientes soporte en la orientación para trámites administrativos.</li> <li>• En el Manual de Funciones por cada Puesto de Trabajo y al momento de la elaboración del contrato se pactan las condiciones laborales y posibles cambios futuros.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejar la recopilación de protocolos que faciliten el estudio de casos.</li> <li>• Debe manejarse un cronograma de capacitaciones para todos los trabajadores de acuerdo a su área.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 7.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<b>7. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.</b>							
<b>Fortalezas claves.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>la organización cuenta con una comunicación constante entre las diferentes áreas, se destaca por su buen clima organizacional (encuesta clima organizacional F – GE – 1 – 2 (16) V13), y sus funciones interactúan entre las áreas.</li> </ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los procesos de diálogos y acuerdos entre las áreas de la organización no se encuentran incorporados en las políticas de recursos humanos, por lo que es necesario establecer dentro del informe de Clima Organizacional la interacción de los puestos de trabajo y dentro del documento de planeación de Recursos Humanos la comunicación interna de la organización.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 8.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<b>8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye:</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso a los registros.</li> <li>Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización.</li> </ul>							
<b>Fortalezas claves.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>El acceso a los registros es para personal autorizado, y su ubicación es en la oficina de gerencia.</li> <li>El acceso a los registros del personal se manejan únicamente por la persona encargada del área de Recursos Humanos.</li> </ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>No se cuenta con un consentimiento de los trabajadores en físico, se debe elaborar y tenerlo en la carpeta de cada trabajador.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 9.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
					X		
<b>9. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.</b>							
9.1. Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados.							
9.2. Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud.							
<b>Fortalezas claves.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con el programa de Salud Ocupacional.</li> </ul>							

<ul style="list-style-type: none"> <li>Para el manejo de prevención de riesgos y promoción de la salud se maneja capacitación por parte de la ARP y cada capacitación cuenta un acta que certifica la asistencia del personal y el tema que se maneja.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se debe elaborar el diagrama del proceso</li> </ul>

ESTÁNDAR 10.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
						X	
<p><b>10. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.</b></p> <p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La satisfacción de los empleados es evaluada por medio de la encuesta de Clima Organizacional, encuesta de expectativas y necesidades, y prueba de evaluación 360°.</li> </ul> <p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No está elaborado un informe que especifique como tal la satisfacción de los empleados y no hay retroalimentación sobre este tema.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 11.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<p><b>11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano</b></p> <p>11.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>11.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores en general.</p> <p>11.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>11.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados</p> <p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se elaboro un análisis del área de recursos humanos en donde se establecieron varias mejoras para lograr un mejor funcionamiento en la divulgación, fomentación y participación de los proyectos y actividades en un futuro.</li> <li>La persona responsable de la mejora en esta área es Elvira Arias.</li> </ul> <p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los estándares deben manejarse por medio de un formato específico de CANSERCOOP que muestre el desarrollo de los procesos.</li> </ul>							

- Se deben establecer indicadores de seguimiento para cada uno de los estándares que muestre la elaboración periódica de cada una de las actividades.

ESTÁNDAR 12.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</b></p> <p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:</li> <li>• Alto riesgo.</li> <li>• Alto volumen.</li> <li>• Alto costo.</li> </ul> <p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad</li> <li>• Continuidad</li> <li>• Coordinación</li> <li>• Competencia</li> <li>• Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia, Eficiencia, Accesibilidad, Oportunidad</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los procesos para el mejoramiento de calidad en recursos humanos están diseñados para cumplir con el objetivo de cada estándar y si el estándar requiere algunos o todos de los aspectos de calidad se incluirán.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se deben clasificar los estándares de acuerdo al riesgo, volumen y costo. Logrando un cronograma para priorizar los estándares en su proceso de diseño e implementación de actividades.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 13.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se elaboro el análisis del área de recursos humanos y se establecieron planes de mejoramiento.</li> </ul>							

**Oportunidades de mejoramiento.**

- Hay que elaborar un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos por medio de cronograma.

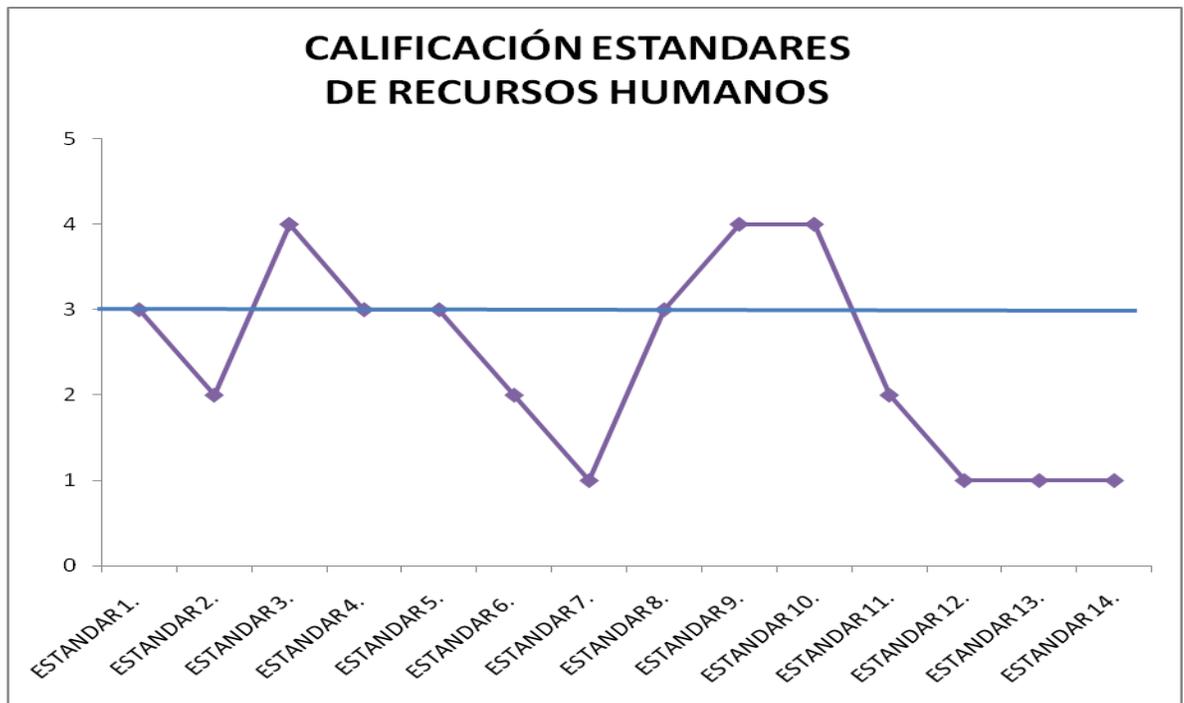
ESTÁNDAR 14.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<b>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</b> 14.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.  14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.							
<b>Fortalezas claves.</b>  •							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b>  • No se han elaborado las actividades del mejoramiento de calidad.							

## CONSOLIDACIÓN ESTANDARES DE RECURSOS HUMANOS

ESTANDARES	Calificación de la organización					
	1	2	3	4	5	NA
ESTANDAR 1.			3			
ESTANDAR 2.		2				
ESTANDAR 3.				4		
ESTANDAR 4.			3			
ESTANDAR 5.			3			
ESTANDAR 6.		2				
ESTANDAR 7.	1					
ESTANDAR 8.			3			
ESTANDAR 9.				4		
ESTANDAR 10.				4		
ESTANDAR 11.		2				
ESTANDAR 12.	1					
ESTANDAR 13.	1					
ESTANDAR 14.	1					

<b>SUMATORIA DE CALIFICACIÓN</b>	<b>34</b>
----------------------------------	-----------

Cuadro 4. Calificación esandares de Recursos Humanos.



Cuadro 4. Calificación esandares de Recursos Humanos.

### CALIFICACIÓN PROCESO DE RECURSOS HUMANOS



Figura 6. Calificación proceso de Recursos Humanos.

### 6.3.5 ESTANDARES DE AMBIENTE FISICO

ESTÁNDAR 1.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
					X		
<p><b>1. La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención a los clientes externos e internos de la institución.</b></p> <p>1.1. Lo anterior incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La gerencia de los riesgos físicos.</li> <li>• Mantenimiento de la seguridad industrial.</li> <li>• Preparación para emergencia y desastres.</li> <li>• La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades.</li> </ul> <p>1.2. Los procesos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.</p> <p>1.3. Está diseñado y difundido un plan que desarrolla el método o programa que se utilizará para ejecutar las acciones que garantizan la protección de los pacientes durante su proceso de atención y de los trabajadores.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La gerencia del ambiente físico cuenta con el “PLAN DE EMERGENCIAS” que especifica los riesgos de acuerdo al área de trabajo y máquinas o insumos que se utilicen, también maneja unas recomendaciones especiales, conformación de la brigada y de los equipos para el control de emergencias.</li> <li>• Se elabora el diagnóstico de bioseguridad con base a la RESOLUCIÓN 2400 DE 1979; DISPOSICIONES SOBRE VIVIENDA, HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL EN ESTABLECIMIENTOS DE TRABAJO, DECRETO 559 DE 1991, DECRETO 1295 DE 1994, DECRETO 1543 DE 1995 y DECRETO 1164 DEL 2002</li> <li>• CANSECOOP elaboro el “PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS” el cual especifica el manejo, selección y peso de estos para un adecuado ambiente físico.</li> <li>• Los proyectos realizados bajo la gerencia de ambiente físico son enfocados para brindarle a todos los clientes internos y externos un entorno agradable.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los proyectos de gerencia del ambiente físico deben ser analizados anualmente para implementar cambios necesarios.</li> <li>• Se debe tener un comité que mantenga el control de los proyectos mencionados.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 2.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<p><b>2 La organización cuenta con procesos diseñados y operacionalizados, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente. Los procesos están basados en guías o estándares, que incluyen:</b></p> <p>2.1. Para los clientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Admisión y transporte de los pacientes con infección.</li> <li>• Implementación de técnicas de aislamiento.</li> <li>• Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o nutrición parenteral.</li> </ul>							

<p>2.2. Existe un proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definición de cuándo se considera una infección intrahospitalaria.</li> <li>• Definición de mecanismos de reportes y protocolos de investigación en casos de infección intrahospitalaria.</li> <li>• Reporte de las infecciones intrahospitalarias.</li> <li>• Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes dentro de la organización.</li> </ul> <p>2.3. El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.</p> <p>2.4. El plan está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.</p> <p>2.5. Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.</p> <p>2.6. El personal de la organización recibe entrenamiento en la prevención y control de infecciones.</p> <p>2.7. Existen sistemas de ventilación para prevenir la diseminación de contaminantes, si aplica.</p> <p>2.8. Existen procesos para el manejo de desechos (físicos, químicos, biomédicos, etc).</p>
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los numerales 2.2. y 2.7. no aplican para CANSECOOP IPS, ya que el manejo de los pacientes es ambulatorio.</li> <li>• Se le solicita a los laboratorios con los que se tiene convenios la garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o nutrición parenteral, ya que este proceso no es manejado directamente por CANSECOOP.</li> <li>• En CANSECOOP se maneja un “Comité de infecciones y vigilancia epidemiológica” reuniéndose semestralmente para actualizaciones y mejoras. Se encuentra soportado con un acta de constitución.</li> <li>• En el PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS se encuentra el proceso y control de los desechos.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pacientes manejados en CANSECOOP son pacientes ambulatorios, sin embargo si existe un nivel de riesgo para pacientes que reciben radioterapia y otros procedimientos los cuales requieren de la implementación de técnicas de aislamiento. Por lo tanto se debe elaborar un manual con las correspondientes técnicas de aislamiento para manejo de pacientes ambulatorios.</li> <li>• La prevención y control de infecciones se debe incluir en el plan de direccionamiento estratégico.</li> </ul>

ESTÁNDAR 3.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<p><b>3. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos.</li> <li>• Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia.</li> <li>• Provisión de energía de emergencia e insumos básicos de todo tipo utilizados durante la atención.</li> <li>• Programaciones de limpieza</li> </ul>							

<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el PLAN DE EMERGENCIAS se cuenta con el “análisis de vulnerabilidad” en el que incluye el buen manejo de los espacios, equipos e insumos. También evalúa las amenazas de acuerdo al riesgo (leve, moderado, alto) y amenazas externas (eje. Atentado terrorista).</li> <li>• El cronograma de limpieza es manejado por las actividades a realizar dentro de CANSERCOOP, y se encuentra publicado para no tener confusiones.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El estándar es bien manejado por CANSERCOOP, pero falta más difusión hacia los clientes externos en momentos de emergencia.</li> </ul>

ESTÁNDAR 4.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
						X	
<p><b>4. La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente.</li> <li>• No reutilización de materiales.</li> <li>• Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación.</li> <li>• Impacto ambiental.</li> <li>• Reciclaje y comercialización de materiales.</li> <li>• El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS nombra cada uno de los ítems del estándar ya que son prioritarios para el funcionamiento de la entidad, de lo contrario se podría incurrir en una sanción por parte de la secretaria de salud.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CANSERCOOP cumple con el estándar, pero hace falta describir el proceso</li> </ul>							

ESTÁNDAR 5.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
					X		
<p><b>5. Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).</b></p> <p>5.1 Existe un plan organizacional que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado.</li> <li>• Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables.</li> <li>• Conexión a la red de urgencias.</li> <li>• Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres.</li> </ul> <p>5.2. Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y</p>							

<p>describen cómo la unidad se integra al plan organizacional.</p> <p>5.3. Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres. Estos ejercicios permitirán:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la organización.</li> <li>• Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos.</li> <li>• Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos.</li> <li>• Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo.</li> </ul> <p>5.4. La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de un centro dentro de la organización para facilitar y coordinar las actividades de respuesta.</li> <li>• Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos.</li> <li>• La identificación del personal que está a cargo de los servicios.</li> <li>• Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares.</li> <li>• Proveer un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la organización.</li> <li>• Recolectar y difundir la información necesaria.</li> <li>• Relaciones con las agencias de emergencias y desastres.</li> </ul> <p>5.5. La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.</p>
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El PLAN BASICO PARA EL CONTROL DE EMERGENCIAS se realizo para un periodo de 2 años correspondientes a 2009 – 2011, el cual incluye plan de emergencias internas y externas, la conexión con la red de urgencias, localizaciones en un momento de emergencia, personas líderes para emergencias.</li> <li>• Las brigadas de emergencias realizan simulacros y capacitaciones de concientización con los clientes internos.</li> <li>• Se maneja un cronograma de actividades controlado por el comité de emergencias.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar reuniones trimestrales para evaluar, analizar y proponer mejoras que integren a los usuarios y los trabajadores.</li> <li>• Se debe difundir información a los usuarios de cómo actuar en momentos de emergencia dentro de las instalaciones.</li> </ul>

ESTÁNDAR 6.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
					X		
<p><b>6. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño de un área para la recepción del personal.</li> <li>• Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso.</li> <li>• Aplicación de un sistema de <i>triage</i>.</li> <li>• Señalización del área acomodada para atender al grupo de pacientes.</li> <li>• Activación de protocolos de salida a los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos.</li> </ul>							

<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los líderes del proyecto manejan un punto de encuentro para guiar a las personas en caso de emergencia</li> <li>• Se manejan agendas diarias por cada una de las especialidades, esto facilita el control de pacientes diarios que ingresan a las instalaciones.</li> <li>• Definiendo el término triage como el método de la medicina de emergencias y desastres para la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y los recursos disponibles.<sup>8</sup> Se puede soportar que el PLAN BASICO PARA EL CONTROL DE EMERGENCIAS cuenta con una selección de líderes que recibe capacitación de primeros auxilios en emergencias.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se debe elaborar un proceso para mostrar el manejo de la brigada de emergencias detectando fallas para mejorar.</li> </ul>

ESTÁNDAR 7.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
						X	
<p><b>7. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.</b></p> <p>7.1. El proceso está asesorado por guías del departamento de bomberos.</p> <p>7.2. El proceso está acorde con los códigos aprobados e incluyen entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad</li> <li>• Prevención de incendios.</li> <li>• Educación a los empleados de la organización sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación.</li> <li>• Emergencia</li> <li>• Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos.</li> <li>• Evacuación de los clientes en riesgo.</li> <li>• Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores.</li> <li>• Sistemas de evacuación.</li> <li>• Señalización de sistemas de evacuación.</li> <li>• Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios.</li> </ul> <p>7.3. La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de incendios.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p>							

<sup>8</sup> <http://es.wikipedia.org/wiki/Triage>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Los puntos mencionados en el estándar se encuentran en el PLAN BASICO PARA EL CONTROL DE EMERGENCIAS, que fue establecido para el periodo 2009 – 2011, en el comité de emergencias y en el cronograma plan.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se le ha elaborado un proceso para la difusión de control de emergencias en empleados.</li> <li>Hace falta la elaboración de procesos para especificar los integrantes y actividades del proceso.</li> </ul>

ESTÁNDAR 8.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
							X
<p><b>8. Existen procesos para evacuación y reubicación de clientes. El proceso incluye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de clientes que deben ser reubicados.</li> <li>Comunicación de esta situación a las familias.</li> <li>Sistema de transporte de los clientes.</li> <li>Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se manejan usuarios ambulatorios</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se manejan usuarios ambulatorios</li> </ul>							

ESTÁNDAR 9.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
							X
<p><b>9. La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria. El proceso incluye:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución.</li> <li>Un sistema de comunicación dentro de la organización para la identificación del cliente.</li> <li>Designar a un responsable de la búsqueda.</li> <li>Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización.</li> <li>Contacto con la policía y la familia del cliente.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se manejan usuarios ambulatorios</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se manejan usuarios ambulatorios</li> </ul>							

ESTÁNDAR 10.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>10. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano</b></p> <p>10.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>10.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores en general.</p> <p>10.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>10.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se elaboro un análisis del área de gerencia del ambiente físico en donde se establecieron varias mejoras para lograr un mejor funcionamiento en la divulgación, fomentación y participación de los proyectos y actividades en un futuro.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los estándares deben manejarse por medio de un formato específico de CANSERCOOP que muestre el desarrollo de los procesos.</li> <li>Se deben establecer indicadores de seguimiento para cada uno de los estándares que muestre la elaboración periódica de cada una de las actividades.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 12.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</b></p> <p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> <li>Alto riesgo.</li> <li>Alto volumen.</li> <li>Alto costo.</li> </ul> </li> </ul> <p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: Seguridad, continuidad, coordinación, competencia, aceptabilidad, efectividad, pertinencia, eficiencia, accesibilidad, oportunidad.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p>							

<ul style="list-style-type: none"> <li>Los procesos para el mejoramiento de calidad en gerencia del ambiente físico están diseñados para cumplir con el objetivo de cada estándar y si el estándar requiere algunos o todos de los aspectos de calidad éstos se incluirán.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se deben clasificar los estándares de acuerdo al riesgo, volumen y costo. Logrando un cronograma para priorizar los estándares en su proceso de diseño e implementación de actividades.</li> </ul>

ESTÁNDAR 13.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se elaboro el análisis del área de gerencia del ambiente físico y se establecieron planes de mejoramiento.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hay que elaborar un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos por medio de cronograma.</li> </ul>							

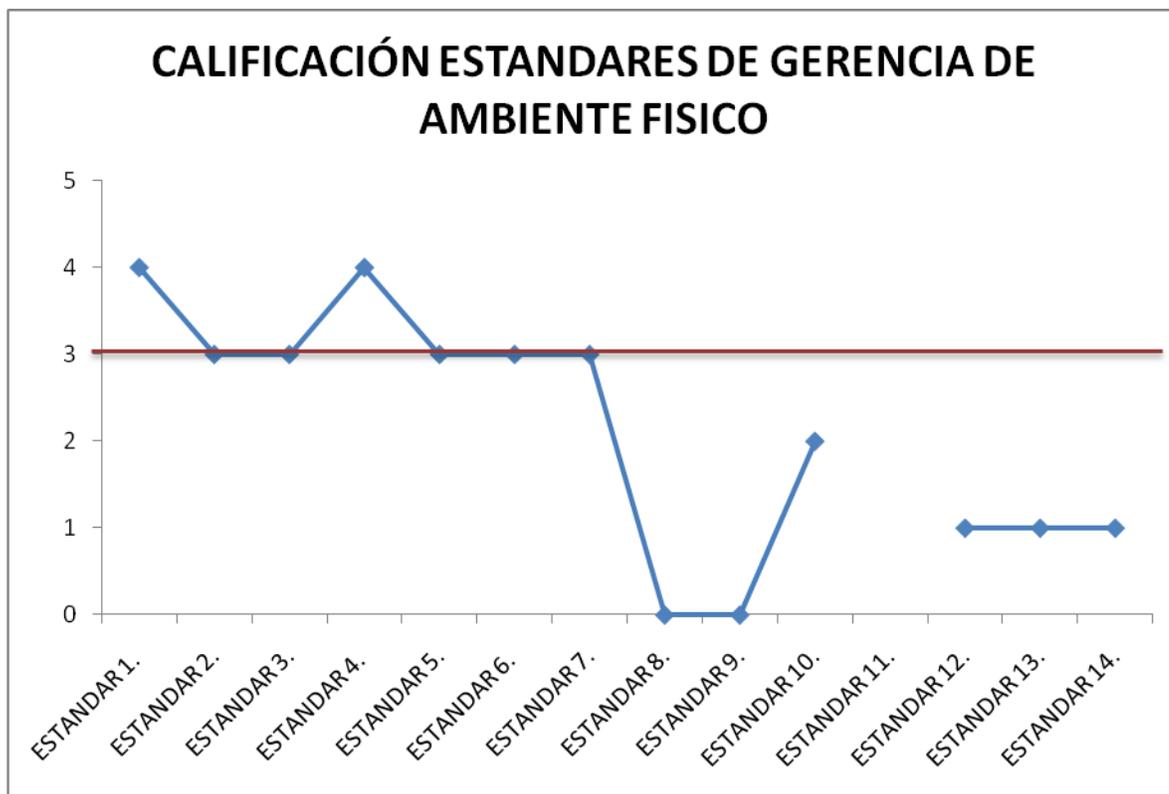
ESTÁNDAR 14.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</b></p> <p>14.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <p>14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li></li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se han elaborado las actividades del mejoramiento de calidad.</li> </ul>							

## CONSOLIDACIÓN ESTANDARES DE AMBIENTE FISICO

ESTANDARES	Calificación de la organización					
	1	2	3	4	5	NA
ESTANDAR 1.				4		
ESTANDAR 2.			3			
ESTANDAR 3.			3			
ESTANDAR 4.				4		
ESTANDAR 5.			3			
ESTANDAR 6.			3			
ESTANDAR 7.			3			
ESTANDAR 8.						NA
ESTANDAR 9.						NA
ESTANDAR 10.		2				
ESTANDAR 11.	El estándar no se encuentra en la norma					
ESTANDAR 12.	1					
ESTANDAR 13.	1					
ESTANDAR 14.	1					

<b>SUMATORIA DE CALIFICACIÓN</b>	<b>28</b>
----------------------------------	-----------

Cuadro 5. Calificación esandares de Ambiente Físico.



Grafica 5. Calificación esandares de Ambiente Físico.

### CALIFICACIÓN PROCESO DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

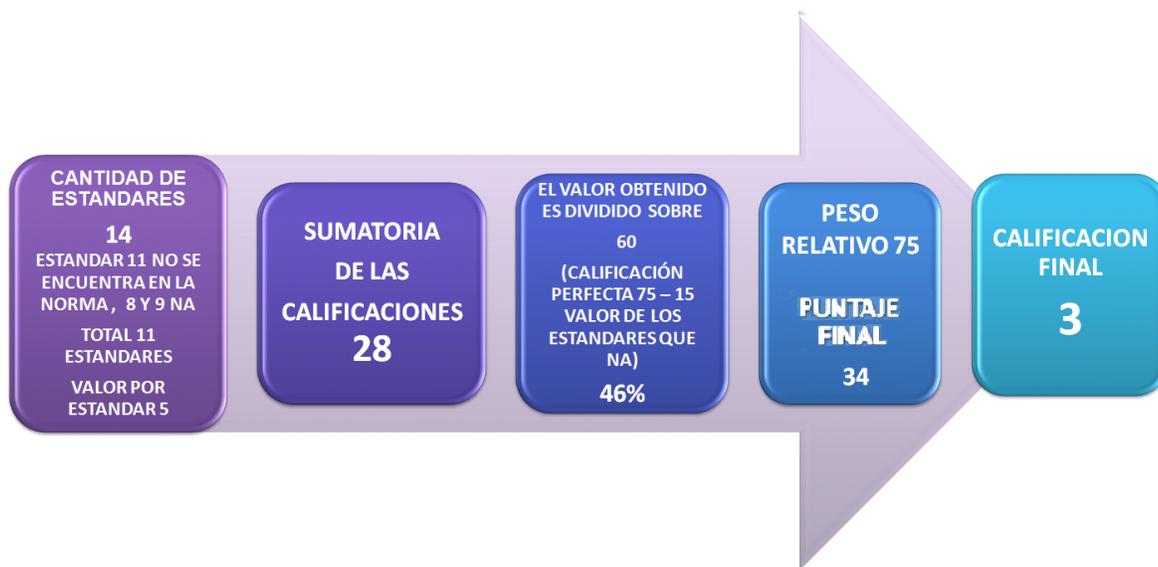


Figura 7. Calificación proceso de Ambiente Físico.

### 6.3.6 ESTANDARES DE GERENCIA DE INFORMACIÓN

ESTÁNDAR 1.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
					X		
<p><b>1. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente.</b></p> <p>1.1. Las necesidades que están identificadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los procesos de atención a los clientes.</li> <li>• Planeación de la organización.</li> <li>• Asignación de recursos.</li> <li>• Productividad.</li> <li>• Educación del personal.</li> <li>• Investigación.</li> <li>• Necesidades del cliente y la comunidad.</li> <li>• Direccionamiento organizacional</li> <li>• Mejoramiento de la calidad</li> <li>• Coordinación de servicios frente a la atención del cliente.</li> </ul> <p>1.2. Existe un plan de gerencia de la información. El plan incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La identificación de las necesidades de información.</li> <li>• Captura de los datos.</li> <li>• Análisis de la información.</li> <li>• Transmisión de la información.</li> <li>• Estandarización de la información</li> <li>• Uso de la tecnología</li> <li>• Un proceso de implementación basada en prioridades.</li> <li>• Almacenamiento, conservación y depuración de la información.</li> <li>• Seguridad y confidencialidad de la información.</li> <li>• Sistema de evaluación del plan.</li> <li>• Sistema de mejoramiento</li> </ul> <p>1.3. Se cuenta con un plan que garantice el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La organización cuenta con un área especializada en el usuario, la cual realiza un proceso llamado "SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO" donde se manejan encuestas de satisfacción, quejas, sugerencias, felicitaciones y reclamos de los usuarios, cada una con su respectivo proceso para mejorar.</li> <li>• La asignación de recursos es manejada por medio de un procedimiento para la compra, recepción y asignación de un activo fijo, requiriendo formatos como: requisición, acta de elementos de trabajo, causación y comprobante de egreso.</li> <li>• La productividad es manejada por medio de encuestas como 360°, clima organizacional y encuesta social. Pero no se ha logrado un análisis integral mostrado en porcentaje.</li> <li>• El personal de CANSERCOOP recibe capacitaciones de acuerdo al área de trabajo, el 70% son profesionales o se encuentran actualmente en estudios universitarios y se maneja COPASO que es la base para continuar con programas de capacitación continua.</li> <li>• Se encuentra en proceso un programa de "Asociación de Usuarios" donde los usuarios podrán participar en toma de decisiones que los afecta directamente por medio de un vocero.</li> </ul>							

<ul style="list-style-type: none"> <li>• El procedimiento para la administración del sistema de información, especifica todos los puntos en que CANSERCOOP maneja la información, como: historia médica, inventarios farmacéuticos, manejo administrativo y gerencial, entre otras, dentro del procedimiento se encuentran también las capacitaciones para el manejo del sistema y la información que se puede obtener.</li> <li>• La elaboración de actas en las que se especifica el control de calidad que se le realiza al sistema periódicamente.</li> <li>• Se manejan comunicados para informales a los usuarios del sistema los cuidados que hay que tener, las actualizaciones y seguridad.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El proceso de planeación para la organización debe desarrollarse con los líderes, en reuniones donde las opiniones de los ellos se focalicen hacia el desarrollo del Direccionamiento Estratégico.</li> <li>• Se debe elaborar un procedimiento que incluya asignación para recursos humanos, financieros y fijos.</li> <li>• En la actualidad la investigación no se destaca en CANSERCOOP, se propone adicionar objetivos en el “Direccionamiento Estratégico” que se enfoquen a mas incentivos para la investigación y desarrollo de programas.</li> </ul>

ESTÁNDAR 2.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
						X	
<p><b>2. Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)</b></p> <p>2.1. Los procesos contemplan la recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección la toma oportuna y efectiva de decisiones.</p> <p>2.2. Existe un proceso periódico para priorizar y recoger las necesidades, opiniones y niveles de satisfacción de los clientes del sistema.</p> <p>2.3. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta.</p> <p>2.4. La información soporta la gestión de los procesos relacionados con el cliente y los generales de la organización.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se maneja un documento que esquematiza la administración del sistema de información por medio del sistema CNT que maneja contabilidad, dirección ejecutiva, profesionales de la salud, coordinación medica, coordinación administrativa.</li> <li>• Se maneja un formato para el procedimiento de las no conformidades que se tienen del sistema, se lleva un registro de quejas, felicitaciones y dudas verbales además se cuenta con comunicado interno para las opiniones escritas.</li> <li>• Se realizan reuniones mensuales para solucionar dudas del sistema CNT manejado en CANSERCOOP, logrando dar solución a las dudas y quejas de los trabajadores</li> <li>• Toda la información manejada por el sistema CNT es en función del usuario como historias clínica, codificación de exámenes, inventario de farmacia, etc.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se da respuesta a las quejas dudas y sugerencias pero no se cuenta con un análisis completo</li> </ul>							

del sistema de información.							
<b>ESTÁNDAR 3.</b>	<b>Calificación de la organización</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>NA</b>
					X		
<p><b>3. La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.</b></p> <p>3.1. La organización garantiza el diseño y seguimiento de protocolos por cumplir en caso de variaciones observadas.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>El procedimiento para la revisión y mantenimiento de activos fijos es de control periódico, de esta forma se garantiza el buen funcionamiento.</li> <li>El sistema CNT tiene control mensual “visita de soporte y revisión de casos”</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se realiza una investigación exhaustiva, pero si se tiene control de las prioridades de información y mantenimiento para el buen funcionamiento de la organización.</li> </ul>							

<b>ESTÁNDAR 4.</b>	<b>Calificación de la organización</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>NA</b>
					X		
<p><b>4. Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.</b></p> <p>4.1. La seguridad debe prevenir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso no autorizado.</li> <li>Pérdida de información.</li> <li>Manipulación.</li> <li>Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos de los legalmente contemplados dentro de la organización.</li> <li>Deterioro físico de los archivos.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se difunde la información de cómo manejar la seguridad de los documentos, las políticas de uso del internet.</li> <li>El sistema CNT es manejado con clave y el acceso es solo para el personal que trabaja con el sistema.</li> <li>Se controla el manejo de la información por medio del formato del sistema de calidad CNT que se realiza mensualmente.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No se cuenta con un cuadro de procesos para mostrar la participación de cada uno de los usuarios del sistema CNT.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 5.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<b>5. Existe un proceso para transmitir los datos y la información.</b> 5.1. La transmisión debe garantizar la <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oportunidad.</li> <li>• Facilidad de acceso.</li> <li>• Confiabilidad y validez de la información.</li> <li>• Confidencialidad y seguridad.</li> </ul>							
<b>Fortalezas claves.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CANSERCOOP maneja el procedimiento para la entrada de elementos al sistema de información, donde especifica el responsable de cada proceso en el sistema CNT, la tarea y el soporte.</li> </ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el procedimiento para la entrada de elementos al sistema de información no hay especificación de labores, es decir, se encuentra muy generalizado y no se logran identificar la totalidad de los actores en cada tarea.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 6.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
				X			
<b>6. Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.</b>							
<b>Fortalezas claves.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CANSERCOOP maneja la difusión de datos por medio electrónico, comunicados internos o el sistema CNT.</li> </ul>							
<b>Oportunidades de mejoramiento.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se cuenta con el proceso específico que explique los actores y los pasos.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 7.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
						X	
<b>7. Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.</b> 7.1. Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad. 7.2. La información consolidada está disponible para la comparación frente a mejores prácticas.							

<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CANSERCOOP por medio del sistema CNT maneja la elaboración de historias clínicas que son el soporte del médico tratante en el momento en se necesite. De la misma forma los soportes de pago, exámenes y medicamentos solicitados se manejan por el sistema.</li> <li>• Las juntas médicas son basadas y anotadas en la historia clínica.</li> <li>• El usuario tiene derecho a tener su historial clínico cuando lo desee.</li> </ul>
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todo el proceso de consolidación es manejado por medio de la historia clínica del paciente y se encuentra en la base de datos del sistema CNT.</li> </ul>

ESTÁNDAR 8.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
			X				
<p><b>8. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano</b></p> <p>8.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.</p> <p>8.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores en general.</p> <p>8.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.</p> <p>8.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se elaboro un análisis del área de gerencia de la información en donde se establecieron varias mejoras para lograr un mejor funcionamiento en la divulgación, fomentación y participación de los proyectos y actividades en un futuro.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los estándares deben manejarse por medio de un formato específico de CANSERCOOP que muestre el desarrollo de los procesos.</li> <li>• Se deben establecer indicadores de seguimiento para cada uno de los estándares que muestre la elaboración periódica de cada una de las actividades.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 9.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>9. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</b></p> <p>9.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto riesgo.</li> <li>• Alto volumen.</li> <li>• Alto costo.</li> </ul> </li> </ul> <p>9.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios: Seguridad, continuidad, coordinación, competencia, aceptabilidad, efectividad, pertinencia, eficiencia, accesibilidad, oportunidad.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los procesos para el mejoramiento de calidad en gerencia de la información están diseñados para cumplir con el objetivo de cada estándar y si el estándar requiere algunos o todos de los aspectos de calidad se incluirán.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se deben clasificar los estándares de acuerdo al riesgo, volumen y costo, logrando un cronograma para priorizar los estándares en su proceso de diseño e implementación de actividades.</li> </ul>							

ESTÁNDAR 10.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>10. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</li> </ul>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se elaboro el análisis del área de gerencia de la información y se establecieron planes de mejoramiento.</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay que elaborar un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos por medio de cronograma.</li> </ul>							

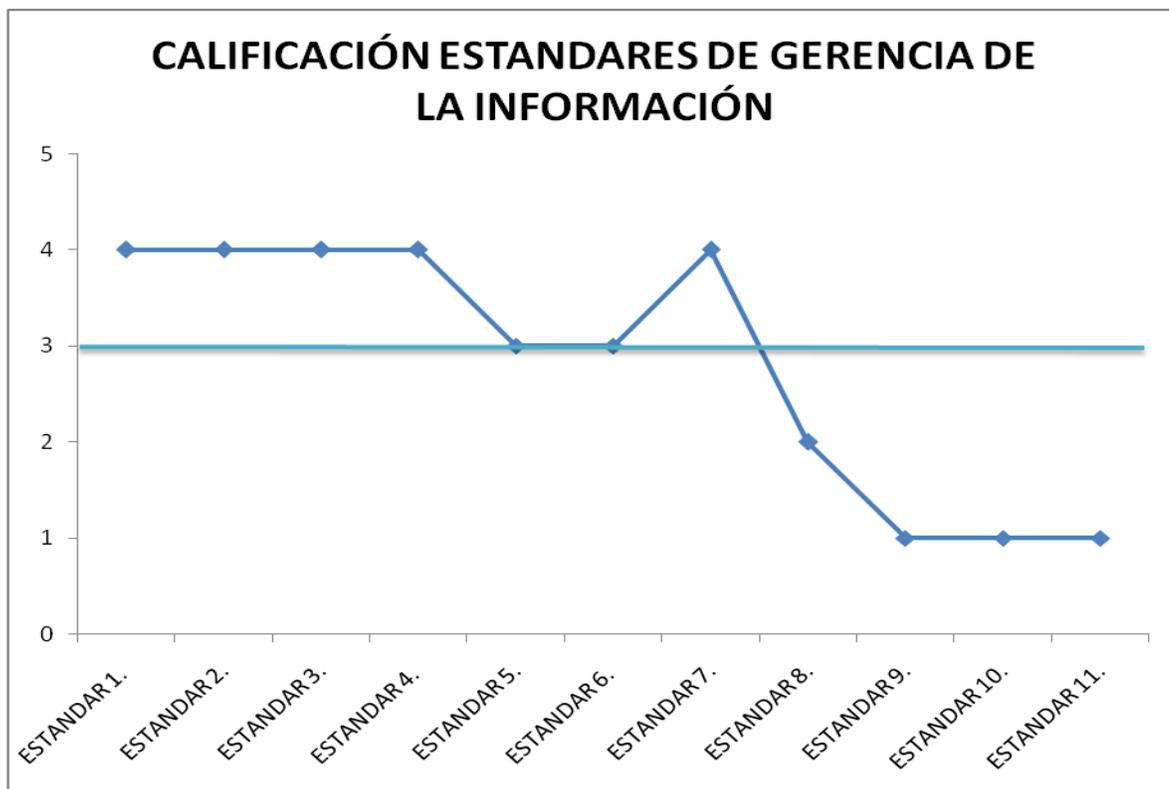
ESTÁNDAR 11.	Calificación de la organización	1	2	3	4	5	NA
		X					
<p><b>11. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</b>  11.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <p>11.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>							
<p><b>Fortalezas claves.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>							
<p><b>Oportunidades de mejoramiento.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No se han elaborado las actividades del mejoramiento de calidad.</li> </ul>							

## CONSOLIDACIÓN ESTANDARES DE INFORMACIÓN

ESTANDARES	Calificación de la organización					
	1	2	3	4	5	NA
ESTANDAR 1.				4		
ESTANDAR 2.				4		
ESTANDAR 3.				4		
ESTANDAR 4.				4		
ESTANDAR 5.			3			
ESTANDAR 6.			3			
ESTANDAR 7.				4		
ESTANDAR 8.		2				
ESTANDAR 9.	1					
ESTANDAR 10.	1					
ESTANDAR 11.	1					

<b>SUMATORIA DE CALIFICACIÓN</b>	<b>31</b>
----------------------------------	-----------

Cuadro 6. Calificación estándares de Gerencia de la Información.



Grafica 6. Calificación estándares de Gerencia de la Finformación.

### CALIFICACIÓN PROCESO DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN



Figura 8. Calificación proceso de Gerencia de la Finformación.

La recopilación de información y documentación de los estándares se realizó con la colaboración del equipo de trabajo de CANSERCOOP IPS, en la que participaron:

- John Quintero
- Martha Páez
- Bertha Hernández
- Elvira Arias
- Yudilma Palomino

Con ellos me reunía 2 horas a la semana y coordinaba actividades.

Para la verificación del trabajo se anexa carta de la entidad (Anexo 4.)

## 6.4 CALIFICACIÓN DE CANERCOOP IPS.

CALIFICACIÓN DE PROCESOS	SUMATORIA DE LAS CALIFICACIONES
ATENCIÓN AL CLIENTE – ASISTENCIAL	52
DIRECCIONAMIENTO	30
GERENCIA	24
RECURSOS HUMANOS	34
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	31
GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	28
<b>CALIFICACION DE LA INSTITUCIÓN</b>	<b>199</b>

Cuadro 1. Calificación de CANERCOOP IPS.

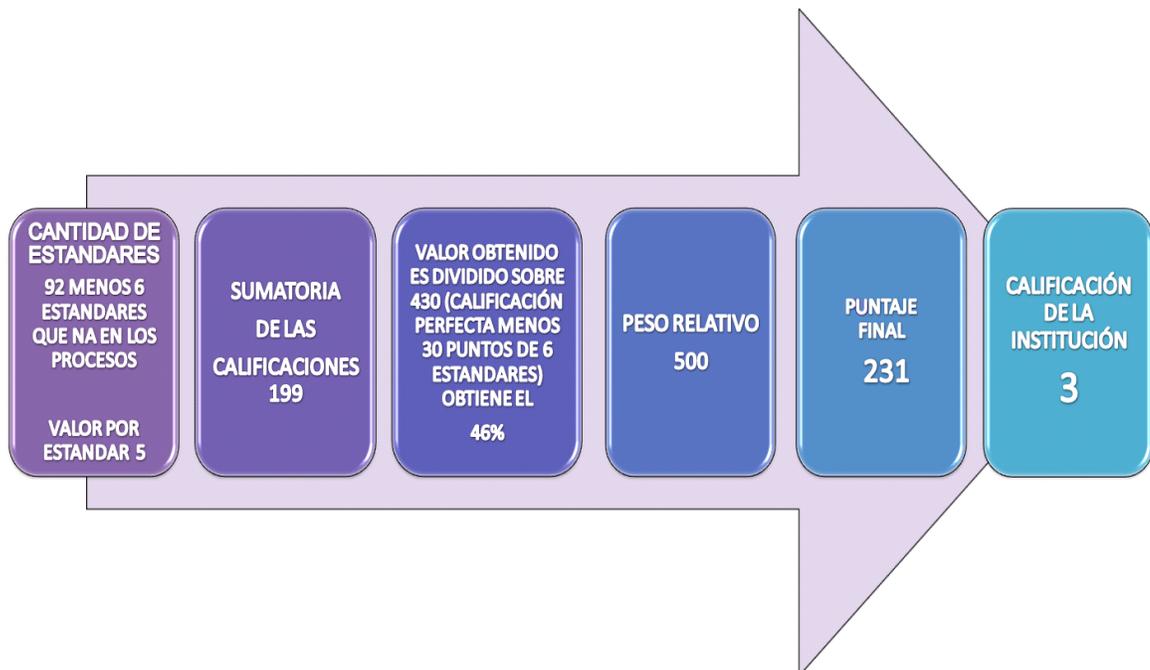


Figura 9. Calificación de CANERCOOP IPS.

CANSERCOOP IPS se encuentra en la calidad esperada con un puntaje de 231 que logra una calificación institucional de 3, por lo cual es necesario realizar un plan de mejoramiento, que la empresa puede implementar en un periodo viable, para ser evaluado en 6 meses nuevamente.

## **6.5 PLAN DE MEJORAMIENTO PARA CANSERCOOP IPS**

### **6.5.1 METODOLOGIA PARA LOS PROCESOS DE CANSERCOOP IPS – METODOLOGIA PHVA**

La metodología que se utilizara será el **ciclo PHVA**

El ciclo de mejora continua “Planificar – Hacer – Verificar – Actuar” fue desarrollado inicialmente en la década de 1920 por Walter Shewhart, y fue popularizado por W, Edwards Deming. Por esta razón es frecuentemente conocido como el “Ciclo de Deming”.

El concepto de PHVA es algo que está presente en todas las áreas de nuestra vida profesional y personal, y se utiliza continuamente, tanto formalmente como de manera informal, consciente o subconscientemente, en todo lo que hacemos. Cada actividad, no importa lo simple o compleja que sea, se enmarca en este ciclo interminable.

Dentro del contexto de un Sistema de Gestión de la Calidad, el PHVA es un ciclo dinámico que puede desarrollarse dentro de cada **proceso** de la organización y en el **sistema de procesos** como un todo. Está íntimamente asociado con:

1. P, es planear: Es establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.
2. H, es hacer: Implementación de los procesos.
3. V, es verificar: Realizar el seguimiento y medir los procesos y los productos contra las políticas, los objetivos y los requisitos del producto e informar sobre los resultados.
4. A, es actuar: Tomar acciones para mejorar continuamente el desarrollo de los procesos.

Aplicando el PHVA en la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad en el sector de servicios (CANSERCOOP), tenemos:

- Que en la Planeación se hace la definición de la red de procesos, la política de calidad y los objetivos, el Representante de Gerencia, y el aseguramiento de los procesos.
- En el Hacer se hace la implementación de lo definido en la planeación, es decir, toda la Organización se alinea de acuerdo a las definiciones, se conforman equipos de trabajo para que documenten los procesos con el enfoque de PHVA y con una metodología definida.
- En el Verificar, se aplica el subproceso de Revisiones de Gerencia y Auditorías internas de Calidad.
- En el Actuar, se aplica el subproceso de Acciones correctivas, preventivas y planes de mejoramiento como consecuencia de unos informes de auditorías, adicionalmente se aplica la metodología para análisis y solución de problemas a aquellos subprocesos que necesitan un mejoramiento continuo para luego incorporarlos en los subprocesos y convertirlos nuevamente como parte del día a día.

Todo esto debe hacerse apoyado de un plan de cultura organizacional que involucre a todo el personal que garantizará una buena administración del cambio.

Aplicación de las fases para mejora de procesos



El ciclo se lleva a cabo de la siguiente forma:

- a) Se establece un mapa de procesos.
- b) Se ejecutan los procesos establecidos.
- c) Se hace un diagnóstico del estado y calidad de la ejecución de procesos, con base en los informes de gestión, los resultados de la auditoría interna y el seguimiento a indicadores de calidad y eficiencia técnica.
- d) A partir de los datos recolectados, se comparan los resultados alcanzados con la meta planteada.
- e) Se identifican aspectos "problema" de la gestión, reconocidos por desempeños y resultados no satisfactorios.
- f) Se hace una programación regular de actividades de control preventivo.
- g) Se establecen planes de mejoramiento.
- h) Se ejecutan los planes de mejoramiento.
- i) Se hace seguimiento a los planes de mejoramiento, hallazgos o situaciones inesperadas detectadas a través del Comité de Garantía de Calidad.
- j) Se toman acciones respecto a los hallazgos.

## 6.5.2 PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS PROCESOS.

<b>ANALISIS Y RECOMENDACIONES</b>	
<b>PROCESO</b>	<b>ASPECTOS A MEJORAR</b>
<b>Atención al cliente – Asistencial</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formalizar la carta de los derechos y deberes que debe incluir la confidencialidad de los pacientes y realizar el plan de difusión al cliente interno y externo.</li> <li>2. Elaborar el proceso de atención al usuario para: Grupo Saludcoop, Salud Total, Famisanar, Cruz Blanca, Aliansalud, Cafesalud y Colombiana de salud.</li> <li>3. Información de tarifas fijas y variables en una cartelera para los usuarios y volantes si es necesario.</li> <li>4. Campaña trimestral de difusión sobre servicios, beneficios e información de la organización por medio de folletos.</li> <li>5. Creación de carpetas de consentimiento informado que confirme la aprobación o negación del paciente hacia los tratamientos o procedimientos realizados en las instalaciones de CANSERCOOP, firmado por el paciente.</li> <li>6. Consolidación de un plan de aislamiento en tratamientos o procesos que lo requieran, que incluya recomendaciones para control fuera de la institución.</li> <li>7. Manejar una carpeta de información sobre los convenios y sus respectivos procedimientos manejada en el punto de información a los pacientes.</li> <li>8. Recolección de guías internacionales de tratamientos, para consulta de médicos si es necesario.</li> <li>9. Análisis de adherencias a guías internacionales.</li> <li>10. Análisis en la calidad de historias clínicas semestralmente.</li> <li>11. Elaboración de los diagramas para cada estándar teniendo en cuenta el formato único de calidad aprobado por CANSERCOOP.</li> <li>12. Manejo de cronograma para actividades durante un periodo específico para el cumplimiento de los estándares.</li> <li>13. Difusión por medio de folletos y carteleras para el apoyo de clientes internos y externos en el proceso de calidad.</li> </ol>
<b>Direccionamiento</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estructurar los temas, priorizarlos y tener un adecuado control de tiempo en las reuniones realizadas mensualmente, soportado por actas</li> <li>2. Realizar el análisis de encuestas de los clientes internos y externos y posteriormente analizarlo en conjunto.</li> <li>3. Elaborar un cronograma donde cada área exponga los planes ejecutados, su financiación, la utilización de recursos y pronósticos de estándares.</li> <li>4. Reuniones con la participación de los líderes de cada área para desarrollar el direccionamiento estratégico sin</li> </ol>

	<p>omitir aspectos importantes.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Realizar encuesta “satisfacción del usuario” semestralmente.</li> <li>6. Elaboración de los diagramas para cada estándar teniendo en cuenta el formato único de calidad aprobado por CANSERCOOP.</li> <li>7. Manejo de cronograma para actividades durante un periodo específico para el cumplimiento de los estándares.</li> <li>8. Difusión por medio de folletos y carteleras para el apoyo de clientes internos y externos en el proceso de calidad.</li> </ol>
<b>Gerencia</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar una reunión anual para elaborar un análisis de los procesos, la interacción entre ellos y el compromiso futuro.</li> <li>2. Para situaciones de abuso dentro de la organización se debe crear una cartilla para la concientización de los actos realizados por la persona con conducta de abuso.</li> <li>3. Manejar las políticas institucionales como un proceso independiente de manejo y difusión, pero mencionado en el direccionamiento estratégico.</li> <li>4. Elaboración de los diagramas para cada estándar teniendo en cuenta el formato único de calidad aprobado por CANSERCOOP.</li> <li>5. Manejo de cronograma para actividades durante un periodo específico para el cumplimiento de los estándares.</li> <li>6. Difusión por medio de folletos y carteleras para el apoyo de clientes internos y externos en el proceso de calidad.</li> </ol>
<b>Recursos Humanos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incluir en las políticas del manual de selección de personal la retención, promoción y seguimiento de los trabajadores que ingresan a CANSERCOOP IPS. También las compensaciones, estímulos e incentivos.</li> <li>2. Elaboración de proyecto para promover el bienestar laboral que consiste en 3 puntos clave: 1) Ayudar a los empleados a identificar riesgos potenciales de salud; 2) Educar a los empleados en riesgos de salud; 3) Fomentar el buen estilo de vida.</li> <li>3. Planeación estratégica de Recursos Humanos</li> <li>4. Incluir el tema de reubicación y promoción del personal por evento en el Manual de Funciones por cada Puesto de Trabajo.</li> <li>5. Elaborar el Código de Ética organizacional.</li> <li>6. Elaborar un cronograma de desarrollo para actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones.</li> <li>7. Crear la carpeta de consentimiento informado de los trabajadores.</li> <li>8. Elaboración periódica de las encuestas con análisis.</li> <li>9. Elaboración de los diagramas para cada estándar teniendo en cuenta el formato único de calidad aprobado por CANSERCOOP.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Manejo de cronograma para actividades durante un periodo especifico para el cumplimiento de los estándares.</li> <li>11. Difusión por medio de folletos y carteleras para el apoyo de clientes internos y externos en el proceso de calidad.</li> </ol>
<b>Ambiente Físico</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisión de los proyectos (DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS, PLAN DE EMERGENCIA y demás proyectos realizados por la gerencia del ambiente físico) cada doce meses.</li> <li>2. Control del comité de emergencias.</li> <li>3. Manejo de folletos semestralmente para la difusión del plan de emergencia.</li> <li>4. Realizar reuniones trimestrales para evaluar, analizar y proponer mejoras que integren a los usuarios y los trabajadores.</li> <li>5. Control de la brigada de emergencia.</li> <li>6. Elaboración de los diagramas para cada estándar teniendo en cuenta el formato único de calidad aprobado por CANSERCOOP.</li> <li>7. Manejo de cronograma para actividades durante un periodo especifico para el cumplimiento de los estándares.</li> <li>8. Difusión por medio de folletos y carteleras para el apoyo de clientes internos y externos en el proceso de calidad.</li> </ol>
<b>Información</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tabla de condiciones para la asignación de recursos humanos, financieros y fijos en procesos que se requieran.</li> <li>2. Análisis de quejas, sugerencias y reclamos de la gerencia de sistemas de información.</li> <li>3. Control y mantenimiento del sistema CNT y demás recursos utilizados por los trabajadores.</li> <li>4. Elaboración de los diagramas para cada estándar teniendo en cuenta el formato único de calidad aprobado por CANSERCOOP.</li> <li>5. Manejo de cronograma para actividades durante un periodo especifico para el cumplimiento de los estándares.</li> <li>6. Difusión por medio de folletos y carteleras para el apoyo de clientes internos y externos en el proceso de calidad.</li> </ol>

## 7. CONCLUSIONES

1. Por medio de este trabajo se logro identificar el nivel de CANSERCOOP IPS en el entorno competitivo, identificando que tan comprometido se encuentra para el fortalecimiento de sus funciones en pro de la calidad.
2. CANSERCOOP IPS logro un análisis en el que muestra el conocimiento de los procesos que se deben manejar para lograr una acreditación.
3. Se detectaron las fortalezas que tiene CANSERCOOP IPS para llegar a la acreditación, teniendo en cuenta la calificación manejada establecida en el Anexo técnico resolución 1474 de 2002.
4. Los 6 procesos manejados por CANSERCOOP fueron evaluados de acuerdo a sus estándares y se encuentran un una calificación media que muestra un trabajo inconcluso en el falta mejorar.
5. La calificación Institucional corresponde a 3; Calidad esperada, esto muestra que la entidad tiene compromiso con el buen funcionamiento de los procesos y la atención al cliente final. Y puede acreditarse pero bajo condiciones de mejoramiento, de acuerdo a esto es necesario el mejoramiento de los estándares por cada proceso.
6. Las oportunidades de mejoramiento se plantearon de forma que la Institución pueda lograr una Acreditación de Calificación superior, obteniendo así el reconocimiento nacional.
7. Se recopilaron los aspectos a mejorar, priorizando la elaboración de trabajos y actividades que incluyen varios estándares en uno.
8. CANSERCOOP debe elaborar las mejoras en un periodo aproximado de 6 meses, realizar un nuevo análisis de documentación, mostrar el avance de su equipo de trabajo y acreditarse con una calificación de Calidad Superior.
9. Como conclusión personal, preparar de la documentación en el proceso para la acreditación de una IPS bajo el SUA fue una experiencia destacada, desarrolle un proceso en el que tenía una función de líder y un compromiso directo con la organización.

## 8. ANEXOS

### 1. IPS Acreditadas

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ACREDITADAS				
N°	Razón social	Código IPS	Municipio	Fecha de otorgamiento
1	Instituto del Corazón - Unidad de Negocios de la Fundación Cardiovascular de Colombia	68-00289	Bucaramanga	30-abr-08 (2° ciclo)
2	Hospital Pablo Tobón Uribe	50010210401	Medellín	5-sep-08 (2° ciclo), Acreditado con excelencia.
3	Hospital General de Medellín - "Luz Castro de Gutiérrez" ESE	05-0010214401	Medellín	25-feb-09 (2° ciclo)
4	E.S.E. Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahíta"	53600212102	Itagúí	30-Nov-05
5	Hospital Pablo VI Bosa ESE	11-001-0988100	Bogotá	14-Feb-06
6	C.P.O. S.A. Centro Policlínico del Olaya	10010917800	Bogotá	28-mayo-09 (2° ciclo)
7	Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.	76-001-01111-01	Cali	26-Abr-06
8	Comunidad de Hermanas Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen de Tour – Provincia de Medellín – Clínica el Rosario, sede Villahermosa	050010209201	Medellín	30-Nov-06
9	Clínica del Occidente S.A.	11-001-9666-00	Bogotá	18-Abr-07
10	Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	11-001-0561800	Bogotá	25-julio-07
11	Fundación Valle del Lili	76-001-02870-01 76-001-02870-02	Cali	25-julio-07
12	Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE	11-001 02654-00	Bogotá	30-ene-08
13	Clínica de Oftalmología de Cali S.A.	76-001-00294-01 76-001-00294-02 76-001-00294-03	Cali	05-sep-08
14	Hospital Nazareth ESE	11-0010944501 11-0010944502	Bogotá	28-mayo-09
15	Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle	76-001-03609-01	Cali	29-julio-2009
16	Laboratorio Clínico Continental Ltda.	0800100105-01 0800100105-02 0800100105-04 130010207501	Barranquilla	30-sep-2009

Fuente: [www.acreditacionensalud.org.co](http://www.acreditacionensalud.org.co), IPSs acreditadas (agosto 2009)

## 2. Equipo profesional de CANSERCOOP

### **Nuestro Equipo de Profesionales**

#### Oncología Quirúrgica

1. Dr. Buenaventura Morales – Ginecología.
2. Dr. Eduardo de Jesús torregrosa – Seno, melanoma y tejidos blandos.
3. Dra. Claudia Agamez – Medico familiarista – cuidado paliativo y dolor.
4. Dr. Nairo Javier Senejoa - Coloproctologo
5. Dr. Jairo Buitrago – Cabeza y Cuello.
6. Dr. Alvaro Sanabria – Cabeza y Cuello
7. Dr. Carlos Vargas -Urología
8. Dr. Luis Fernando Rueda Marulanda – Cirujano de Tórax.
9. Dr. Eduardo Fierro – Dermatología.
10. Dr. José Luis Buritica – Neurocirugía.
11. Dr. Juan Pablo Gnecco – Maxilofacial.
12. Dra. Liliana Ramos Soto – Oncóloga oral y protesista maxilofacial.
13. Dr. Santiago Escandon – Ortopedia.
14. Dr. Mario Abadía – Gastrointestinal.

#### Grupo calidad de vida y soporte emocional

1. Dra. Maria Ximena Mejia – Psicóloga
2. Dra. Maria Cecilia Uribe – Psicóloga

Fuente: [www.cansercoop.com](http://www.cansercoop.com)

### 3. Encuesta desarrollada por proceso o área

ESTÁNDARES DE GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS	CONOCE EL ESTANDAR		HAY DOCUMENTOS DEL ESTANDAR		CUALES?
	SI	NO	SI	NO	
<b>1. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.</b>	SI	NO	SI	NO	
1.1. Estos procesos incluyen:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Legislación relevante.</li> </ul>	x		x		La empresa cuenta con tres tipos de trabajadores: asociados, colaboradores y contratistas. Y cada uno esta soportado en un contrato.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo.</li> </ul>	x		x		Esta soportado con las activiadesa de Clima Org.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial.</li> </ul>	x		x		Frente a la evaluacion de scala salarial se cuenta con el " Analisis comparativo de los salarios de cansercoop frente a los resultados del estudio: realizado por HC human capital Seeliger y Conde & legis en el periodo 2006 - 2007. Se cuenta con un manual de funciones por puesto de trabajo. esta labor va en un desarrollo del 70%.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal.</li> </ul>	x		x		Se cuenta con el Manual para el estandar V1 del año 2006. En el año 2010 actualizo la version V2.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de desempeño.</li> </ul>	x		x	<p>Se cuenta con el formato C-12 P-23 F-15 " evaluación periodo de prueba". Y se tiene programada una evaluación general cada 6 meses. Para el 2010 se esta revisando la el cambio de formato por una evaluación de 360 grados.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación periódica de expectativas y necesidades que ayuden a dirigir el clima organizacional.</li> </ul>	x		x	<p>1. Para el 2010 se cuenta con el documento " Balance social " herramienta que permitira medir la gestion social de la empresa año tras año. 2. Se cuenta con el analisis del clima organizacional realizado en el año 2008 y con la encuesta de clima organizacional codificada bajo el No F-GE -1-2(16) V1 3. Se cuenta con el documento que mide la satisfaccion de los usuarios para el II semestre del año 2009 4. Se cuenta con una herramienta que mide las expectativas y necesidades del cliente interno y con los resultados de las características sociales y economicas del personal apoyados por la herramienta descrita - abril de 2010. Pendiente codificar encuesta. y elaborar</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Políticas de compensación.</li> </ul>	x		x	<p>Falta documentar el proceso</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Estímulos e incentivos.</li> </ul>	x		x	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Bienestar laboral.</li> </ul>	x		x	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Necesidades de comunicación organizacional.</li> </ul>	x		x	

1.2 Los procesos descritos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.	x		x		
1.3 Los procesos mencionados en el estándar debe incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención.		x			
<b>2. Existe un proceso para la planeación del recurso humano.</b>		x			Aclarar estandar
2.1 El proceso descrito considera los cambios que ocurren en su ambiente, tales como:					Pendiente cual seria el soporte?
• Cambios en la misión de la organización.	x				
• Cambios en el plan estratégico.	x				
• Cambios en la estructura organizacional.	x				
• Cambios en la planta física.	x				
• Cambios en la complejidad de los servicios.	x				
• Disponibilidad de recursos.	x				
• Legislación relevante.	x				
• Tecnología disponible.	x				
2.2. La asignación de personal a todo nivel de la organización apoya la prestación de los servicios y está diseñado de acuerdo con:					
• Requisitos y perfil del cargo.	x		x		Manual de funciones
• Identificación de los patrones de carga laboral del empleo.	x			x	No se cuenta con un estudio que permita evaluar los patrones de carga laboral. Se cuenta con una harramienta borrador con la que se han medido las cargas laborales de algunos puestos de trabajo.
• Reubicación y promoción del personal en el evento de que una situación así lo requiera.	x			x	Se encuentra en el manual de políticas de selección de personal.
2.3. La planeación del recurso humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y del diseño del proceso de atención.	x			x	

<p><b>3. Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.</b></p>					
<p>3.1. Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las calificaciones incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto y se relacionan con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia.</li> <li>• Licenciamiento o certificación, si aplica.</li> </ul> </li> </ul> <p>3.2. Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento y habilidades.</li> <li>• Relaciones interpersonales.</li> <li>• Habilidades de liderazgo y administrativas.</li> <li>• Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad.</li> </ul>	x		x		Se cuenta con el formato " manual de funciones", que contempla los item mencionados
	x		x		las competencias definidas en el manual son: Eduacion, experiencia, habilidades y formacion.
	x		x		
	x		x		
	x		x		
	x		x		
	x		x		
	x			x	Se incluirea en las compentencias, las correspondientes al mejoramiento de la calidad
<p><b>4. La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.</b></p>					
<p>4.1. La educación continuada y actividades de entrenamiento promueven la competencia del personal</p>	x		x		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se provee información acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades e incluyen:</li> </ul>	x		x		la informacion se envia de preferencia via correo electronico. Los soportes comunicados internos.

• Valores.	x		x		Protectores de Pantalla, publicacion pag Web.
• Misión y visión.	x			x	Falta desarrollar las estrategias para motivar e incentivar su conocimiento.
• Plan estratégico.	x			x	
• Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos.	x			x	
• Servicios disponibles.	x			x	
• Objetivos y metas de la organización	x			x	
• Estructura organizacional.	x			x	
• Expectativas del desempeño.	x			x	
• Legislación relevante.	x			x	
• Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones.	x				
• Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio.	x		x		PESEM 2010 - 2015
• Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización.	x		x		PESEM 2010 - 2016
4.2. La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.	x		x		PESEM 2010 - 2017
<b>5. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.</b>					
• El desempeño es revisado y documentado durante el período de prueba.	x		x		Formato evaluacion periodo de prueba
• El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa.	x			x	
• Se provee retroalimentación al personal evaluado.	x			x	
<b>6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:</b>					
• El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa.	x		x		
• Investigación científica.	X		X		No está actualizado

<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenamiento de estudiantes, si aplica.</li> <li>Conciliación de protocolos médicos.</li> <li>Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional.</li> <li>Evaluación periódica de las condiciones de trabajo.</li> <li>Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados.</li> <li>La atención al cliente y su familia.</li> </ul>					No aplica
	X		X		Existe el proceso y no se está llevando
		X		X	
	x		x		Inspecciones planeadas desde SO.....pendienet definir si como area debemso hacer un evalaucion independiente por que hoy no se hace
	x			x	
	x			x	Revisar con Bertha
<b>7. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.</b>	x				Falta documentar el proceso
<b>8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye:</b>	x		x		Archivo centralizado en al oficina de gerencia. No permanece con llave.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acceso a los registros.</li> <li>Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización.</li> </ul>	X		X		Acceso solo a personal autorizado
	x			x	
<b>9. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.</b>					
9.1. Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados.	x		x		documentado en el programa de SO
9.2. Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud.	x		x		Documentado con actas asistencia de capacitacion por parte de la ARP
<b>10. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.</b>	x			x	Falta documentar el proceso

<b>ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO</b>	<b>CONOCE EL ESTANDAR</b>		<b>HAY DOCUMENTOS DEL ESTANDAR</b>		<b>CUALES?</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>1. La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.</b>					
1.1. Lo anterior incluye:					
• La gerencia de los riesgos físicos.	X		X		<b>Plan de emergencias</b>
• Mantenimiento de la seguridad industrial.	X		X		<b>Bioseguridad y ergonomia</b>
• Preparación para emergencia y desastres.	X		X		<b>Plan de emergencias</b>
• La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades.	X		X		<b>PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.</b>
1.2. Los procesos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.	X		X		<b>Evaluar</b>
1.3. Está diseñado y difundido un plan que desarrolla el método o programa que se utilizará para ejecutar las acciones que garantizan la protección de los pacientes durante su proceso de atención y de los trabajadores.		X		X	<b>No está diseñado, proceso de seguridad del paciente</b>
<b>2 La organización cuenta con procesos diseñados y operacionalizados, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente. Los procesos son basados en guías o estándares, que incluyen:</b>					
2.1. Para los clientes:					
• Admisión y transporte de los pacientes con infección.					<b>No aplica por que no hay hospitalización</b>
• Implementación de técnicas de aislamiento.					<b>No aplica por que no hay hospitalización</b>
• Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o nutrición parenteral.					
2.2. Existe un proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas:					

<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición de cuándo se considera una infección intrahospitalaria.</li> <li>Definición de mecanismos de reportes y protocolos de investigación en casos de infección intrahospitalaria.</li> <li>Reporte de las infecciones intrahospitalarias.</li> <li>Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes dentro de la organización.</li> </ul>					
2.3. El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.					
2.4. El plan está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.	X		X		<b>Comité de infecciones y vigilancia epidemiológica, acta de constitución</b>
2.5. Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones .					
2.6. El personal de la organización recibe entrenamiento en la prevención y control de infecciones.					
2.7. Existen sistemas de ventilación para prevenir la diseminación de contaminantes, si aplica.	x				
2.8. Existen procesos para el manejo de desechos (físicos, químicos, biomédicos, etc).	x		x		PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS.
<b>3. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención.</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos.</li> <li>Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia.</li> <li>Provisión de energía de emergencia e insumos básicos de todo tipo utilizados durante la atención.</li> <li>Programaciones de limpieza.</li> </ul>	x		X		Plan basico para el control de emergencias (análisis de vulnerabilidad)
	x		X		
	x		X		
	x		X		Cronograma de Servicio Generales
<b>4. La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente.</li> <li>No reutilización de materiales.</li> </ul>	X		X		PLAN DE GESTION INTEGRAL DE RESIDUOS
	X		X		

<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación.</li> <li>Impacto ambiental.</li> <li>Reciclaje y comercialización de materiales.</li> <li>El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente.</li> </ul>	X		X		HOSPITALARIOS.
	X		X		
	X		X		
	X		X		
<b>5. Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).</b>	X		X		Plan de emergencias
5.1 Existe un plan organizacional que incluye:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado.</li> </ul>	X		X		Plan de emergencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables.</li> </ul>	X		X		Plan de emergencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>Conexión a la red de urgencias.</li> </ul>	X		X		Plan de emergencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres.</li> </ul>	X		X		Plan de emergencias, brigada de emergencia
5.2. Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y describen cómo la unidad se integra al plan organizacional.		X		X	Existe un plan general
5.3. Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres.	X		X		Cronograma del plan
Estos ejercicios permitirán:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la organización.</li> </ul>	X		X		Comité de emergencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos.</li> </ul>	X		X		Comité de emergencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos.</li> </ul>		X		X	No está actualizada
<ul style="list-style-type: none"> <li>Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo.</li> </ul>	X		X		Plan de emergencias
5.4. La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecimiento de un centro dentro de la organización para facilitar y coordinar las actividades de respuesta.</li> </ul>	X		X		Plan de emergencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos.</li> </ul>	X		X		Plan de emergencias

<ul style="list-style-type: none"> <li>• La identificación del personal que está a cargo de los servicios.</li> </ul>	X		X		Plan de emergencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares.</li> </ul>	X		X		Plan de emergencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proveer un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la organización.</li> </ul>	X		X		Plan de emergencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolectar y difundir la información necesaria.</li> </ul>	X		X		Plan de emergencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaciones con las agencias de emergencias y desastres.</li> </ul>	X		X		Plan de emergencias
5.5. La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.		X		X	
<b>6. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño de un área para la recepción del personal.</li> </ul>	X		X		Plan de emergencias
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso.</li> </ul>	X		X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de un sistema de <i>triage</i>.</li> </ul>	X		X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Señalización del área acomodada para atender al grupo de pacientes.</li> </ul>	X		X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activación de protocolos de salida a los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos.</li> </ul>	X		X		
<b>7. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.</b>					
7.1. El proceso está asesorado por guías del departamento de bomberos.	X		X		
7.2. El proceso está acorde con los códigos aprobados e incluyen entre otros:	X		X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguridad</li> </ul>	X		X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de incendios.</li> </ul>	X		X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación a los empleados de la organización sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación.</li> </ul>	X		X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emergencia</li> </ul>	X		X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos.</li> </ul>	X		X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evacuación de los clientes en riesgo.</li> </ul>	X		X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores.</li> </ul>	X		X		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistemas de evacuación.</li> </ul>	X		X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Señalización de sistemas de evacuación.</li> </ul>	X		X		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios.</li> </ul>	X		X		
7.3. La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de incendios.	X		X		
<b>8. Existen procesos para evacuación y reubicación de clientes. El proceso incluye:</b>	X		X		REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de clientes que deben ser reubicados.</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicación de esta situación a las familias.</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de transporte de los clientes.</li> </ul>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención.</li> </ul>					
<b>9. La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria. El proceso incluye:</b>					NO PROCESO ESPECIFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución.</li> </ul>	X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un sistema de comunicación dentro de la organización para la identificación del cliente.</li> </ul>	X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Designar a un responsable de la búsqueda.</li> </ul>	X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización.</li> </ul>	X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto con la policía y la familia del cliente.</li> </ul>	X				

<b>ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL</b>	<b>CONOCE EL</b>		<b>HAY DOCUMENTOS</b>		<b>CUALES?</b>
	<b>ESTANDAR</b>		<b>DEL ESTANDAR</b>		
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b>					
<b>1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.</b>	X			X	Se encuentra carpeta con derechos y deberes no oficializados
<b>2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.</b>	X			X	No cuenta con el documento oficial ( DyD y código de ética)
<b>ACCESO</b>					
<b>3. Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.</b>	X		X		<b>SIAU CARPETA</b>
<b>REGISTRO E INGRESO</b>					
<b>4. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.</b>	X		X		<b>INGRESO Y MANEJO PACIENTES SALUD TOTAL ( VERIFICAR EL PROCESO DE INGRESO GENERAL DEL PACIENTE CONADMINISTRATIVA Y MEDICO. Procesos de programación de consulta, cirugía, radioterapia y quimio</b>

4.1. Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso.	X			X	COORD ADMINISTRA LIGADA CON MEDICA
4.2. Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:					
• Identificación del personal dentro de la institución que debe estar a cargo del paciente, según su enfermedad.		X		X	Se contempla dentro del modelo, pero no hay un proceso de asignación de médico tratante
• Priorización de los pacientes que deben atenderse.					Todos los usuarios son prioritarios, ambulatorios
• Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición pone sobre la vida del paciente[1].					No tenemos cirugía de urgencias
<b>5. Existe un proceso de registro para la atención y el tratamiento.</b>	X		X		Proceso de consulta, quimio, radio y cirugía
5.1. La organización garantiza un proceso para proveer información al paciente y su familia:	X			X	NO LO TENEMOS VERIFICAR CON EL DR JOHN
• Se provee información al paciente y su familia acerca de la organización, por lo menos en los siguientes aspectos:	X			X	
♦ Información acerca de la organización:	X			X	SE ESTAN GENERENADO MECANISMOS DE INFORMACIÓN
♦ Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos.					
“ Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación[2].					NO APLICA
“ Plan para asegurar sus pertenencias personales[3].					NO APLICA
♦ La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento.	X			X	
♦ Derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos.	X			X	VERIFICAR CON EL DR JOHN
5.2. Existe un protocolo o guía de recibimiento en la admisión de hospitalización, ubicación en la habitación y presentación ante los compañeros de habitación[4].					NO APLICA

5.3. Se obtiene consentimiento informado, si aplica en este momento[5].	X		X		Existe un formato de consentimiento informado, pero no está caracterizado el proceso
<b>EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO</b>					
<b>6. La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario. Específicamente se pretende identificar los siguiente criterios.</b>		X		X	No existe un proceso de evaluación inicial de necesidades
6.1. La evaluación del conocimiento, expectativas, necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad, están plenamente identificadas en colaboración con él, e incluye:	X				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento del paciente acerca de su patología.</li> <li>• Forma de tratamiento de su enfermedad.</li> <li>• Expectativas del paciente acerca del resultado de su tratamiento.</li> </ul>					COORD.MEDICO
					COORD.MEDICO
					COORD.MEDICO
6.2. Existe evidencia de que la evaluación es realizada por un equipo de salud y coordinada por un médico tratante responsable. El equipo en cuestión:	X		X		La evidencia es la historia clínica sistematizada
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Está calificado para atender la patología que está atendiendo.</li> </ul>	X		X		Existe un proceso de verificación de títulos, pendiente aportar el documento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es rotado periódicamente de actividad</li> </ul>					La actividad es especializada por lo que no rotan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es reentrenado periódicamente en las actividades específicas que sirve.</li> </ul>	X		X		Existe un registro de entrenamientos en RRHH, pendiente aportar el registro
<b>7. La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobregregada, requiere técnicas especiales de aislamiento.</b>		X		X	No existen procesos de aislamiento, se evaluará la necesidad con los especialistas

7.1. Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad.		X		X	
7.2. La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo a la decisión adoptada.		X		X	
<b>PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO</b>					
<b>8. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados. Esta planeación incluye</b>	X		X		Si existe un proceso de planeación del tratamiento, documentado en la historia clínica
8.1. Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o adaptado.	X		X		Si, pero no se documentado un proceso de difusión de guías, con registros y evaluaciones
8.2. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado, el cual es requerido para todos los procedimientos médicos. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.	X			X	Existe un formato de consentimiento informado, pero no está caracterizado el proceso
8.3. Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, donde se le explica el objetivo, beneficios e inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.	X			X	Pendiente revisar si existe el proceso, pero en el momento no se está aplicando
8.4. Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante	X			X	No se tiene proceso ni registro
<b>9. Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente, los cuales apoyan la oportunidad y efectividad de las intervenciones e incluyen:</b>	X		X		Están registrados en la historia clínica y notas de enfermería
• Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.	X		X		Se identifican en el plan de manejo de la historia clínica

- Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido[6].
- Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados[7].
- Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos[8].
- Orientación a la madre acerca de las normas de seguridad y cuidado para evitar casos de confusión o extravío de recién nacidos[9].
- Apoyo emocional al paciente y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica sólo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas[10].
- Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.
- Soporte nutricional especial.
- Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes, y actividades especiales para pacientes de tercera edad[11].
- Consejería y apoyo emocional al paciente y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluyendo la muerte y donación de órganos, cuando aplique.
- Apoyo espiritual / religioso[12].
- En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica se realiza una valoración anestésica prequirúrgica[13].

X		X		Se cuenta con servicio de terapia física, respiratoria y ocupacional, con registro en la historia clínica. Anexar convenio
X		X		Se cuenta con el servicio de nutrición y dietética, para soporte y planeación de manejo, historia clínica, anexar convenio
X			X	NO SE HA PROGRAMADO
X			X	Se realiza en la IPS donde se va a realizar la cirugía, por que el servicio no se presta en CANSERCOOP

· Se verifica la identidad del paciente, la naturaleza y el sitio de la operación propuesta[14].	X		X		PROCESO PARA SALUD TOTAL VERIFICAR EL GENERAL
<b>10. La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad, lo cual incluye:</b>					
• Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.	X		X		Se cuenta con consultorios debidamente habilitados
• La privacidad es respetada mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico.					No se tiene servicio de hospitalización
• La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.	X			x	No se cuenta con el documento de confidencialidad
<b>11. El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente, lo cual incluye:</b>					
• Diseño del plan farmacológico de tratamiento.	X		X		No se le aplica a todos los pacientes
• Todas las órdenes de farmacia son revisadas en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.					
· Mecanismos para comunicar oportunamente, al equipo de salud, las necesidades específicas de medicamentos del paciente[15]. Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume dentro de un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener especial cuidado en incorporar estos medicamentos dentro del plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica.	X		X		A través del diligenciamiento de la orden médica y la solicitud al servicio farmacéutico, que tiene planeada la existencia de medicamentos. Si son consignados en la historia clínica. Además existe la consulta de asesoría farmacéutica
• Mecanismos para proveer información al paciente o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos.					no contesto

<ul style="list-style-type: none"> <li>Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.</li> </ul>	X		X		La historia clínica tiene incluidos los servicios No POS, los clasifica y exige el diligenciamiento del formato. (manual de HC CNT)
<b>12. El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario.</b>					
12.1. La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al paciente y su familia. Constancia de la información brindada debe quedar escrita en la historia clínica.	X		X		Procesos de juntas médicas
12.2. La planeación de la investigación diagnóstica incluye[16].					
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cuenta con un sitio para referir las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente.</li> </ul>	X		X		Convenios institucionales
<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas las muestras, cómo son transportadas las muestras y cómo son notificados los resultados.</li> </ul>	X			X	Se toman pocas muestras en CANSERCOOP, pero no están documentados los procesos de transporte
<ul style="list-style-type: none"> <li>Las órdenes de exámenes de diagnóstico van acompañadas de información clínica relevante.</li> </ul>	X		X		Las ordenes llevan el diagnóstico y un área de observaciones, si son requeridas
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se instruye al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes.</li> </ul>	X			X	La instrucción se da en la institución que realiza el examen
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable, y fecha de resultados.</li> </ul>					No aplica, por que no realizamos el examen
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se provee información a los pacientes y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados mentales o en estado de inconsciencia.</li> </ul>	X		X		Se realiza en la consulta y se registra en la historia clínica
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se realizan análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.</li> </ul>	X		X		Se realizan seguimientos periódicos
12.3. La organización garantiza un proceso donde se identifica y designa el personal autorizado para la solicitud de exámenes de laboratorio. Los servicios de laboratorio deben asegurar el cumplimiento de estos procesos.					

<b>13. Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar.</b>	X			X	No existe el proceso, pero todos los profesionales tienen acceso a la HC.
<b>EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO</b>					
<b>14. Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento.</b>					
14.1. La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función dentro de un equipo de trabajo[17].	X		X		Existe el proceso de planeación del recurso humano y verificación de calidad
14.2. El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, la cual incluye como mínimo:					
• Óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos.	X			X	Pendiente proceso de consentimiento y de información de los pacientes
• El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma.	X			X	Pendientes procesos de información
• Cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y necesidades después del egreso[18].					No aplica
• Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo prevención de infecciones.	X			X	Existe un área de P y P, sin procesos documentados
• Cuidados en casa, si aplica.	X			X	Existe un área de atención domiciliaria, sin procesos documentados
14.3. La educación está dada por un grupo interdisciplinario.	X		X		El paciente se educa en la asesoría farmacéutica, nutricional y psicológica y con cada profesional
15. El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	X		X		Se tiene un proceso de auditoria de historias clínicas, que no se está aplicando

15.1. Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en el tratamiento del paciente.	X		X		Si existe, está en el archivo
15.2. La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o Guías de Práctica Clínica.	X		X		Si existe pero no se está llevando
16. Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización.	X		X		CARPETA SIAU
· La organización promueve un sistema para que los clientes presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante el curso de su hospitalización	X		X		CARPETA SIAU
· Todos los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o sus familiares, son evaluados, investigados, si aplica, y respondidos.	X		X		CARPETA SIAU Y COMITÉ SIAU
· Se informa al servicio que generó el reclamo, sugerencia o felicitación.	X		X		CARPETA
<b>EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO</b>					
<b>17. La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica</b>					
• La evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.	X			X	Que no se está llevando
• La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para los casos de resultados adversos o de resultados no esperados en el curso de tratamiento.	X			X	Que no se está llevando
<b>SALIDA Y SEGUIMIENTO</b>					
18. Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios[19].					No aplica por que el manejo es ambulatorio

<b>19. Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Este estándar se aplica en aquellos casos donde el tratamiento del paciente sea de carácter ambulatorio, y cuya duración sea igual o superior a un mes.</b>					<b>No aplica por que el manejo es ambulatorio</b>
19.1. Existe un plan de egreso que incluye:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>La explicación y determinación del nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación, si aplica.</li> <li>Comunicación de toda la información relevante a la Empresa Promotora de Salud, Administradora de Régimen Subsidiado, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento.</li> <li>Planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>Lugar, fecha y razones de referencia.</li> <li>Personas que se deben contactar, si aplica.</li> <li>Reporte de los resultados del cuidado y tratamiento, si aplica.</li> </ul> </li> </ul>	<b>X</b>		<b>x</b>		Caracterización de facturación-facturación por Servicio prestado en la unidad.
	<b>X</b>				
	<b>X</b>				
	<b>X</b>				
19.2. Las necesidades del continuo de cuidado al egreso reflejan la situación del cuadro clínico actual y de las nuevas necesidades expresadas por el paciente.					<b>No aplica por que el manejo es ambulatorio</b>
<b>20. La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento.</b>	<b>X</b>			<b>X</b>	<b>No está documentado, aunque se hace muchos esfuerzos en este sentido</b>

<b>ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO</b>	<b>CONOCE EL ESTANDAR</b>		<b>HAY DOCUMENTOS DEL ESTANDAR</b>		<b>CUALES?</b>
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>1. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.</b>					
<b>2. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.</b>	X		X		CARPETA
<b>3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno Esta definición contempla por al menos los siguientes criterios.</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La relación de la organización con la comunidad que sirve.</li> <li>▪ Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el paciente y su familia.</li> <li>▪ Aspectos que guían la ética de la organización.</li> <li>▪ La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve.</li> <li>▪ La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.</li> </ul>					
<b>4. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.</b>					
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior planeación, implementación y evaluación.</li> <li>▪ La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización y del proceso de atención al cliente.</li> </ul>					
<b>5. Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.</b>					
<b>6. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros</b>					

<b>servicios y programas de la organización.</b>					
<b>7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:</b>	X		X		ENCUESTAS
• Oportunidad de la atención por tipos de servicios.	X			X	Informe de oportunidad
• Utilización de servicios por afiliado (por ejemplo, tratando de incentivar la consulta y desincentivar la hospitalización).		X		X	No
• Satisfacción global del cliente con la atención recibida.	X		X		Informe semestral de satisfacción
• Calidad de la atención.	x		x		
<b>8. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.</b>					
▪ Existe un proceso por medio del cual el personal de la institución sustenta su gestión ante la junta directiva o comités especiales creados para tal fin.					
<b>9. Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.</b>					
9.1. El proceso incluye:					
▪ Elaboración de conceptos o documentos técnicos.					
▪ Entrega de informes sobre solicitudes específicas.					
9.2. El asesoramiento involucra las políticas o decisiones concernientes a los procesos de atención a los clientes.					

## 9. BIBLIOGRAFIA

### - Libros:

Daft, Richard L. Teoría y diseño organizacional. Edición octava. México: Internacional Thomson, c2005. Parte 3, capítulo 4.

Johnson, Gerry. Scholes, Kevan. Whittington, Richard. Dirección estratégica. Edición séptima. Madrid: Person Education, 2006.

Robbins, Stephen P. Comportamiento organizacional. Edición decima. Mexico: Pearson Education, 2004

Guía básica para la Acreditación en Salud. Legis S.A. ICONTEC, 2005

### - Libros Institucionales

NORMA TECNICA COLOMBIANA NTC-ISO 19011. Bogotá. ICONTEC, 2002.

ANEXO TEORICO DE LA RESOLUCIÓN 1474 DE 2002. Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

PANEACIÓN ESTRATEGICA DE CANSERCOOP 2010 – 2015

PAMEC CANSERCOOP (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de Calidad)

### - Páginas Web

Sistema único de acreditación en salud. IPS acreditadas. {En línea}. {06 septiembre de 2010}. Disponible en: ([www.acreditacionensalud.org.co](http://www.acreditacionensalud.org.co))

RESOLUCION 1474 DE 2002 Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación. {En línea}. {11 de septiembre de 2010}. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo220302.pdf>