

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES
DE ACREDITACIÓN EN CONSUSALUD IPS**

ANA MILENA LONDOÑO ZULUAGA

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA,
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
GERENCIA DE SISTEMAS DE SALUD
PEREIRA
2010**

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES
DE ACREDITACIÓN EN CONSUSALUD IPS**

ANA MILENA LONDOÑO ZULUAGA

**Trabajo de grado como requisito para optar al título de
Gerente de Sistemas de Salud**

**Director
DIOMEDES TABIMA**

**Asesor
DIANA ANDREA CARVAJAL GÓMEZ
Ingeniero Industrial
Especialista en Gestión de la Calidad y Normalización Técnica**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
GERENCIA DE SISTEMAS DE SALUD
PEREIRA
2010**

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Pereira, junio de 2010

AGRADECIMIENTOS

Debo agradecer de manera especial y sincera al Dr. Juan Carlos Monsalve y al Dr. Germán Alberto Moreno por autorizar la realización de este trabajo en la IPS Consusalud, gracias por su apoyo y confianza en mi trabajo y su disposición para la ejecución de las diferentes tareas que se desencadenaban durante el desarrollo de esta tesis.

Agradezco a la Ingeniera Diana Carvajal, por su capacidad para guiar mis ideas, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación profesional. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y exigencia, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntas.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1. DIAGNOSTICO O SITUACIÓN PROBLEMA	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2.1 Definición	16
1.2.2 Sistematización	16
2. DELIMITACIÓN	17
3. JUSTIFICACIÓN	18
4. OBJETIVOS	21
4.1 OBJETIVO GENERAL	21
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
5. MARCO REFERENCIAL	22
5.1 MARCO TEÓRICO	22
5.2 MARCO CONCEPTUAL	30
5.3 MARCO LEGAL	33
5.4 MARCO SITUACIONAL	34
5.4.1 Historia de la Ciudad de Pereira	34
5.4.2 Historia de la IPS Consusalud	39
5.4.3 Historia de Coomeva EPS	42
5.5 MARCO HISTÓRICO	44
6. DISEÑO METODOLÓGICO	46
6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	46
6.2 FASES DE LA INVESTIGACIÓN	46
6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	49
6.4 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	50
7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	51
8. CONCLUSIONES	52
9. RECOMENDACIONES	55

BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	58

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas en Colombia.	29
Cuadro 2. Distribución poblacional según edad y género, Consusalud IPS, Febrero de 2010.	41
Cuadro 3. Factores Críticos de Éxito	48
Cuadro 4. Ponderación Estándares de Calidad	50

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Foto Ciudad de Pereira.	35
Figura 2. Mapa Ciudad de Pereira.	36
Figura 3. Tranvía de su paso por la Plaza de Bolívar en los años 50.	37
Figura 4. Área Metropolitana Centro Occidente.	38
Figura 5. Sede Consusalud IPS. Año 2010	40
Figura 6. Distribución según género. Consusalud IPS, Junio de 2009.	41
Figura 7. Porcentaje de cumplimiento por estándares.	52

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Estándar de Cliente Asistencial.	59
Anexo B. Estándar de Direccionamiento.	69
Anexo C. Estándar de Gerencia.	73
Anexo D. Estándar de Información – Tecnología.	77
Anexo E. Estándar de Recursos Humanos.	82

RESUMEN

Debido a los acelerados cambios que se han presentado en el mundo frente a la calidad, en razón a que cada día se hace más importante y trascendental garantizar el derecho a la vida y por ende, el derecho a la salud de las personas; las Instituciones Prestadoras de salud no pueden ser indiferentes a desarrollar proyectos orientados al mejoramiento continuo; motivo por el cual, el Gobierno creó el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), establecido mediante el Decreto 1011 de 2006, el cual tiene como objetivo mejorar los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, los cuáles van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados. Este Sistema se encuentra centrado en cuatro componentes básicos a saber: el Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

Entendiéndose la calidad de la atención en salud como la prestación de servicios a los usuarios de manera accesible y equitativa, basados en un óptimo nivel profesional, con el fin de lograr la adherencia y satisfacción de los usuarios del sistema, los Prestadores de Servicios de Salud deben contar con unas condiciones de capacidad tecnológica y científica por cada uno de los servicios que prestan y que son necesarias para disminuir los riesgos que amenazan la vida y la salud de los usuarios dentro del marco de la prestación de servicios de salud, lo cual se puede validar a través del Sistema de Acreditación. Este Sistema, tiene como objetivo incentivar las buenas prácticas, afianzar la competitividad de las organizaciones de salud y proporcionar información clara a los usuarios de manera que puedan tomar decisiones con base en los resultados de la acreditación.

El reto para Consusalud IPS es llegar a la excelencia de la calidad de la Atención en Salud, lo que implica que la institución analice, aplique y estudie los resultados de cada uno de los estándares para compararlos con su desempeño organizacional y así ofrecer un diagnóstico de los aspectos críticos hacia los cuales se deben priorizar las acciones de mejoramiento.

Para lograr este propósito, se realizaron las siguientes acciones por etapas, a saber:

- **Primera Fase - Compromiso por parte de la Dirección:** donde se contó con la participación de todo el grupo directivo de la organización para presentar el objetivo del presente trabajo y definir el plan de acción a seguir.

- **Segunda Fase – levantamiento de la información:** de manera participativa y concertada, se procedió a aplicar cada uno de los estándares. Es aquí, donde se generan los documentos que guían el plan de acción.
- **Tercera Fase – priorización de acciones:** se realiza la elaboración del plan de acción a ejecutar donde se establecen las pautas para la implementación y mantenimiento de un Sistema de Gestión con base en el Sistema de Acreditación en Salud; el cual sirve como instrumento de apoyo para lograr la excelencia organizacional y mejorar el desempeño a través del tiempo; y así garantizar la mejora continua de los procesos de la organización y lograr la satisfacción de los clientes.
- **Cuarta – Fase: Presentación de resultados a la Organización:** se realiza la presentación de los resultados al grupo directivo incluyendo el plan de acción sugerido para la mejora.

Palabras clave: calidad, salud, usuario, servicio, atención, acreditación.

ABSTRACT

Due to the intensive changes that have taken place in the world regarding quality, because of the fact that every day becomes more important and transcendental to guarantee the right to life and consequently the right to the health of the persons, the Health Care Providers cannot be indifferent to developing projects oriented to the continuous improvement. That is why the Government created the Obligatory System of Quality Warranty of Health Care (SOGCS, in Spanish), established by means of the Decree 1011 of 2006, whose objective is to improve the results of the health care, centered on the user, which go beyond the verification of the existence of structures or of the documentation of processes that only constitute a prerequisite to reach the mentioned results. This System is centered on four basic components, to wit: the Unique System of Qualification, Audit for the Quality Improvement of Health Care, the Unique System of Accreditation and the System of Information for Quality.

The quality of the health care, being understood as the rendering of services to the users in an accessible and equitable way, based on an ideal professional level, in order to achieve the adhesion and satisfaction of the users of the system.

The Health Services Providers must have conditions of technological and scientific capacity for each of the services that they render and that are necessary to diminish the risks that threaten the life and the health of the users within the frame of the rendering of services of health. This can be validated through the System of Accreditation. The objective of this system is to encourage the good practices, to strengthen the competitiveness of the organizations of health and to provide clear information to the users so that they can take decisions based on the results of the accreditation.

The challenge for Consusalud IPS is to reach the excellence of the quality of the Health Care, which implies that the institution analyzes, applies and studies the results of each of the standards in order to compare them with their organizational performance, thus offering a diagnosis of the critical aspects towards which the actions of improvement must be prioritized.

In order to reach this objective, the following actions were carried out by stages, to wit:

- **First Phase - Commitment on the part of the Management**, where all the managing group of the organization took part in the task of drawing up the objective of the current work and defining the plan of action to carry out.
- **Second Phase - Collecting the Information**: in a participative and agreed fashion, each of the standards was applied. It is here where the documents that guide the plan of action were produced.

- **Third Phase - Prioritization of Actions:** the plan of action to execute was drawn up. The guidelines for the implementation and maintenance of a System of Management based in the System of Accreditation in Health were established. This serves as an instrument of support to achieve the organizational excellence and to improve the performance with time, and this way to guarantee the continuous improvement of the processes of the organization and achieving the satisfaction of the clients.
- **Fourth Phase: Presentation of Results to the Organization:** the presentation of the results to the managing group was carried out, including the plan of action suggested for the improvement.

Key words: quality, health, user, service, care, accreditation.

INTRODUCCIÓN

La calidad ha tomado fuerza en muchos campos, uno de ellos el de la salud, logrando grandes beneficios tanto para los usuarios como para las organizaciones generando un alto impacto en la prestación de los servicios.

Cuando una institución aplica estrategias de excelencia en la calidad de atención a los usuarios, puede cubrir varios ámbitos que afectan de una manera u otra a la organización de forma integral, logrando ser más competitiva en el mercado tanto regional como nacional, algunos elementos que enmarca esta línea son:

- Calidad del servicio, alcanzando altos niveles en la satisfacción del cliente interno y externo.
- Control de costos y optimización de recursos institucionales.
- Capacitación continua en el personal asistencial y administrativo de la organización.
- Retroalimentación de los procesos de calidad aportando grandes oportunidades de mejoramiento continuo

Con la cultura de calidad en todo el personal de la organización es posible generar FIDELIDAD Y ADHESION DEL USUARIO de manera incondicional, tomando cada vez más fuerza en el mercado durante la prestación de servicios de salud.

Lo anterior, responde al interés de trabajar como tema de proyecto de grado en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en una Institución Prestadora de Salud - Consusalud IPS, quienes mantienen gran motivación en la aplicación de estándares en calidad, utilizando como medio el cumplimiento del Sistema Único de Acreditación en el país para su organización; siendo esta una gran oportunidad de aprendizaje para todas las partes involucradas en el proceso a iniciar.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DIAGNÓSTICO O SITUACIÓN DEL PROBLEMA

En Colombia, partiendo de los lineamientos impartidos por la Organización Mundial de la salud (OMS), desde la promulgación de la Ley 10 de 1990, la Constitución Política de Colombia de 1991, la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001, se ha emprendido una marcha acelerada en cuanto al replanteamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y de igual forma las condiciones de calidad que exige la prestación de este servicio frente a la comunidad.

En particular con la Ley 100 del 93 se crea el sistema de seguridad social integral, orientada a garantizar:

- Pensiones.
- Salud.
- Riesgos.
- Profesionales.
- Servicios Sociales Complementarios.

Esta Ley modificó la estructura de prestación de los servicios de salud, convirtiendo el sistema en mixto, es decir si antes era potestad del Estado la administración de estos planes de seguridad social, ahora el sector privado podría entrar a operar dentro del sistema mediante Empresas Promotoras de Servicios de Salud (EPS), EPS del Régimen subsidiado, y empresas de medicina prepagada (EMP), como Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Con respecto a la prestación de los servicios de salud se crearon las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) como instituciones hospitalarias, laboratorios e instituciones de ayudas diagnósticas, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes entre otros. Logrando así, la transformación del sistema laboral del gremio médico y paramédico, impulsándolo hacia modelos de emprendimiento y creación de empresas, mediante la asociación de capitales y de talento humano para poderse vincular al sistema como INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD.

Todo lo descrito anteriormente, generó en el sector salud, la necesidad de reorientar sus actividades de carácter social y humanitario a un criterio más empresarial, obligándolos a desempeñar actividades gerenciales, administrativas y financieras, disciplinas que no constituyeron en ningún momento parte de su currículo de formación profesional, lo que conllevó al cambio del concepto de paciente a cliente.

Con el decreto 1011 de 2006, se sostiene y manifiesta la necesidad de mejorar la calidad en la atención por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud,

entendiéndose como su razón de ser los mismos usuarios, donde la meta es hacer de la calidad una realidad, concibiéndose que la prestación de estos servicios está orientada primordialmente a satisfacer las necesidades y expectativas de las personas, con el fin de garantizar el derecho a la vida de los Colombianos, aún de los menos favorecidos.

Por todo lo anterior, la Acreditación en Salud es considerada una “estrategia de mejoramiento” que orienta a un actuar institucional con eficacia, ofreciendo ventajas competitivas que generarán más recursos para la organización a través de los incentivos de calidad que prevé el Sistema Obligatorio de Garantía y así poder mejorar la calidad de la atención y de los servicios de salud.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

1.2.1 Definición. Para las directivas de Consusalud IPS, el proceso de acreditación es un gran reto, el cual esta sujeto al siguiente cuestionamiento: ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en Consusalud IPS, que respondan al sistema obligatorio de garantía de la calidad con base en el decreto 1011 de 2006?

1.2.2 Sistematización. Se plantea lo siguiente:

¿Influye el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación de Consusalud IPS en los niveles de competitividad, optimización y mejoramiento de los procesos relacionados con los clientes/usuarios?

¿Qué resultados esperararía la alta dirección, una vez se realice el diagnóstico relacionado con el cumplimiento de estándares con base en el Decreto 1011 de 2006?

¿Qué importancia tiene el enfoque de acreditación y su efectividad sobre los resultados de la Organización?

2. DELIMITACIÓN

La Institución elegida para el proyecto de grado es Consusalud IPS (Consultores Asociados en Salud S.A.), empresa privada adscrita a Coomeva EPS; ubicada en la Avenida 30 de Agosto N° 36-47, la cual fue concebida como un proyecto de vida para sus accionistas que se encuentran directamente relacionados con su funcionamiento actual, sea como funcionarios o como representantes en los órganos de dirección y control.

La realización de este trabajo se desarrolló en un período estimado de tiempo de seis (6) meses.

3. JUSTIFICACIÓN

Bajo el concepto de calidad en la prestación de servicios de salud, la empresa busca generar fidelidad y adhesión de sus usuarios y familias, orientado hacia el incremento en la satisfacción de las expectativas y percepciones de sus clientes¹. Para Consusalud IPS, el mejorar integralmente la organización y el significado de calidad es una herramienta vital y efectiva para el logro de sus objetivos misionales; porque responden a sus necesidades y motivaciones actuales frente al mejoramiento continuo en el proceso de atención.

Al destacar la importancia de la calidad, es necesario tener claridad en su definición como “el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas”, entre múltiples conceptos. Es así, como conseguir un nivel de calidad óptimo equivale, por tanto, a desarrollar grados de efectividad, de eficiencia, de adecuación y de calidad científico-técnica en la práctica asistencial que satisfagan por igual a todos sus clientes. Es pertinente tener claridad, en que concebir algo como excelente o ‘de calidad’ es juzgar una realidad frente a una referencia, seguida de evaluaciones sistémicas. Para establecer un parámetro de comparación surgen estándares, que responden a la necesidad de mejorar y demostrar ante los usuarios del sistema, una calidad real de la atención.

Un sistema de garantía de calidad implica un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la atención en salud y el logro de los mayores beneficios posibles para los clientes, con los menores riesgos. Con el concepto de la calidad, las organizaciones de salud han demostrado la necesidad de emplear herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad en sus servicios y productos, un instrumento actual y aplicable es el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud en Colombia, teniendo dentro de sus componentes el Sistema Único de Acreditación, que es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa; destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

La acreditación es uno de los más efectivos sistemas de evaluación sistemática del desempeño en la atención de salud y se compone de dos pasos esenciales: una autoevaluación preliminar de las instituciones, basada en unos estándares óptimos y alcanzables, y una evaluación externa por evaluadores pares. El sistema Único de Acreditación en Salud reviste una importancia trascendental para la organización, porque contribuye a garantizar el derecho a la vida y, por

¹ Plataforma Estratégica Consusalud IPS.

extensión, el derecho a la salud de las personas; también asegura, por parte de la institución, el respeto y la exaltación de valores como la equidad, la justicia, la solidaridad y la dignidad.

Con el proceso de Acreditación en Salud Consusalud IPS busca:

- Incremento en la probabilidad de que el cliente sea atendido con el pleno cumplimiento de sus derechos.
- Incremento de la efectividad clínica de los servicios que se presten.
- Disminución en el riesgo del paciente.
- Incremento de la eficiencia en la utilización de los recursos institucionales.
- Incremento de la satisfacción de los usuarios en términos de sus percepciones y sus expectativas.
- Impacto en los costos y utilización de recursos de la institución.

En el caso de las instituciones prestadoras de servicios de salud ambulatorias, los estándares del Sistema Único de Acreditación, se dividen en dos: estándares de proceso de atención a los usuarios y estándares de apoyo administrativo-gerencial a dichos procesos asistenciales. El proceso asistencial cuenta con un gran módulo, denominado proceso de atención al cliente-asistencial. La segunda sección de estándares incluye aquellos procesos administrativo-gerenciales que son críticos dentro de la organización para el apoyo de los procesos asistenciales. Son cinco subgrupos de estándares: direccionamiento, gerencia, recursos humanos, sistema de información y ambiente físico. Cada una de las secciones de los estándares cuenta con una sección común: el proceso de mejoramiento continuo.

El proceso de acreditación es un fenómeno vigente de índole mundial y de interés actual, la necesidad de mejorar y demostrar ante los usuarios del sistema una calidad real de la atención refuerza el interés de todos los involucrados en el tema, principalmente los prestadores. Son ellos la piedra angular del inicio y mantenimiento de un proceso permanente y continuo en el tiempo, que demuestre una voluntad real de mejoramiento y no simplemente el logro de un fenómeno impuesto por el mandato de un tercero o del mercado. De esta manera, Consusalud IPS decide sumarse al reto de la acreditación para fortalecer de manera enérgica su sistema de calidad, reflejado en sus clientes.

De tal manera, que para Consusalud IPS es trascendental la decisión de acreditarse por varios motivos como: incentivar las buenas prácticas en su quehacer diario, tanto asistencial como administrativamente; afianzar cada día

más su solidez y alta competitividad en el mercado de las instituciones prestadoras de servicios de salud de la región; propiciar constantemente el mejoramiento de la calidad en todo su sistema y participantes del proceso; y obviamente lograr brindar información confiable a todos sus usuarios, para que tomen decisiones ilustradas al momento de ejercer el derecho a la libre elección; entre otros tantos beneficios que genera la cultura de calidad en su diario vivir.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar en Consusalud IPS el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, para orientarla hacia un modelo de mejoramiento continuo de la calidad.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de cumplimiento del estándar del proceso de atención al cliente asistencial en Consusalud IPS.
- Identificar el nivel de cumplimiento del estándar del proceso del direccionamiento en la organización en Consusalud IPS.
- Identificar el nivel de cumplimiento del estándar del proceso de Gerencia en Consusalud IPS.
- Identificar el cumplimiento de los estándares de Gerencia del recurso humano, en Consusalud IPS.
- Identificar el nivel de cumplimiento del estándar de ambiente físico en Consusalud IPS.
- Identificar el nivel de cumplimiento del estándar de sistemas de información en Consusalud IPS.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO TEÓRICO

Hoy en día, países como Nueva Zelandia, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud.

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

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: Salud Pública, los Seguros Sociales (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y el Subsistema Privado de Servicios.

El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, se produjeron cambios en la estructura administrativa y en la de la prestación de servicios de salud.

Basados en los siguientes artículos:

- Artículo 153. Fundamentos del servicio Público de salud - Calidad: el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.
- Artículo 227. Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud: es facultad del gobierno nacional expedir las normas relativas a la organización de un Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud,

incluyendo la Auditoría Médica con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

- Artículo 186. Sistema de Acreditación de IPS: el gobierno nacional propiciará la conformación de un Sistema de Acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento.

En agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC)².

Con la Ley 715 de 2001, se define el Sistema de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Instituciones

² Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Ministerio de Protección Social.

Prestadoras de Salud. Entidades Promotoras de Salud y otras instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002, en el que se dispone:

- “El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.
- La Calidad de la Atención en Salud como “...la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” y define sus características así:
 - * **Accesibilidad:** es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 - * **Oportunidad:** es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
 - * **Seguridad:** es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
 - * **Pertinencia:** es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
 - * **Continuidad:** es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”

En el último Decreto en mención se definieron como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

- La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.
- La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.
- La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.
- El sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, en la Resolución 1474 de 2002 se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y se entrega los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

En concordancia, es importante comprender que la acreditación en salud es uno de los componentes del sistema, que se articula con los otros para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de la Protección Social. Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema. Para divulgar esta decisión, el Ministerio de la Protección Social e ICONTEC realizaron varios eventos en las ciudades de Bogotá, Medellín, Manizales, Barranquilla y Cali, con la asistencia de representantes de los Prestadores de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Direcciones Territoriales de Salud, Sociedades Científicas y Agremiaciones, durante los meses de febrero y marzo del 2004. Durante los meses de abril a junio del 2004 se diseñó el servicio de Acreditación en Salud para Colombia, que está contenido en su mayor parte en la denominada Ruta Crítica de la Acreditación³.

Para ICONTEC, el Sistema Único de Acreditación en Salud reviste una importancia trascendental porque contribuye a garantizar el derecho a la vida y, por prolongación, el derecho a la salud de las personas; también asegura, por parte de las organizaciones de salud, el respeto y la exaltación de valores como la equidad, la justicia, la solidaridad y la dignidad. Además, es fundamental que las organizaciones de salud comprendan que su razón de ser son los usuarios y que, por tanto, en cada uno de los puestos de trabajo de una organización en salud debe haber el liderazgo requerido para hacer de la calidad una realidad, es decir, para entender que la prestación de servicios de salud se orienta primordialmente a alcanzar la satisfacción de las necesidades y de las expectativas de las personas.

El Sistema Único de Acreditación se orientará, en la gestión que desarrolla ICONTEC, hacia la evaluación de los procesos de atención a las personas, para determinar si en las entidades aseguradoras y prestadoras la atención efectivamente se centra en los clientes y para establecer el grado en que las instituciones trabajan, con base en la operación del Sistema de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud. Así, se pretende asegurar niveles superiores de calidad en la prestación de sus servicios y su mejoramiento constante.

La gestión de ICONTEC implica la responsabilidad de “dar fe de la calidad de las organizaciones de salud”, misión que asume con pleno sentido de su compromiso

³ Instituto Colombiano de Normas Técnicas – ICONTEC.

político y social, y con profunda visión de la ética, ya que la acreditación representa un desafío que debe contribuir a la optimización de la prestación de los servicios, en la medida en que cumpla factores fundamentales de la atención en salud como: relación costo-beneficio, accesibilidad, seguridad, soporte técnico, relación humana con los usuarios, sus familias, el equipo de salud y el compromiso de los directivos. En una fase posterior, la evaluación se orientará también hacia la medición de resultados, en la medida en que los estándares lo contemplen.

Con base en el desarrollo de esta misión, la visión de ICONTEC será lograr que el Sistema Único de Acreditación se posicione en la mentalidad de usuarios y prestadores del servicio de salud como una verdadera herramienta de cambio y constituirse en un mecanismo que contribuya a la competitividad de las organizaciones de salud, sustentada en la transparencia e idoneidad del Sistema.

ICONTEC, como entidad acreditadora, lidera un proceso de transformación cultural de las organizaciones de salud, orienta la implementación y desarrollo del Sistema, promoviendo la participación voluntaria y consciente de las organizaciones de salud en los procesos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, con la finalidad de que progresivamente, un mayor número de organizaciones de salud mejore su gestión, supere los estándares mínimos definidos en el Sistema de Habilitación y alcance niveles superiores de desempeño primordialmente en beneficio de los usuarios, afiliados y beneficiarios de los servicios de salud; todas las acciones mencionadas se orientan al logro de la eficacia en las organizaciones en cuanto a su productividad y utilización de los recursos en aras de alcanzar el equilibrio social y económico que requiere el Sistema General de Seguridad Social de Salud.

ICONTEC dirigirá el Sistema Único de Acreditación con la debida confidencialidad, a fin de permitir a las organizaciones de salud acceder al proceso de evaluación y demostrar el cumplimiento de los estándares previamente definidos y con su autorización para dar a conocer los datos de las organizaciones que hayan sido acreditadas. Gradualmente y con base en los resultados alcanzados por las organizaciones de salud, en el desarrollo global de dicho sector salud y en las tendencias internacionales en materia de calidad de la atención en salud, ICONTEC promoverá el ajuste del nivel en la exigencia de los estándares, apoyándose en la responsabilidad que le fue conferida como Organismo de Normalización Nacional.

ICONTEC generará mecanismos de difusión sobre los resultados generales del Sistema Único de Acreditación, y cuando se requiera, solicitará previamente autorización de las entidades acreditadas. La difusión de estos resultados tiene el propósito de efectuar un reconocimiento público a los logros alcanzados por las

organizaciones y por el Sistema, así como un estímulo para promover que otras organizaciones de salud inicien⁴ el proceso correspondiente.

ICONTEC efectuará una amplia difusión del proceso que aplicará para la acreditación, con el fin de garantizar la transparencia del mismo y generar credibilidad en el Sistema Único de Acreditación entre las organizaciones de salud.

La Resolución 1891 de 2003, por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 1439 de 2002 y 486 de 2003 y se ajustan algunos estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

La Ley 812 de 2003, Capítulo 2, Punto 9: se mejorará el acceso y la prestación de servicios de salud en el Sistema mediante la reestructuración y capitalización de hospitales, la regulación de la entrada de Instituciones Prestadoras de Salud al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la promoción de mecanismos de Acreditación para mejorar la calidad y la creación de redes de atención.

Durante los meses de abril a junio del 2004 se diseñó el servicio de Acreditación en Salud para Colombia, que está contenido en su mayor parte en la denominada Ruta Crítica de la Acreditación. ICONTEC dirigirá el Sistema Único de Acreditación con la debida confidencialidad, a fin de permitir a las organizaciones de salud acceder al proceso de evaluación y demostrar el cumplimiento de los estándares previamente definidos y con su autorización para dar a conocer los datos de las organizaciones que hayan sido acreditadas.

La Resolución 1445 de 2006, por el cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora, los estándares de acreditación, la escala de calificación, la conformación de la junta de acreditación y el otorgamiento de la Acreditación. Además, presenta definiciones de términos claves en el proceso como la intencionalidad de la Acreditación, la cual se desarrolla en armonía con lo establecido en el Artículo 3 del Decreto 1011 de 2006, donde establece claramente que “Las acciones que desarrolle el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad – SOGCS se orientará a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario”.

El Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad, que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado y empresas de medicina prepagada que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación.

⁴ Punto Gerencia Salud. Artículo 506

Los estándares que se aplicarán evalúan procesos tales como respeto a los derechos de los pacientes, acceso al servicio, atención clínica y soporte administrativo y gerencial, en las instituciones que prestan servicios de salud y que quieran participar en el proceso de acreditación. Estas disposiciones están reglamentadas en la Resolución 1474 y en su anexo técnico.

IPS ACREDITADAS EN COLOMBIA

Cuadro 1. Instituciones Prestadoras de Servicios de salud acreditadas en Colombia.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ACREDITADAS				
Nº	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	Itagüí	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 Dominicas 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.unydos.com/acreditacion/catalogo/docs/IPSAcreditadas.pdf

5.2 MARCO CONCEPTUAL

Sistema Único de Acreditación⁵. Es un componente del Sistema de Garantía de Calidad que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS del régimen contributivo y subsidiado y empresas de medicina prepagada que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación (por ejemplo, educación personalizada al paciente y su familia y procesos para identificar las necesidades y el cuidado del paciente después de su egreso de una entidad hospitalaria).

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

Calidad⁶. La calidad, se define como la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión”.

Esta es una definición que aunque se considera bastante extensa, es muy completa, porque permite realizar un análisis ulterior de su contenido.

La definición expresa tres conceptos que de vital importancia: el primero que Calidad “es la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien o servicio”. No hay calidad que se pueda medir por solamente la apreciación o el análisis de alguna de las partes constitutivas del servicio recibido. La calificación se hace con carácter integral, es decir, evaluando “todas las características, funciones o comportamientos”.

El segundo concepto a destacar, es que “se considera un bien o un servicio con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores”. Aquellos que no lo logra, no se consideran que son de calidad. Cliente que no sale satisfecho de un consultorio de un médico, no percibirá que fue atendido de buena manera (como a él le hubiera gustado, habiendo satisfecho sus expectativas) no habrá recibido una atención “de calidad”. No importa lo que el profesional piense o de lo que esté convencido. Tampoco importarán ante los ojos

⁵ Norma Técnica Colombiana NTC-ISO 9000, ICONTEC. Santafé de Bogotá, 2002.

⁶ *Ibíd.*

del paciente, los resultados médicos que obtenga del tratamiento recomendado. El profesional de la salud podrá creer que trabajó calificadosamente, pero si no satisfizo las necesidades del paciente, éste no lo volverá a buscar por sobre todos los demás. Lógicamente que ante una menor percepción de haber sido atendida adecuadamente, la persona estará convencida que no recibió calidad, habrá menos satisfacción y más desagrado.

El tercer elemento fundamental de la definición es que la calidad es un concepto subjetivo, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como “de mala calidad”. El grado de exigencia depende de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico. En salud se sabe que las personas de bajo nivel social se conforman con ser atendidos por el profesional, no importándoles en muchos casos tener que sufrir largos períodos de espera y que le sean otorgadas citas muy espaciadas y otras circunstancias que no son aceptadas por personas de otro nivel quienes están acostumbradas a otro tipo de atención y que por ende, exigen más. El concepto de calidad para ambas, simplemente es diferente.

El cliente percibirá la calidad del servicio (y su grado de satisfacción) teniendo en cuenta dos aspectos: lo técnico la consultoría fue un éxito y lo funcional si el médico fue cordial y amable, brindó explicaciones, etc.

Otra definición de Calidad: “Consiste en satisfacer o superar las expectativas del cliente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un Indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no”.

Esta definición confirma que la calidad es subjetiva para los clientes, los profesionales lo que generará graves problemas si no es coincidente lo que piensan unos y otros.

Producto de todas estas definiciones de calidad, se crearon los estándares, por lo que es importante conocer la definición: “Estándar es un enunciado establecido por comités de expertos de expectativas que definen las estructuras, procesos y resultados que deben estar firmemente establecidos en una organización para que esta preste atención de calidad”. Estándar asociado a Indicador, se diseñan variables objetivas bien definidas para controlar la calidad en la atención médica.

Mejoramiento Continuo. Otra base conceptual es la del Mejoramiento Continuo (MCC), donde lo define como una filosofía y un sistema gerencial que involucra a todos los profesionales de la salud, incluidos en gerente y los demás directivos, donde se buscan alcanzar los mejores resultados en la atención de sus clientes/usuarios y sus familias, donde la meta es identificar, satisfacer y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad.

Sistema de Gestión de Calidad⁷. Se define como la manera de manejar un negocio, teniendo como base la calidad, considerando los procesos que se deben controlar, las responsabilidades y autoridad que se debe asignar, los recursos que se deben suministrar y los procedimientos que se deben aplicar, para lograr los objetivos del negocio y satisfacer las necesidades de los clientes.

Principios del Sistema de Gestión de Calidad. Los principios se derivan de la experiencia colectiva y de los conocimientos de los expertos de todo el mundo que participan en el Comité Técnico ISO/TC 176- Gestión de Calidad y aseguramiento de la Calidad, responsable del desarrollo y mantenimiento de las normas ISO 9000.

- Principio 1: enfoque al cliente. Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos de los clientes y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes
- Principio 2: liderazgo. Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno en el cual el personal puede llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.
- Principio 3: participación del personal. El personal es la esencia de la organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización
- Principio 4: enfoque basado en procesos. Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso
- Principio 5: enfoque de sistema para la gestión. Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos.
- Principio 6: mejora continua. Debe ser un objetivo permanente de la organización.
- Principio 7: enfoque basado en hechos para la toma de decisión. Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y de la información.

⁷ Ibíd.

- Principio 8: relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor. Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.

Factor Crítico de éxito. Es algo que debe o no debe ocurrir para conseguir un objetivo. Este factor de éxito se define como crítico si su cumplimiento es absolutamente necesario para cumplir los objetivos de la organización, por lo cual requiere una especial atención por parte de los órganos gestores, con el fin de asegurar que se dedican los mejores recursos a la ejecución o realización de dicho Factor de Éxito

5.3 MARCO LEGAL

La estructura legal del proyecto fue la siguiente:

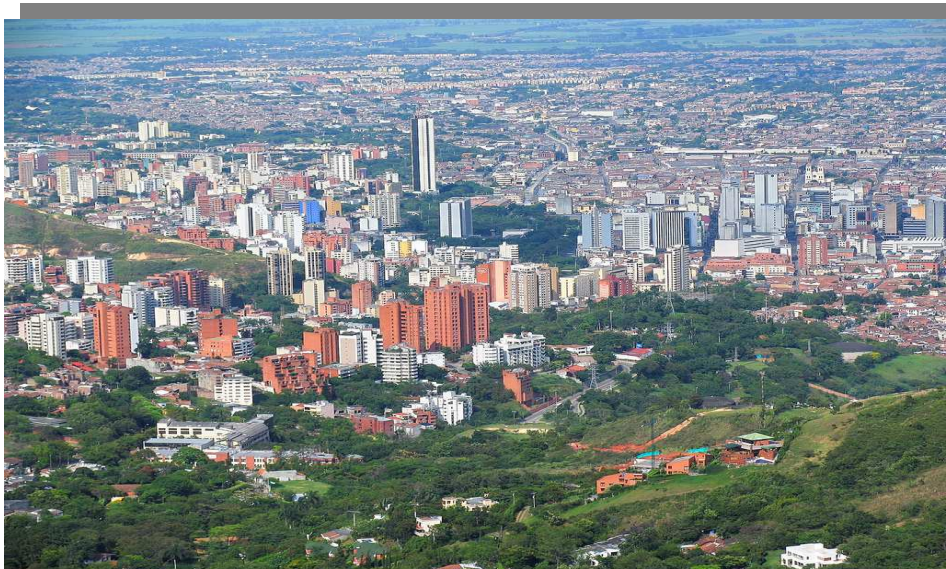
- Ley 100 de 1993. Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
- Constitución Política de Colombia de 1991. Por la cual se fijan los límites y define las relaciones entre los poderes del Estado (poderes que, en los países occidentales modernos, se definen como poder legislativo, ejecutivo y judicial) y de éstos con sus ciudadanos, estableciendo así las bases para su gobierno y para la organización de las instituciones en que tales poderes se asientan. También garantiza al pueblo derechos y libertades.
- Ley 60 de 1993. Por el cual se distribuyen recursos para los diferentes entes territoriales.
- Decreto 1918 de agosto de 1994. En el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.
- Decreto 2309 de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Resolución 1445 de 2006 Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones.
- Resolución 1446 de 2006 Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitorización.
- Ley 872 de 2003 Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios.

- 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.
- Ley 715 de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
- Resolución 3557 de 2003. Por la cual el Ministerio de la Protección Social, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema.
- Resolución 1891 de 2003. Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 001439 de 2002 y 486 de 2003 y se ajustan algunos estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1445 de 2006. Por el cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora, los estándares de acreditación, la escala de calificación, la conformación de la junta de acreditación y el otorgamiento de la Acreditación.
- Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

5.4 MARCO SITUACIONAL

5.4.1 Historia de la ciudad de Pereira. Pereira es una ciudad de Colombia, capital del departamento de Risaralda, ubicada en el Eje Cafetero, uno de los principales núcleos de la economía nacional y parte de la llamada región paisa que señala una subcultura colombiana. La ciudad cuenta con una población de 421.648 habitantes en su cabecera municipal y 656.178 en su Área Metropolitana y se encuentra ubicada en la región centro-occidente del país, en el valle del río Otún en la Cordillera Central de los Andes colombianos. Pereira está a 359 Km. de Bogotá y es centro del denominado triángulo de oro conformado por Bogotá, Medellín y Cali. Esta creciente urbe colombiana es conocida también como "*la querendona, transnochadora y morena*", "*La perla del Otún*" y "*La ciudad sin puertas*". Ciudad universitaria y comercial, Pereira es punto obligado de la red vial nacional y cuenta con aeropuerto con conexión internacional.

Figura 1. Foto Ciudad de Pereira



Fuente: www.skyscrapercity.com/showthread.php?t=210491

Geografía

El área municipal es de 702 km²; limita al norte con los municipios de La Virginia, Marsella y Dosquebradas, al este con Santa Rosa de Cabal y el departamento del Tolima, al sur con los departamentos de Quindío y Valle del Cauca, al oeste con el municipio de Balboa y el departamento del Valle del Cauca. Como el primer centro urbano del eje cafetero y el segundo de la región paisa, Pereira es la séptima ciudad de Colombia en crecimiento industrial y económico.

La mayor parte del territorio municipal corresponde al relieve escarpado de la Cordillera Central. Entre los accidentes orográficos se destacan los nevados del Quindío y Santa Isabel, situados en los límites con los departamentos de Quindío y Tolima respectivamente. El sistema hidrográfico del municipio comprende los ríos Cauca, Barbas, La Vieja, Otún y Consota, con sus numerosos afluentes. Por lo quebrado de su relieve, goza de variedad de climas, presentando los siguientes pisos térmicos: cálido, 60 km²; medio, 367 km²; frío, 70 km² y páramo, con 107 km².

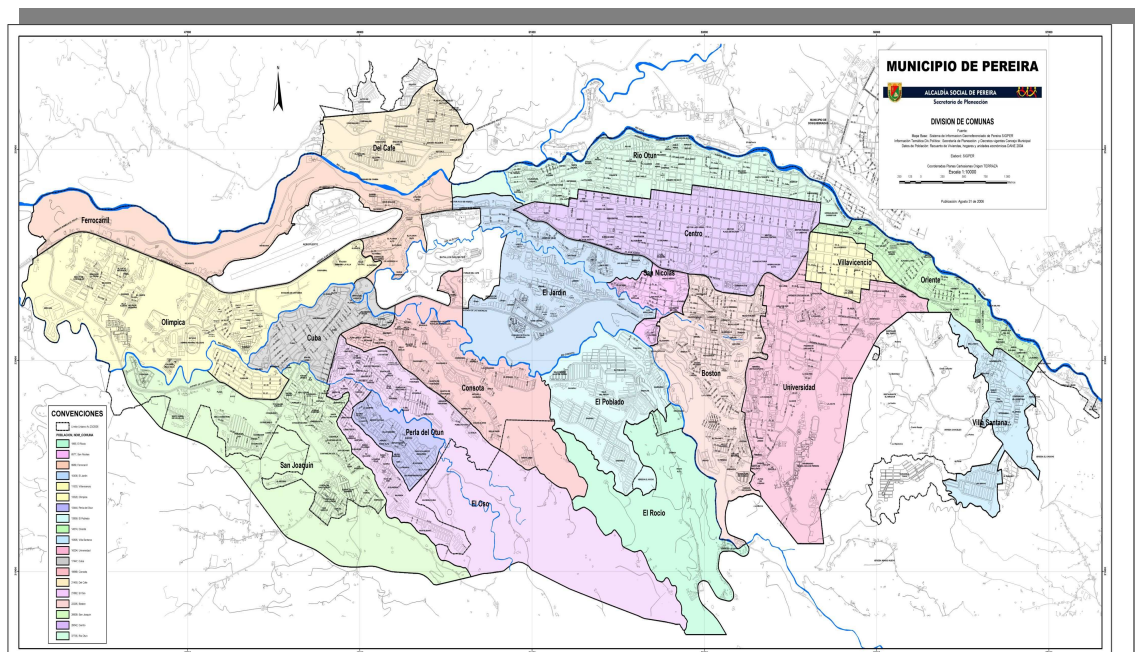
Norte: municipios de La Virginia, Marsella, Dosquebradas, Santa Rosa y Balboa, del departamento de Risaralda.

Sur: departamento del Quindío.

Oriente: departamento del Tolima.

Occidente: departamento del Valle.

Figura 2. Mapa de la ciudad de Pereira.



Fuente: Departamento Nacional de Estadística – Dane 2009.

Historia

La historia de la ciudad se remonta a la época pre-colombina, en la cual, la zona que hoy comprende la ciudad, estaba habitada por las tribus de las culturas Quimbaya y Pijao, ampliamente reconocidas por su orfebrería. En esta región, el mariscal Jorge Robledo fundó la ciudad de Cartago el 9 de agosto de 1540, pero el asedio de los pijaos o bien razones de conveniencia económica, produjeron el traslado de dicha ciudad al sitio que ocupa actualmente en el norte del Valle del Cauca, en 1691, hacia las márgenes del río La Vieja. Entonces la región volvió a tornarse selvática y sepultó los vestigios que quedaban de civilización.

Tiempo después, con el ideal de revivir esta ciudad perdida, un 24 de agosto de 1863, el presbítero Remigio Antonio Cañarte, Don Felix de la Abadía, Jorge Martínez, el presbítero Francisco N. Penilla y los jóvenes Elías Recio y Jesús María Ormaza, regresaron a las ruinas de la antigua Cartago, donde establecieron unas cuantas chozas. El 30 de agosto del mismo año se bendijo la capilla, donde posteriormente Don Juan María Marulanda levantó su casa.

Durante seis años se llamó Cartago Viejo, pero en 1869 la municipalidad de Cartago le dio el nombre de Villa de Pereira, en honor al doctor José Francisco Pereira, quien en 1816 se refugiara en la zona, junto con su hermano Manuel Pereira, tras la derrota de las huestes patriotas de Simón Bolívar en la batalla de

Cachirí y manifestase, tiempo después, el deseo de que se estableciese una ciudad en dichos predios, deseo que se cumplió seis días después de su muerte.

Figura 3. Tranvía en su paso por la plaza de Bolívar en los años 50.



Fuente: Gobernación del Risaralda.

En los años 50, en la época de la violencia política partidista en el país, Pereira se convirtió en un sitio de refugio de miles, cuadruplicando su población y creando un crisol nacional que cambió para siempre su comunidad, condensando la vocación de ciudad plural que tendría en adelante.

En los últimos años, la ciudad ha logrado una identidad urbana y un crecimiento significativo en su nivel cultural; la integración social y el nivel de educación más alto y generalizado le están permitiendo a la ciudad un crecimiento sostenido, no sólo económico, sino también cultural.

Economía

Como centro del Eje Cafetero, la economía depende en gran medida de este grano. Es un municipio industrial, donde se encuentran diversas fábricas de ropa, calzado y productos comestibles. Su economía se ha incentivado gracias a la reconstrucción de la ciudad en el sector conocido como la antigua Galería, que fue destruido casi en su totalidad por el terremoto de Enero de 1999, y se convirtió en un lugar donde habitaron conjuntamente desplazados, drogadictos, alcohólicos e indigentes. Pero hoy en día, gracias a la reconstrucción de la zona y a la creación de Ciudad Victoria en el mismo lugar. El Producto Interno Bruto a 2007 es de \$ 3.5 billones de pesos. Con más de 500.000 habitantes en la zona urbana, incluyendo

su moderna y legalmente establecida Área Metropolitana (Dosquebradas y La Virginia, se suman 220.000 habitantes), para un total de 720.000 ciudadanos. Gran parte de su fuerza la aporta el comercio, el moderno sistema de transporte masivo, con buses articulados, conocido en Bogotá como Transmilenio, funciona desde hace un año en Pereira bajo el nombre de Megabus, lo que le ha dado más fuerza a la ciudad. Modernos hipermercados funcionan hoy, como Carrefour, Éxito o Alkosto. En lo turístico, desde el Zoológico Matecaña, hasta la Laguna del Otún, y el Nevado de Santa Isabel, todos ubicados dentro del municipio, ofrecen los más variados escenarios para actividades que van desde el deporte de aventura, al ecoturismo. Sumado esto a las empresas de orden industrial que funcionan en la ciudad como El Ingenio Risaralda y su planta de etanol, Frisby, entre otras.

Área Metropolitana

Los municipios de Pereira, Dosquebradas y La Virginia conforman el Área Metropolitana Centro Occidente, su territorio ocupa un área aproximada de 701 kilómetros cuadrados y están situados en un enclave territorial de extraordinaria riqueza natural.

Figura 4. Área Metropolitana Centro Occidente



Fuente: Área Metropolitana Centro Occidente.

Los municipios que conforman el Área Metropolitana del Centro Occidente, buscan la planificación integrada del espacio geográfico común y el diseño de proyectos de interés metropolitano, en procura de incrementar su capacidad competitiva, mediante el acceso a los ingresos destinados por la Ley 128, para intervenir los acontecimientos económicos, sociales, físicos, infraestructurales, ambientales y político - institucionales que modifican consciente o espontáneamente, total o parcialmente, el normal desarrollo de la población asentada en dos o más de los municipios conurbanos.

Área Metropolitana – Centro Occidente⁸. El 15 de diciembre de 1981 fue creada el Área Metropolitana del Centro Occidente, a través de la Ordenanza N° 001, emanada de la Asamblea Departamental del Departamento de Risaralda, la cual fue modificada por la ordenanza N° 14 del 26 de marzo de 1991, para establecer los municipios adscritos: Pereira, Dosquebradas inicialmente y con posterioridad el municipio de La Virginia.

El 23 de febrero de 1994, es expedida la Ley 128 "orgánica de las Áreas Metropolitanas", cuyo objeto es el de ser entidades administrativas, formadas por un conjunto de dos o más municipios integrados alrededor de un municipio núcleo o metrópoli, vinculados entre sí, por estrechas relaciones de orden físico, económico y social que para la programación y coordinación de su desarrollo y para la racional prestación de sus servicios públicos, requiere una administración coordinada. (Art. 1)

Son entidades dotadas de personería jurídica de derecho público, autonomía administrativa, patrimonio propio, autoridades y régimen especial. (Art.2)

Entre sus funciones están:

- Programar y coordinar el desarrollo armónico e integrado del territorio colocado bajo su jurisdicción.
- Prestación de los servicios públicos a cargo de los municipios que la integran, y si es el caso, prestar en común alguno de ellos.
- Ejecutar obras de interés Metropolitano.

5.4.2 Historia de la IPS Consusalud. Consultores Asociados en Salud S.A. – Consusalud, se encuentra ubicada en la Avenida 30 de Agosto N° 36-47 de la ciudad de Pereira.

Desde su nacimiento en el año 2004, ha ofrecido servicios de salud de manera exclusiva para Coomeva EPS con la modalidad de capitación; bajo la figura de

⁸ Área Metropolitana Centro – Occidente.

IPS adscrita de I Nivel de atención, la mayoría de ellos prestados directamente y algunos subcontratados con la red de prestadores de la ciudad. Actualmente, Consusalud IPS tiene habilitados los servicios de Medicina Interna, Ortodoncia, Pediatría, Medicina General, Vacunación, Psicología, Enfermería, Odontología General, Atención Preventiva en Salud Oral – Higiene Oral, Planificación Familiar, Promoción en Salud, Toma de muestra citología cervicouterina, Toma e interpretación Radiologías Odontológicas dando cumplimiento a la normatividad del Sistema de Habilitación de servicios vigente.

Consusalud IPS tiene un concepto misional basado en la Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad con eficiencia y calidad, promoviendo así estilos de vida saludable que generan cultura de salud en el usuario y su familia. La IPS cuenta con un equipo humano que ofrece su capacidad de trabajo al servicio del cliente interno y externo.

Figura 5. Sede Consusalud IPS año 2010



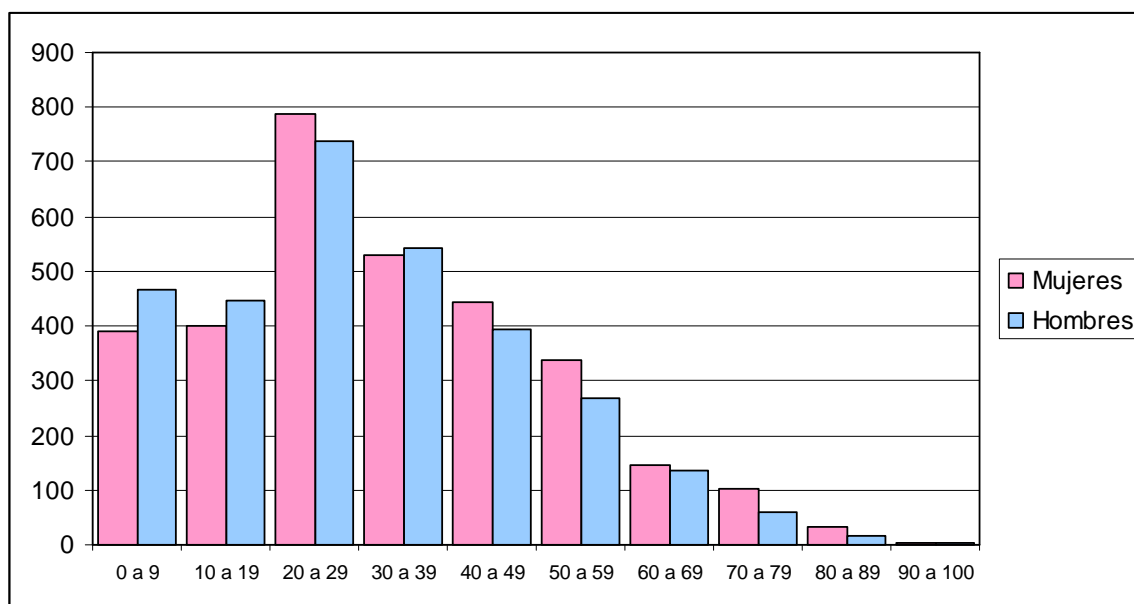
En la actualidad, Consusalud cuenta con 6.674 afiliados, distribuidos como se muestra en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Distribución poblacional según edad y género, Consusalud IPS, Febrero de 2010

Grupos	Mujeres	Hombres	Total
0 a 9	389	468	857
10 a 19	402	446	848
20 a 29	787	739	1526
30 a 39	531	541	1072
40 a 49	442	395	837
50 a 59	336	268	604
60 a 69	147	136	283
70 a 79	101	58	159
80 a 89	32	18	50
90 a 100	2	2	4
TOTAL	3.169	3.071	6240

Fuente: Consusalud IPS, población febrero 2010

Figura 6. Distribución poblacional según edad y género, Consusalud IPS, Febrero 2010.



Fuente: Alta Gerencia Consusalud IPS

Consusalud S.A. define el pensamiento organizacional contenido en la Misión, Visión, y valores los cuales permiten conducir la organización de una manera ordenada hacia el futuro, garantizando la continuidad del negocio en el tiempo, la integridad, el mejoramiento de su Sistema de Gestión y así la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes.

La visión de Consusalud IPS es que en cinco años estará posicionada en el Eje Cafetero como la mejor Institución Prestadora de Servicios de Salud del nivel básico y habrá consolidado con Coomeva EPS una alianza estratégica, que permita excelentes condiciones de atención, promoviendo desarrollo humano, científico, tecnológico y administrativo.

5.4.3 Historia de Coomeva EPS. Coomeva Entidad, consecuente con su misión corporativa para con el Estado, la sociedad, sus asociados y familiares, no se mantuvo indiferente al reto planteado por la Ley 100, constituyendo la creación de Coomeva EPS S.A. en la Asamblea Ordinaria de Delegados celebrada en Rionegro el 04 de marzo de 1995. Para el 01 de agosto de 1995, Coomeva EPS abrió sus puertas al servicio de los caleños y más adelante al servicio de los colombianos.

En 1996 el crecimiento de Coomeva EPS se hace notar, superando la cifra propuesta de 156.600 afiliados por 202.272 afiliados en el Régimen Contributivo. En 1997 se comenzaron las primeras aplicaciones de nuestros modelos conceptuales y planes institucionales; se atendía una población de 444.535 afiliados presentes en el Atlántico, Santander, Antioquia, Cundinamarca, Bogotá D.C., Risaralda, Quindío, Valle del Cauca, Nariño, Cauca, Caquetá y la Guajira, mediante tres sucursales en las principales ciudades del país: Cali, Medellín y Bogotá.

El año de 1998 fue la consolidación de la operación, desarrollando una nueva plataforma informática que respondía al gran crecimiento poblacional con 671.510 afiliados en el Régimen Contributivo. Se instalaron nuevas unidades de atención tales como Mushaisa en la Guajira; en los Ingenios del Valle del Cauca donde se tenía la mayor población cotizante y en Medellín con la Clínica Sommer, Clínica Las Américas, Clínica El Prado y Clínica Conquistadores.

En 1999 se inicia una nueva etapa con el Software COEPEPS Siglo XXI desarrollado por la misma EPS. Éste se convierte en una plataforma de gran ayuda para la operación de la empresa, que tenía el reto de manejar la información de 841.941 afiliados en el Régimen Contributivo en cuatro Sucursales en las ciudades principales del país (Cali, Medellín, Bogotá y Barranquilla).

En el año 2000 se contaba con una población de 1.294.402 afiliados en el Régimen Contributivo y presencia en más de 650 municipios del país mediante 30 oficinas.

En cuanto a su Administración se rediseñó la “carta de navegación” de la EPS para los siguientes cinco años, y se adoptó el Modelo de Desarrollo Organizacional, bajo la premisa: “la calidad es la base de nuestra competitividad”.

En el 2001 Coomeva EPS se consolidó como la segunda EPS privada en el Régimen Contributivo, con una población de 1.335.203 afiliados en 692 municipios del país. Se desarrolló el Software E-Case, ahora Atentos Coomeva, para la recepción de la voz del cliente. Además en la búsqueda de la estandarización de la imagen con la imagen corporativa de Coomeva, se realizó el cambio del logo y slogan: “Somos su opción en salud”.

En el 2002 se consolidaron territorialmente dos Zonas, el Eje Cafetero y el nororiente del país, para atender un total de población de 1.506.048 afiliados en 756 municipios colombianos. Por otro lado, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas selecciona a Coomeva EPS como la mejor Entidad Promotora de Salud; se desarrolló el sitio virtual EPS Online, ahora Cooeeps Siglo XXI versión 2 y se trabajó en el Código de Buen Gobierno Corporativo. El año 2003 Coomeva EPS continuó consolidándose en el sector de la Seguridad Social en Salud, con una población de 1.789.023 afiliados con una presencia en 882 municipios del país. Además en la búsqueda en la recordación de marca se realizó nuevamente el cambio del logo símbolo.

Se implementó el software Ciklos con el fin de ofrecer una información ágil y amigable en las UBA, Unidades de Atención Básica.

En el 2004 según el estudio realizado por la Revista Dinero y la firma de investigación Invamer Gallup, Coomeva EPS se consolidó como Top of Mind entre las Entidades Promotoras de Salud, es decir, la marca más recordada por los colombianos. Además, fue la primera Entidad Promotora de Salud que obtuvo la Certificación de Calidad ISO 9001:2000 en todos sus procesos.

En este año se implementó el Sistema de Gestión Integral en las ECOR, Empresas de Corretaje y en las IPS, Instituciones Prestadoras de Salud; se logró un crecimiento poblacional del 11% frente a lo presupuestado con 2.065.489 afiliados en 912 municipios del país con 31 oficinas y 64 puntos de atención.

En el 2005 la EPS cumplió una década brindando los servicios de salud a las familias colombianas, construyendo sueños que han sido posibles gracias a la confianza que 2.390.143 afiliados en 957 municipios han depositado día a día en la Organización, ofreciendo la oportunidad de continuar con la consecución de las metas trazadas. Se mantuvo la Certificación de Calidad ISO 9001:2000.

Adicionalmente el Ministerio de la Protección Social seleccionó a la EPS para llevar cabo el proyecto piloto de la Acreditación y la Bolsa de Valores nombró a la

EPS como una de las 15 empresas colombianas que avanzó hacia los estándares de calidad más altos en la aplicación del Código del Buen Gobierno.

Para el 2006 Coomeva EPS continuaba ofreciendo servicios de salud a sus afiliados realizando más de 6 millones consultas médicas y más de un millón y medio de actividades de prevención odontológica entre otros servicios asistenciales. Siendo la segunda EPS privada más grande, con una población total de 2.612.276 afiliados en 1036 municipios de Colombia.

En el 2007 la EPS fue invitada a la Reunión Nacional de Salud Materna y Perinatal del Ministerio de la Protección Social en noviembre de 2007. Participó con la ponencia “Consolidación de un Sistema de Vigilancia Activa de la Morbimortalidad Materna y Perinatal en Coomeva EPS para el Mejoramiento de la Calidad”. Esta presentación fue ampliamente reconocida por los participantes, entre ellos, la Organización Panamericana de la Salud - OPS; el Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA; EPS, ARS y Entes Territoriales, dado que en ella se plasman los logros que en materia de la salud materna y perinatal ha tenido la EPS en el cuatrienio 2004 - 2007.

Además se gestionaron diferentes actividades enfocadas al mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad donde el ente certificador (BVQI) recomendó a Coomeva EPS S.A. para continuar con el Certificado de Calidad en ISO 9001:2000⁹.

5.5 MARCO HISTÓRICO

En India y China, los estándares que determinaban quién podía practicar la medicina datan del primer siglo A.C. A partir de 1140, Italia emprende esfuerzos para licenciar a todos los médicos, y esto dio lugar posteriormente, a estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el siglo XIX. En USA, el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud, 1951). En Canadá el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, CCHSA, realiza este proceso desde 1959.

En 1966, Avedis Donabedian, en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma

⁹ <http://eps.comeva.com.co/29156>

dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. Donabedian transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora se entiende que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.

En la década de los 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. Las organizaciones de salud en USA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM).

En 1985, un grupo de profesionales de la salud se reunió en Udine, norte de Italia, para discutir sobre el aseguramiento de la calidad en medicina. La mayoría de los primeros grupos han sido profundamente influenciados por Avedis Donabedian y el enfoque europeo. En el primer consejo ejecutivo de la International Society for Quality in Health Care (ISQua) fue evidente. En 1986, con el liderazgo de Peter Reizenstein como presidente y entonces editor de la revista, la sociedad creció a través de su programa de la conferencia anual internacional y sus publicaciones.

En 1987 la TC 176 culmina su tarea y publica por primera vez las normas de la serie ISO 9000, con 14 requisitos.

A su vez, el sistema de acreditación en hospitales amplió su enfoque desde inspecciones hasta promover el mejoramiento de la calidad. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud asumió una política formal de calidad en 1991 y adoptó al PMC para ponerla en práctica¹⁰.

En 1994 La ISO con la TC 176 revisa la serie ISO 9000 para realizar unos cambios y publica la segunda versión de esta, con 20 requisitos

Después de un proceso internacional en el que se presentaron varias ofertas, en 1995 se decidió establecer la secretaría de la International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQua) en Australia. Esta sociedad es una organización sin ánimo de lucro, administrada por un Consejo Ejecutivo, que se elige cada dos años. Los miembros regulares del Consejo son de Norteamérica, Europa y de la región de Asia y el Pacífico¹¹.

¹⁰ Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Ministerio de Protección Social.

¹¹ *Ibid.*

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio que a continuación se enseña, involucra elementos de dos tipos de investigación los cuáles son: descriptiva y de acción - participación:

- La investigación descriptiva presenta una identificación de los procesos de la Organización y su correspondiente análisis, descripción y cumplimiento a través de los requisitos definidos en cada estándar de acreditación, para así dar continuidad al Sistema de Calidad de la empresa.
- Acción - participación: La cual condujo a la sistematización de un conocimiento generado en un proceso investigativo donde se involucró, tanto a la investigadora como a la comunidad objeto de estudio – Consusalud IPS.

6.2 FASES DE LA INVESTIGACION

COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

La dirección como responsable de la gestión y el desarrollo de todos y cada uno de los procesos que definen la calidad de los servicios de la IPS Consusalud; una vez realizada la primera reunión en la que se trataron los compromisos que cada una de las partes adquiriría tanto del investigador como de la empresa, el Gerente Dr. Juan Carlos Monsalve puso a disposición el personal que la integra, invitando a cada uno de ellos a la participación del presente proyecto.

SENSIBILIZACIÓN A TODO EL PERSONAL

Se realizó reunión con los funcionarios de la organización con el fin de darles a conocer el proyecto a desarrollar, resolver inquietudes y establecer el plan de trabajo.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Se realizó revisión del material bibliográfico existente:

- Normatividad referente al Proceso de Acreditación de IPS – Estándares de Calidad.
- Motivación a la Calidad.
- Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.
- Gestión Estratégica/Procesos/Mejoramiento de la Calidad.
- Metodología de la Investigación.
- Mejoramiento de procesos.
- Metodología para la aplicación de estándares.

- Planeación Estratégica.
- Gestión de servicios relacionados con el cliente.
- Teoría General de Sistemas de Gestión.
- Administración del Recurso Humano.

CONOCIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN

Esta fase tuvo por objeto recopilar información del marco estratégico de la organización:

- Análisis de la visión, misión y valores de la Organización y la matriz de direccionamiento estratégico, con base en los lineamientos de acreditación. Identificación de los Factores Críticos de Éxito.
- Estudio y análisis de la IPS con base en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Análisis del estado actual de los procesos vs. Cumplimiento de estándares de acreditación. Donde se identificaron las no coincidencias del desempeño organizacional, contra el desempeño planteado en el estándar. El proceso consiste en la calificación, registro de las fortalezas e identificación de los soportes con los que cuenta la IPS. Se establece del diagnóstico y se realiza el posterior análisis de la información y se elabora el Plan de Acción.
- Determinación del plan de trabajo.
- Análisis de la documentación existente: se encontró que la empresa cuenta con gran parte de la documentación legal que rige una Institución Prestadora de Salud, y que su documentación interna se ha ido desarrollando a través del tiempo.

ADOPCIÓN DE METODOLOGÍAS

Se establece la necesidad de adoptar metodologías apropiadas para la identificación del nivel de cumplimiento de estos modelos con base en el decreto 1011 de 2006.

APLICACIÓN DE ESTÁNDARES/DOCUMENTACIÓN

A través de esta fase, se realiza la aplicación de los estándares en la IPS Consusalud, se realiza análisis de la información suministrada, sus componentes, documentación e identificación de las oportunidades de mejora relacionadas con cada ítem, con el fin de facilitar la toma de acciones orientadas a la mejora.

Cuadro 3. Factores Críticos de éxito

ENTIDAD	VULNERABILIDAD				VIABILIDAD			Satisfacción del cliente interno y externo	Imagen corporativa	Riesgo asistencial
	Gravedad - Riesgo	Magnitud - Volumen	Beneficios a la comunidad	Política	Económica - Costos	Técnica	Legal			
Coomeva EPS					X		X	X	X	X
Secretaria Municipal de Salud	X	X			X					
Secretaria Departamental de Salud	X	X			X					
Consusalud IPS	X	X	X	X	X	X	X			
TOTAL	3	3	1	1	4	1	1	1	1	1

Fuente: Alta Dirección IPS Consusalud

Cuadro 4. Escala de calificación

ESCALA DE CALIFICACIÓN	
CALIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
1	Muy Bajo
2	Bajo
3	Medio
4	Alto
5	Muy alto

Esta fase se desarrollo con el grupo directivo de la Organización, para mayor fidelidad en la información:

- **Estándar del Proceso de Atención al Cliente – Asistencial.** Describe todo el proceso desde que el cliente llega a la organización a solicitar un servicio hasta la preparación interna que garantice una verdadera calidad en la atención (Trato digno y respetuoso al cliente).
- **Estándar del Direccionamiento.** Está relacionado con cada una de las estrategias que tiene la institución para el logro de su misión y su visión, orientadas a la calidad.
- **Estándar de Gerencia.** Refiriéndose a cada una de las labores estratégicas planteadas por el direccionamiento, que permitan al gerente de la organización contar con los elementos necesarios para interrelacionar los procesos estratégicos con los procesos del día a día, basado en una adecuada toma de decisiones.
- **Estándar de Gerencia de Recursos Humanos.** Teniendo en cuenta la filosofía del Mejoramiento Continuo de la Calidad, tiene en cuenta a los clientes internos de la organización, por su papel preponderante en cada uno de los procesos o dependencias funcionales.
- **Estándar de Gerencia del Ambiente Físico.** Su objetivo es generar una serie de procesos encaminados a establecer unos mecanismos operativos de prevención y manejo de los riesgos que generan consecuencias adversas a los clientes para garantizar la seguridad y la calidad del entorno donde se desarrollan los procesos organizacionales.
- **Estándares de Gerencia de la Información.** Pretende señalar los elementos sustanciales de la organización para el diseño y puesta en marcha de un proceso coherente de gerencia de la información y de los recursos utilizados para su adecuado desarrollo

6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Está representada por la totalidad de los funcionarios de la organización Consusalud IPS, ubicada en la ciudad de Pereira Avenida 30 de Agosto N° 36-47. Se involucra a todo el personal ya que afectan de manera directa la prestación de los servicios y cuyo desempeño en el ejercicio de sus labores está relacionado con el grado de satisfacción de sus clientes y por ende el cumplimiento de estándares.

6.4 VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

Cuadro 4. Variables de la Investigación

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Índice
Sistema	Conjunto de elementos mutuamente relacionadas o que interactúan entre si	Gestión de la Calidad	100% de los procesos identificados	%
Factores Críticos de éxito/Direccionamiento Estratégico	Compromiso de la organización con respecto a la calidad	Planeación Estratégica/ Despliegue en la Institución	100% de la definición de la Gestión Estratégica	%
Calidad	Grado en que un conjunto de características intervienen en los procesos	Gestión de la Calidad	Un plan de acción que satisface los requisitos de mejora orientado a la satisfacción de los clientes	#
Acreditación	Proceso voluntario y periódico de auto evaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud.	Gestión de la calidad de la atención en salud	100% de estándares aplicados: asistenciales/ admnistrativos	%
Estructura de la Organización	Disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones entre el personal para el cumplimiento de funciones.	Organizacional	100% del organigrama establecido	%
Estándar	Documento donde se definen requisitos básicos para garantizar la ejecución de procesos de la Organización	Despliegue hacia el cliente/ institución	100% de los estándares evaluados	%

Fuente: Elaboración Propia

7. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

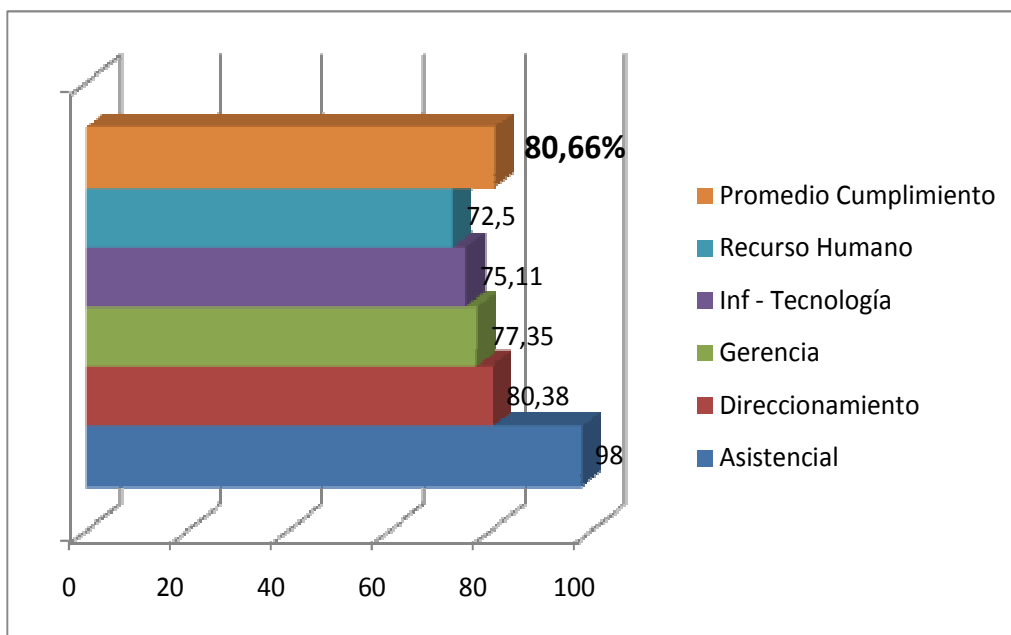
En el desarrollo de la evaluación de los Estándares para la Acreditación de la IPS, se ejecutaron los siguientes pasos para la construcción del presente trabajo:

- Se elaboraron las listas de chequeo, con base en la Normatividad actual vigente (Resolución 1445 de 2006 y Decreto 1011 de 2006). Se tomó en cuenta lo descrito en cada norma para el éxito del análisis y aplicación de los estándares de acreditación en salud.
- En conjunto con las directivas de la IPS se identificaron los factores críticos de éxito con base en el Direccionamiento Estratégico de la Organización, para realizar la posterior calificación sobre los estándares con más bajo cumplimiento de las listas de chequeo.
- Se realizó priorización de criterios, para posterior realización del plan de acción.
- Se presentó el resultado obtenido a la Alta Dirección para toma de decisiones.

8. CONCLUSIONES

- Cumplimiento promedio de estándares: 80.66%. El estándar con mayor puntuación es el Asistencial. Se debe trabajar en todo lo relacionado al Recurso Humano y manejo de la información.

Figura 7. Porcentaje cumplimiento por estándares.



Fuente: Tabla de evaluación estándares Consusalud IPS.

- La evaluación del estándar Cliente-Asistencial en la IPS Consusalud, muestra el proceso de atención a los pacientes, que cuenta con una serie de pasos que integran los servicios prestados con sus respectivos actores.
- Con calificaciones con nivel medio - 3 con base en los Factores críticos de éxito se encuentran:

El ítem N° 13. La organización debe garantizar brindar información al usuario sobre servicios que presta la organización, pero a los cuales no tiene derecho el paciente. La información debe ser explícita con relación a la forma cómo acceder a la prestación de dichos servicios no cubiertos. 1% del total aplicado y 32.5% como calificación individual.

El ítem N° 22, 1% del total aplicado y 32.5% de forma individual. Se debe documentar el proceso de la atención del cliente, divulgar las guías con los criterios para la remisión a otras instituciones y establecer el proceso donde se

asegure que la información brindada al usuario sea clara y completa al paciente y su familia.

Nivel de cumplimiento del estándar cliente asistencial: 98%

- La Organización cuenta con el Direccionamiento Estratégico, donde se evidencia que la misión y la visión son precisas en la razón de ser de la IPS y se definen sus principios y sus valores. Se debe fortalecer la revisión periódica del Direccionamiento Estratégico y la divulgación al personal de la IPS.

Con un porcentaje de 6.7% del total y del 70% individual se debe fortalecer el ítem 10. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.

De igual forma, para el ítem 9. 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. Resultados: 6.94% del total y 72.5% de forma individual.

Nivel de cumplimiento del estándar de Direccionamiento Estratégico: 80.38%.

- Con respecto al estándar de Gerencia, se debe fortalecer el ítem 8. Las actividades específicas de monitoreo y mejoramiento. La evaluación del logro de las metas y objetivos. Y el ítem 11. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.

Resultado de ítem: 4.56% del total y 60% calificación individual, c/u.

Nivel de cumplimiento del estándar de Gerencia: 77.35%

- Los procesos que incluyen a los clientes internos de la organización, están soportados en decisiones estratégicas que conllevan a un adecuado desarrollo y desempeño del personal. Se deben fortalecer los espacios, los recursos y los mecanismos para desarrollar y mantener dichos procesos organizacionales.

Nivel de cumplimiento: 72.5%.

Siete (7) ítems del estándar se encuentran por debajo del 75%.

- La organización cuenta con un proceso de gerencia de la información y con los recursos necesarios para su adecuado desarrollo, generando habilidades de respuesta por parte de los profesionales hacia los requerimientos de los clientes internos y externos. Se debe diseñar el proceso para la priorización y

recolección de las necesidades, opiniones y niveles de satisfacción de los clientes del sistema.

El estándar de Información – Tecnología, presenta un nivel de cumplimiento del 75.11%. Se debe realizar un esfuerzo por parte de la Organización para dar cumplimiento a este estándar, ya que 11 ítems se encuentran por debajo del 75%.

- En la Organización se tiene presente el papel fundamental que cumplen los clientes internos para el buen desarrollo de los procesos y cumplimiento de la plataforma estratégica. Es importante implementar y retroalimentar procesos donde se incluya la voz del cliente interno.
- El compromiso demostrado por parte de la Alta Dirección para la ejecución de la primera etapa del proceso de Acreditación, como es el desarrollo de este proyecto, hace mucho más fácil garantizar la continuidad del proceso relacionado con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la IPS Consusalud.

9. RECOMENDACIONES

- Elegir un líder en la IPS que tenga el respaldo de la dirección para asegurar la continuidad del plan de acción con miras a realizar la acreditación en salud de la IPS.
- Diseñar un plan de comunicación para toda la organización, donde todos los interesados e involucrados en el proceso estén informados de la evaluación, del papel que desempeñan en esta y de la importancia de la acreditación para la Institución. Utilizar carteleras internas, correos electrónicos, programar agendas informativas en las reuniones de la Junta Directiva y todas las estrategias que la IPS considere pertinentes.
- Establecer un plan de capacitaciones a todo el personal de la IPS, donde se asegure que todos están listos para participar en el proceso de acreditación.
- Apoyo continuo por parte de la gerencia a todas las personas involucradas en el proceso.
- Documentar en un 100% todos los procesos de la cadena de valor, donde se deberá describir el desarrollo de las actividades de la organización generando valor al cliente final.
- Implementar y velar por la continuidad de la cultura de Calidad en toda la IPS, para garantizar la prestación de servicios con excelencia.
- Realizar un proyecto que permita tener en cuenta todas las variables como costos, inversión necesaria para la implementación de cada uno de los estándares del proceso de Acreditación.
- Costear la implementación del proceso y evaluar su viabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

AGUILERA, M. Oferta de Servicios en Atención Primaria. Rev. Aten Primaria 2003; 31:319-27

CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA. Acreditación en salud: Aprendiendo de la experiencia mundial. Revista Vía Salud 2000; Jul-Sep (13):6-15.

CONSULTORES ASOCIADOS EN SALUD S.A. Planificación Estratégica de 2008.

FRÍAS HUERTAS, Juan Carlos y RODRÍGUEZ DE LUNA, Nohora. Programa De Eficiencia y Calidad: Cómo alinear los objetivos estratégicos de una EPS con su red de Prestadores IPS. En: Gerencia Salud N° 41 (2006) www.gerenciasalud.com/art506.htm [Citado en febrero de 2006)

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS Y CERTIFICACIÓN, ICONTEC. Guía Básica para la Acreditación en Salud. Bogotá, 2004

JOAN, Guix Oliver. Calidad en Salud Pública, Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España; 2 Marzo de 2005; 19 (4):325-32.

LERMA, Héctor. Presentación de Informes. 2 ed. Bogotá: Ecoe, 2002. ISBN 9586583509.

MAYA, José. Sistema Único de Acreditación en Salud: Una nueva oportunidad para el mejoramiento del sector. Centro de Gestión Hospitalaria, Revista Vía Salud 2004; Ene-Mar (27):14 – 19.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1445 de 2006, Abril 03, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 de 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Guía Práctica de la Preparación para la Acreditación en Salud. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia, 2007

SUÑOLI R., HUMET, C. Garantía de calidad y acreditación en España. Informe SESPAS 2002. Tomo I. Cap.22 Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Valencia, 2002.

OTERO, Jaime. Calidad en Salud: ¿Qué es calidad en salud?. En: Gerencia Salud No. 2 (2002) <http://www.gerenciasalud.com/art17.htm> [citado en noviembre de 2002]

ANEXOS

Anexo A. Estándar Cliente Asistencial. Consusalud S.A – IPS. Aplicación estándares de acreditación en IPS.

PROBLEMAS	FACTORES CRITICOS DE ÉXITO								TOTAL		
	Gravedad	Riesgo	Beneficios a la comunidad	Política	Economía Costos	Técnica	Legal	Satisfacción del cliente	TOTAL	%	% acumulado
1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que guíe el proceso de atención al cliente, el cual está definido desde el plan de direccionamiento estratégico de la organización.	4	4	4	5	5	3	5	5	35	2%	2%
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.	5	5	5	5	5	3	5	5	38	2%	4%
3. La organización garantiza que los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.	5	5	5	5	5	3	5	5	38	2%	6%
4. En los casos en que los derechos de los pacientes deban ser informados a estos, y las condiciones de los pacientes no permitan que comprendan su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión.	5	5	5	5	5	3	5	5	38	2%	8%
6. La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se proveerá atendiendo al respeto que merece la condición de paciente, independiente de sexo, edad, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	10%
11. En caso de no atención a los pacientes con citas asignadas o autorizadas, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación y análisis de las causas de inatención. La organización es libre de definir la categorización (listado de causas), así como su amplitud, de las causas de dichas intenciones.	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	12%
12. La organización, a través de cualquier método probado y validado de estudio, conoce y analiza aquellos casos en los cuales los pacientes no pudieron acceder a los servicios.	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	14%

<p>13. La organización garantiza que podría brindar información al usuario sobre servicios que presta la organización, pero a los cuales no tiene derecho el paciente. La información debe ser explícita con relación a la forma cómo acceder a la prestación de dichos servicios no cubiertos.</p>	3	3	3	5	5	3	3	3	28	1%	15%
<p>18. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento, donde se le orienta sobre qué debe hacer antes de la atención por el técnico o profesional a cargo. § Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su atención. § La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	17%
<p>§ El personal a cargo de la recepción del paciente conoce el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso, el cual también es conocido por todo el personal de atención de la organización.</p>											
<p>19. La organización cuenta con un proceso de asesoramiento para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los pacientes carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes.</p>	5	5	5	5	4	5	5	5	39	2%	19%
<p>20. La organización cuenta con estándares de espera, para informar cuánto tiempo deben esperar los pacientes para acceder a la consulta o realización de exámenes. § Esta información está a la vista del público en la sala de espera. § Si por algún motivo se sobrepasa el tiempo previamente estipulado, se le explica personalmente al paciente las causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	21%
<p>21. La organización dispone de mecanismos para que el paciente afectado por esperas prolongadas pueda presentar quejas, sugerencias o recomendaciones. Independientemente del mecanismo, la organización garantiza que se lleva un registro de las mismas, que clasifica los motivos y genera acciones correctivas para evitar su recurrencia.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	23%
<p>22. La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención. En cualquier situación este proceso no será delegable, ni tendrá responsabilidad alguna, al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.</p>	3	3	3	5	3	3	3	3	26	1%	24%

<p>24. Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento, de los cuidados en salud ofrecidos por la organización, 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>En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías deben ser explícitas en contener:</p> <p>§ De quién es la responsabilidad de hacer la guía</p> <p>§ Cuáles son los objetivos de la guía</p> <p>§ Cuál fue el grupo que se reunió e hizo la guía</p> <p>§ Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia</p> <p>§ Formulación explícita de recomendaciones</p> <p>§ Costos y beneficios de la guía</p> <p>§ Cada cuánto se hará la actualización</p> <p>§ Cómo se evitaron los potenciales errores en la formulación de la guía</p> <p>§ Aplicabilidad</p> <p>§ Cada cuánto, y cómo, se monitorizará la adherencia a la guía</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	26%
<p>25. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado cuando sea necesario. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información al paciente o persona responsable, acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	28%
<p>26. La organización cuenta con procesos para obtener un registro firmado por el paciente cuando este decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	30%
<p>27. La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los procesos de atención.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	32%

<p>28. La organización cuenta con mecanismos para garantizar la privacidad y dignidad del paciente durante la atención con el profesional o técnico, lo anterior incluye, entre otras:</p> <p>§ La privacidad es respetada mientras el paciente se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico.</p> <p>§ La privacidad en lo posible debe ser visual y auditiva (de afuera hacia adentro y viceversa), excepto cuando se trate de consultorios odontológicos modulares</p> <p>§ Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.</p> <p>§ 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.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	34%
<p>29. La organización garantiza que durante el proceso de atención con el profesional o técnico asignado el paciente tiene la posibilidad de ser escuchado respecto a sus inquietudes.</p> <p>§ Los profesionales y técnicos escuchan las inquietudes de los pacientes, independientemente del tipo y contenido de las preguntas, sin generar juicios de valor frente a las creencias o conocimientos de los pacientes.</p> <p>§ Se procura siempre establecer contacto visual entre el paciente y el profesional o técnico que lo está atendiendo.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	36%
<p>30. La organización cuenta con un mecanismo que garantiza que en los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes, así como el manejo de sus eventos adversos, están sujetas a las guías de práctica clínicas previamente definidas</p> <p>§ Se realizan evaluaciones periódicas de dicha adherencia, con participación de los profesionales directamente involucrados en la atención.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	38%
<p>31. La organización garantiza que cuenta con procesos para que el profesional tratante provea información básica al paciente y su familia (cuando lo amerite) como resultado de su atención. La anterior información incluye, más no se limita a:</p> <p>§ El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma.</p> <p>§ El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben. 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 Reacciones Adversas Medicamentosas o Eventos Adversos Medicamentosos.</p> <p>§ Las indicaciones a seguir en la toma de medicamentos, tales como horarios e interacciones con otros medicamentos o alimentos.</p> <p>§ Especial importancia se le da a los cuidados y autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, etc.)</p> <p>§ 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 o discapacitados mentales.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	40%

<p>32. La información al paciente y su familia debe tener como resultado el óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos. § La información contenida en el anterior estándar puede estar reforzada o complementada por las acciones comprendidas en la sección de educación</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	42%
<p>33. La organización define y adopta, cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	44%
<p>35. La organización tiene identificados y definidos internamente una serie de fallas (humanas o de sistemas de soporte en la operación de los procesos prioritarios, los cuales su sola presencia generan un sistema de investigación, análisis y toma de decisiones para evitar un evento adverso prevenible.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	46%
<p>36. La organización garantiza que el paciente tiene el derecho de contar con la posibilidad de conseguir una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho, en caso que el paciente o la familia explícitamente lo solicite, puede ser informado a través de cualquier mecanismo de información con que cuente la organización, incluyendo el mismo profesional tratante.</p> <p>§ El profesional tratante debe estar informado de este derecho</p> <p>§ La organización debe respetar este derecho y en ningún caso puede rechazar o limitar el acceso al paciente si este decide volver a consultar.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	48%
<p>37. La organización debe contar con procesos donde se especifique cómo se manejan situaciones de urgencias médicas con los pacientes, indicando los mecanismos de remisión de los mismos.</p> <p>*[29]. Estas guías deben estar diseñadas y con capacidad de ser implementadas, así la función principal de la organización no sea la atención de urgencias</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	50%
<p>38. Los sistemas de información de la organización deben estar adecuados para identificar e incorporar en el registro del paciente, si la actual atención es consecuencia de un Evento Adverso ambulatorio o un ingreso a consulta ambulatoria por causa no resuelta en servicios de urgencias u otro servicio ambulatorio, así estos servicios no pertenezcan a la organización donde actualmente está siendo atendido.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	52%
<p>39. La organización cuenta con una definición interna sobre lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y se cuenta con programas establecidos, tomando la información generada en los sistemas de información, para cuantificar y generar acciones encaminadas a controlar tal situación.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	54%

<p>54. La organización cuenta con un proceso funcionando de educación en salud a los pacientes, el cual responde a las necesidades de las poblaciones objeto de los procesos de atención en salud que han sido realizadas en la misma</p> <p>§ Los parámetros que definen las necesidades de educación en salud para la población objetivo deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención diseñadas por la organización.</p> <p>§ El proceso es conducido por equipos multidisciplinarios, los cuales no necesariamente deben ser de dedicación específica, ni interactuar todos al tiempo con el paciente.</p> <p>§ El proceso cuenta con metas y objetivos claramente definidos, con un sistema de evaluación (incluyendo indicadores de satisfacción del usuario), y un sistema proactivo de mercadeo o información a los potenciales pacientes de su existencia.</p> <p>§ Los programas se apoyan en materiales educativos que reflejen la capacidad de entendimiento del público objetivo. Estos materiales deben contener elementos de promoción y prevención, especialmente fomentando el autocuidado.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	56%
<p>55. Los profesionales que remiten pacientes a estos procesos deben ser retroalimentados sobre la asistencia de sus pacientes a las labores de educación, así como el contenido genera de la educación. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	58%
<p>56. Se cuenta con una serie de reglas que condicionan cómo y qué información es necesaria para solicitar los exámenes de diagnóstico, así como quién cuenta con privilegios para solicitar dichos exámenes.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	60%
<p>57. Se instruye, si la condición lo amerita, al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	62%
<p>59. Si la organización no cuenta con la anterior facilidad, o si las condiciones de preparación o agenda de los profesionales a cargo de realizar dichos procedimientos no lo permite, se garantiza la adecuada explicación al paciente de cómo se debe solicitar la cita para la realización de los exámenes.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	64%

<p>60. La organización debe definir previamente si los resultados se les entregan al paciente y/o al profesional que solicitó el examen directamente. En cualquiera de los dos casos se le debe informar al interesado cuándo se tendrán los resultados de los exámenes y cuál es el mecanismo para su recolección o entrega.</p> <p>§ Siempre debe quedar constancia en la Historia clínica del paciente de los resultados y las conductas seguidas por el profesional tratante.</p> <p>§ 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 o discapacitados mentales.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	66%
<p>62. La organización podrá definir, teniendo en cuenta situaciones específicas, si la entrega y retroalimentación sobre los resultados de los exámenes amerita la presencia física del paciente en una cita de control.</p> <p>§ En este caso debe existir una serie de criterios explícitos de cuándo esto no es pertinente.</p> <p>§ De todos modos, deberá existir un mecanismo para comunicar dicha decisión al paciente o su familia, dejando constancia en la historia clínica.</p> <p>§ Deberá contarse con algún mecanismo posterior de seguimiento del entendimiento de las indicaciones dadas por el profesional al paciente</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	68%
<p>63. La organización cuenta con mecanismos de comunicación con los prestadores de servicios de laboratorio o imágenes, cuando los resultados no están acompañados de una lectura, en letra ilegible, sin firma o sello, sin código del responsable, y sin fecha de resultados. Igualmente se debe garantizar que entre los dos servicios exista un mecanismo de asesoría y consejería en la interpretación de los resultados.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	70%
<p>64. Previo al traslado se debe garantizar que en la organización donde se remite se cuenta con la disponibilidad del servicio.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	72%
<p>65. En el proceso de traslado se debe tener una información mínima, que incluye: quién transporta, por qué se transporta, dónde se transporta y quién recibe en la organización donde se remite.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	74%
<p>67. La organización cuenta con mecanismos para verificar la completitud y oportunidad de entrega de medicamentos a los pacientes.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	76%

<p>68. Si el paciente es remitido directamente a una hospitalización se debe garantizar la coordinación de dicho proceso desde el centro asistencial.</p> <p>§ Se cuenta con registros de quién coordina el trámite, quién lo va a recibir, dónde se va a recibir, y la disponibilidad de una cama hospitalaria.</p> <p>§ La organización se asegura que el paciente fue atendido por la organización donde fue remitido.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	78%
<p>69. La organización debe contar con procesos y criterios explícitos, conocidos por el personal de la organización, soportados preferiblemente en los sistemas de información (sistemas de alarmas, recordatorios, etc.), para remitir a los pacientes a programas especiales de promoción y prevención. El profesional remitente debe conocer si se le hizo o no la atención.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	80%
<p>70. La organización podrá contar con un proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al paciente, donde se le informe sobre los trámites que estos deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador. Este proceso podrá estar en cabeza del profesional tratante o en otro personal de la organización que ha sido oficialmente delegado para realizar dicha labor.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	82%
<p>71. La organización cuenta con estándares establecidos de tiempo para los procesos relacionados con el egreso del paciente, incluyendo la facturación de los servicios. Se garantiza asimismo la monitorización periódica del cumplimiento de estos estándares y el diseño, aplicación y evaluación de los mecanismos correctivos, cuando se observe un patrón de comportamiento deficiente frente al estándar establecido.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	84%
<p>73. La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	86%
<p>74. La organización cuenta con un mecanismo para evaluar la adherencia al tratamiento para los pacientes inscritos en los programas de enfermedades crónicas. Así mismo, cuenta con un sistema de evaluación de las causas de no adherencia y propone, implementa y evalúa sus resultados</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	88%
<p>75. La organización tiene establecido un proceso sistemático y periódico que permite monitorizar las sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones y quejas de los usuarios.</p> <p>§ A estas monitorizaciones se les realiza un proceso de consolidación, análisis y formulación de acciones de mejoramiento.</p> <p>§ El proceso es conocido por todas aquellas personas que tienen contacto directo con público y se capacitan constantemente con los cambios realizados</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	90%

<p>11. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.</p> <p>§ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables.</p> <p>§ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa.</p> <p>§ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo.</p> <p>§ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité.</p> <p>§ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno.</p> <p>§ 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>§ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización.</p> <p>§ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø Seguridad Ø Continuidad Ø Coordinación Ø Competencia Ø Aceptabilidad Ø Efectividad Ø Pertinencia Ø Eficiencia Ø Accesibilidad Ø Oportunidad 	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	92%
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	-----

<p>12. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.</p> <p>§ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo.</p> <p>§ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones.</p> <p>§ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras.</p> <p>§ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø Alto riesgo. Ø Alto volumen. Ø Alto costo. 	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	94%
<p>13. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.</p> <p>§ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</p> <p>§ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico.</p> <p>§ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico.</p> <p>§ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo.</p> <p>§ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas.</p> <p>§ Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	96%
<p>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.</p> <p>§ 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>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	98%
<p>§ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p> <p>§ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad.</p>	5	5	5	5	5	5	5	5	5	40	2%	100%

Anexo B. Estándar de Direccionamiento. Consusalud S.A – IPS. Aplicación estándares de acreditación en IPS.

PROBLEMAS	FACTORES CRITICOS DE ÉXITO								TOTAL		
	Gravedad	Riesgo	Beneficios a la comunidad	Política	Economía - Costos	Técnica	Legal	Satisfacción del cliente	TOTAL	%	% acumulado
1. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.	4	4	4	4	4	4	4	4	32	7,66%	7,66%
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.	4	4	4	4	4	4	4	4	32	7,66%	15,31%
3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico (incluyendo los valores, misión y visión) de la organización de acuerdo a los cambios del entorno. Esta definición contempla al menos los siguientes criterios: § La relación de la organización con la comunidad que sirve. § Los cambios normativos § La competencia en el mercado § El medio ambiente § Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el paciente y su familia. § Aspectos que guían la ética de la organización. § La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. § La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios	5	4	4	5	5	5	4	4	36	8,61%	24,16%
4. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización. § Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior planeación, implementación y evaluación. § 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.	5	4	4	5	5	5	5	4	37	8,85%	33,01%

5. Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	4	4	4	4	4	4	4	4	32	7,66%	41%
7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:	4	4	4	4	4	4	4	4	32	7,66%	48,33%
§ Oportunidad de la atención por tipos de servicios.											
§ Utilización de servicios por afiliado.											
§ Satisfacción global del cliente con la atención recibida.											
§ Calidad de la atención.											
8. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, el cual está alineado con el direccionamiento estratégico de la organización.	4	4	4	4	4	4	4	4	32	7,66%	56%
9. 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.											
9.1 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.											
El proceso incluye:	3	4	3	4	4	4	4	3	29	6,94%	62,92%
§ Elaboración de conceptos o documentos técnicos.											
§ Entrega de informes sobre solicitudes específicas.											
§ Los líderes están activamente involucrados en el seguimiento del desempeño											
9.2 El asesoramiento involucra las políticas o decisiones concernientes a los procesos de atención a los clientes.											
10. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.											
§ 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.	3	3	3	3	5	5	3	3	28	6,70%	69,62%
§ Especial énfasis debe ser puesto en la filosofía, políticas y procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias.											

<p>11. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.</p> <p>§ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables.</p> <p>§ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa.</p> <p>§ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo.</p> <p>§ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité.</p> <p>§ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno.</p> <p>§ 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>§ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización.</p> <p>§ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø Seguridad Ø Continuidad Ø Coordinación Ø Competencia Ø Aceptabilidad Ø Efectividad Ø Pertinencia Ø Eficiencia Ø Accesibilidad Ø Oportunidad 	4	4	4	4	4	4	4	4	32	7,66%	77,27%
--	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------	--------

<p>12. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.</p> <p>§ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo.</p> <p>§ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones.</p> <p>§ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras.</p> <p>§ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø Alto riesgo. Ø Alto volumen. Ø Alto costo. 	4	4	4	4	4	4	4	4	32	7,66%	84,93%
<p>13. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.</p> <p>§ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</p> <p>§ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico.</p> <p>§ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico.</p> <p>§ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente validos y comparables en el tiempo.</p> <p>§ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas.</p> <p>§ Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.</p>	4	4	4	4	4	4	4	4	32	7,66%	92,58%
<p>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.</p> <p>§ 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>§ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p> <p>§ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad.</p>	4	4	4	4	4	4	4	4	32	7,66%	100%

Anexo C. Estándar de Gerencia. Consusalud S.A – IPS. Aplicación estándares de acreditación en IPS.

PROBLEMAS	FACTORES CRITICOS DE ÉXITO								TOTAL		
	Gravedad	Riesgo	Beneficios a la comunidad	Política	Economía - Costos	Técnica	Legal	Satisfacción del cliente	TOTAL	%	% acumulado
1. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.	4	4	4	4	4	4	4	4	32	6,08%	6%
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:											
§ Una metodología para la identificación de las necesidades.	4	5	5	4	4	5	4	4	35	6,65%	12,74%
§ Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades.											
§ 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.											
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, incluido el Manual de Calidad de la Organización. El soporte es demostrado a través de:											
§ Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.	4	5	4	4	4	4	4	4	33	6,27%	19,01%
§ Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.											
§ Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.											
§ Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.											
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. Las metas y objetivos:											
§ Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.	4	4	4	5	4	4	4	4	33	6,27%	25,29%
§ Proveen orientación para el proceso de atención del cliente.											
§ Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia.											

<p>5. La gerencia de la organización promueve mecanismos de colaboración y coordinación para el mejoramiento organizacional o de procesos entre diferentes dependencias o departamentos.</p> <p>§ Se tienen hechos y datos de estas acciones colaborativas.</p>	3	3	3	3	3	3	3	3	24	4,56%	29,85%
<p>6. La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente y el sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos.</p>	4	3	3	4	4	4	3	3	28	5,32%	35%
<p>7. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento.</p>	4	3	3	4	4	4	4	4	30	5,70%	40,87%
<p>8. Las actividades específicas de monitoreo y mejoramiento. La evaluación del logro de las metas y objetivos.</p>	3	3	3	3	3	3	3	3	24	4,56%	45,44%
<p>9. 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:</p> <p>§ Dignidad personal.</p> <p>§ Privacidad.</p> <p>§ Seguridad.</p>	4	5	5	5	4	4	5	5	37	7,03%	52,47%
<p>10. 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:</p> <p>§ Una política clara emanada de la alta gerencia, que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y compañeros de trabajo</p> <p>§ Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención.</p> <p>§ Educación a los trabajadores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas.</p> <p>§ Información y educación a los clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas.</p>	5	5	5	5	4	4	4	5	37	7,03%	59,51%
<p>11. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.</p>	3	3	3	3	3	3	3	3	24	4,56%	64,07%

<p>12. 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:</p> <p>§ Revisión de prioridades en el plan. § Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención. § Evaluación de los recursos disponibles.</p>	4	4	3	4	3	4	3	3	28	5,32%	70,34%
<p>14. Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, esta (la delegataria) debe garantizar que:</p> <p>§ Se cuenta con un proceso de evaluación externa de calidad, con criterios explícitos, al delegado, previa delegación. § Evalúa periódicamente al delegado. Este ultimo conoce de antemano el proceso y los criterios con los cuales va a ser evaluado § Se cuentan con mecanismos de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el delegado, en los cuales se cuenta con participación de profesionales y técnicos de este último. § Se cuenta con procesos diseñados previamente de resolución de conflictos entre las partes.</p>	4	5	4	5	3	4	4	4	33	6,27%	76,62%
<p>14. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.</p> <p>§ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. § La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. § El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo. § La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. § El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. § La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. § El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. § Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen: Ø Seguridad Ø Continuidad Ø Coordinación Ø Competencia Ø Aceptabilidad Ø Efectividad Ø Pertinencia Ø Eficiencia Ø Accesibilidad Ø Oportunidad</p>	4	4	4	4	4	4	4	4	32	6,08%	82,70%

<p>15. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.</p> <p>§ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo.</p> <p>§ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones.</p> <p>§ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras.</p> <p>§ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø Alto riesgo. Ø Alto volumen. Ø Alto costo. 	4	4	4	4	4	4	4	4	32	6,08%	88,08%
<p>16. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.</p> <p>§ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</p> <p>§ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico.</p> <p>§ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico.</p> <p>§ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo.</p> <p>§ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas.</p> <p>§ Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.</p>	4	4	4	4	4	4	4	4	32	6,08%	94,16%
<p>17. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.</p> <p>§ 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>§ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p> <p>§ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad.</p>	4	4	4	4	4	4	4	4	32	6,08%	100%

Anexo D. Estándar de Información - Tecnología Consusalud S.A – IPS. Aplicación estándares de acreditación en IPS.

PROBLEMAS	FACTORES CRITICOS DE ÉXITO								TOTAL		
	Gravedad	Riesgo	Beneficios a la comunidad	Política	Economía - Costos	Técnica	Legal	Satisfacción del cliente	TOTAL	%	% acumulado
<p>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.</p> <p>1.1 Las necesidades que están identificadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Los procesos de atención a los clientes. § Planeación de la organización. § Asignación de recursos. § Productividad. § Educación del personal. § Investigación. § Necesidades del cliente y la comunidad. § Direccionamiento organizacional § Mejoramiento de la calidad § Coordinación de servicios frente a la atención del cliente. <p>1.2 Existe un plan para la gerencia de la información. El plan incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> § La identificación de las necesidades de información. § Captura de los datos. § Análisis de la información. § Transmisión de la información. § Estandarización de la información § Uso de la tecnología § Un proceso de implementación basada en prioridades. § Almacenamiento, conservación y depuración de la información. § Seguridad y confidencialidad de la información. § Sistema de evaluación del plan. § Sistema de mejoramiento § Uso de la información <p>1.3 Se cuenta con un plan que garantice el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.</p>	4	4	3	4	4	4	4	3	30	4,75%	4,75%
<p>2. Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)</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 La información soporta la gestión de los procesos relacionados con el cliente y los procesos que soportan la operación de la organización.</p>	4	4	4	4	4	4	4	4	32	5,07%	9,83%

<p>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.</p> <p>3.1 La organización garantiza el diseño y seguimiento de protocolos por cumplir en caso de variaciones observadas.</p>	3	4	3	4	4	4	4	3	29	4,60%	14,42%
<p>4. Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.</p> <p>4.1 La seguridad debe prevenir:</p> <p>§ Acceso no autorizado.</p> <p>§ Pérdida de información.</p> <p>§ Manipulación.</p> <p>§ Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos de los legalmente contemplados dentro de la organización.</p> <p>§ Deterioro físico de los archivos.</p> <p>4.2 Los registros médicos no pueden dejarse o archivarse en sitios físicos donde no estén restringido el acceso a visitantes o personal no autorizado.</p>	4	5	5	5	5	5	5	5	39	6,18%	20,60%
<p>5. Existe un proceso para transmitir los datos y la información.</p> <p>5.1 La transmisión debe garantizar la:</p> <p>§ Oportunidad.</p> <p>§ Facilidad de acceso.</p> <p>§ Confiabilidad y validez de la información.</p> <p>§ Confidencialidad y seguridad.</p>	4	4	4	4	4	4	4	4	32	5,07%	25,67%
<p>12. Le corresponde a la gerencia de sistemas, incorporar dentro de los sistemas informáticos o computarizados todas las listas de acrónimos o siglas definidas por la organización dentro de los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamentos.</p>	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3,80%	29,48%
TECNOLOGIA											
<p>1. La organización cuenta con un proceso de análisis, para que, previo a la introducción de nueva tecnología, se estudien factores, para garantizar la adecuada incorporación de la misma, tales como el costo beneficio o costo efectividad de la nueva tecnología, la evidencia de seguridad, etc.</p>	4	4	3	4	4	4	4	4	31	4,91%	34,39%
<p>2. Existe un proceso que garantiza que se minimizan los riesgos asociados con la adquisición y uso de las tecnologías. Su propósito es garantizar que cuando una tecnología es usada esta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es entendida por el profesional que la usa, ▪ Mantenido en una condición segura 	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3,80%	38,19%

3. La organización cuenta con un sistema que garantiza la continuidad de los procesos en casos de contingencia, tales como daño del equipo, fallas de luz, etc.	3	3	3	3	3	3	3	4	25	3,96%	42,16%
4. La organización garantiza que existe una responsabilidad delegada a un grupo de profesionales y técnicos *[69], por parte de la gerencia, para todos los aspectos de la gestión de la tecnología. El delegado debe garantizar: *[69] Puede ser una delegación a un tercero, externo a la institución. De todas maneras, la organización debe asegurarse que el estándar y sus criterios sean cumplidos. ▪ El reporte de los eventos adversos asociados con el uso de la tecnología ▪ La disseminación de la información sobre seguridad del uso de la tecnología ▪ La realización de entrenamientos en el uso de la tecnología ▪ La determinación de los precios de compra y los costos asociados al mantenimiento y gastos recurrentes ▪ La coordinación del inventario de equipos	3	3	3	4	3	3	3	3	25	3,96%	46,12%
5. La política de compra o reposición de tecnología de la organización debe incluir por lo menos: ▪ Definición del tiempo de vida útil de la tecnología ▪ Garantía ▪ Seguridad ▪ Confiabilidad, incluyendo los problemas o fallas reportadas por otros compradores ▪ Soporte, incluyendo qué tipo de soporte y por cuánto tiempo ▪ Necesidades e intervalos de mantenimiento	3	3	3	4	3	3	3	3	25	3,96%	50,08%
6. Existe una política organizacional para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología. Esto incluye, entre otras cosas la necesidad de: ▪ Pruebas de seguridad antes de usar la tecnología ▪ Entrenamiento a los profesionales y técnicos previo al uso	3	3	3	4	3	3	3	3	25	3,96%	54,04%
7. Todas las tecnologías cuentan con pruebas de validación previas a su aceptación dentro de la organización. ▪ No importa si es comprado, donado o en leasing. ▪ El chequeo debe ser realizado por personal entrenado ▪ Se debe comprobar que viene completo ▪ Se debe comprobar que se desempeña según el manual	3	3	3	4	3	3	3	3	25	3,96%	58,00%
8. La organización debe garantizarle a los usuarios de la tecnología: ▪ Que esta tenga instrucciones impresas ▪ Que el tamaño de los manuales sea fácilmente manipulables ▪ Que si son traducidos de otros idiomas sean coherentes	3	3	3	4	3	3	3	3	25	3,96%	61,97%
11. La organización cuenta con una política de renovación de tecnología. Esta puede estar basada, aunque no exclusivamente, en los siguientes criterios ▪ Cuando el costo de la reparación es mayor que el beneficio ▪ Existe una historia de poca confiabilidad ▪ Está técnicamente obsoleta ▪ No existen repuestos	3	3	3	4	3	3	3	3	25	3,96%	65,93%

<p>12. La organización garantiza que existe un sistema de reporte de eventos adversos asociados con el uso de la tecnología. Lo anterior incluye la definición y el entrenamiento sobre cómo reportar. La historia de eventos adversos son distribuidos a las personas apropiadas y las recomendaciones son implementadas.</p>	3	3	3	3	3	3	3	3	24	3,80%	69,73%
<p>13. Los profesionales que están directamente utilizando la tecnología están entrenados en la operación segura de las mismas, reconocen su malfuncionamiento y conocen cómo corregirlos o en su defecto, conocen cómo reportarlo.</p>	3	4	4	4	4	4	4	4	31	4,91%	74,64%
<p>14. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.</p> <p>§ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables.</p> <p>§ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa.</p> <p>§ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo.</p> <p>§ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité.</p> <p>§ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno.</p> <p>§ 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>§ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización.</p> <p>§ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø Seguridad Ø Continuidad Ø Coordinación Ø Competencia Ø Aceptabilidad Ø Efectividad Ø Pertinencia Ø Eficiencia Ø Accesibilidad Ø Oportunidad 	4	4	4	4	4	4	4	4	40	6,34%	80,98%

<p>15. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.</p> <p>§ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo.</p> <p>§ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones.</p> <p>§ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras.</p> <p>§ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø Alto riesgo. Ø Alto volumen. Ø Alto costo. 	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	6,34%	87,32%
<p>16. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.</p> <p>§ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</p> <p>§ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico.</p> <p>§ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico.</p> <p>§ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo.</p> <p>§ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas.</p> <p>§ Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.</p>	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	6,34%	93,66%
<p>17. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.</p> <p>§ 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>§ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p> <p>§ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad.</p>	4	4	4	4	4	4	4	4	4	40	6,34%	100,00%

Anexo E. Estándar Recursos Humanos. Consusalud S.A IPS. Estándares acreditación IPS.

PROBLEMAS	FACTORES CRITICOS DE ÉXITO								TOTAL		
	Gravedad	Riesgo	Beneficios a la comunidad	Política	Economía - Costos	Técnica	Legal	Satisfacción del cliente	TOTAL	%	% acumulado
<p>1. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.</p> <p>Estos procesos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Legislación relevante. § Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo. § Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial. § Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal. § Evaluación de desempeño. § Evaluación periódica de expectativas y necesidades que ayuden a dirigir el clima organizacional. § Políticas de compensación. § Estímulos e incentivos. § Bienestar laboral. § Necesidades de comunicación organizacional. <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>	4	4	4	4	4	4	4	4	32	8,49%	8,49%

<p>2. Existe un proceso para la planeación del recurso humano.</p> <p>2.1 El proceso descrito considera los cambios que ocurren en su ambiente, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Cambios en la misión de la organización. § Cambios en el plan estratégico. § Cambios en la estructura organizacional. § Cambios en la planta física. § Cambios en la complejidad de los servicios. § Disponibilidad de recursos. § Legislación relevante. § Tecnología disponible. <p>2.2 La asignación de personal para la prestación de los servicios en todos los niveles está diseñada de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Requisitos y perfil del cargo. § Identificación de los patrones de carga laboral del empleo. § Reubicación y promoción del personal en el evento de que una situación así lo requiera. <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>	3	3	3	4	3	4	4	3	27	7,16%	15,65%
<p>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 o empresas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.</p> <p>3.1 Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo. Las calificaciones incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto y se relacionan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> § Experiencia. § Licenciamiento o certificación, si aplica. <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"> § Conocimiento y habilidades. § Relaciones interpersonales. § Habilidades de liderazgo y administrativas. § Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad. 	4	4	4	5	4	4	5	4	34	9,02%	24,67%

<p>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.</p> <p>4.1 La educación continuada y actividades de entrenamiento promueven la competencia del personal</p> <p>§ La información que se provee acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø Valores. Ø Misión y visión. Ø Plan estratégico. Ø Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos. Ø Servicios disponibles. Ø Objetivos y metas de la organización Ø Estructura organizacional. Ø Expectativas del desempeño. Ø Legislación relevante. Ø Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones. Ø Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio. Ø Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización. <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>4.3 La organización garantiza que cuenta con un programa de capacitación dirigida específicamente a los conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos, tanto para los clínicos como para los no clínicos. El programa incluye un sistema de evaluación del entendimiento de dichos conceptos.</p> <p>4.4 El diseño y posterior evaluación de los programas de educación continuada tienen como insumo, para su planeación, las evaluaciones de desempeño que periódicamente debe realizar la organización., y que están descritas en el estándar 5 de esta sección.</p>	3	4	4	4	3	4	3	4	29	7,69%	32,36%
<p>5. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.</p> <p>§ El desempeño es revisado y documentado durante el período de prueba.</p> <p>§ El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa.</p> <p>§ Se provee retroalimentación al personal evaluado.</p> <p>§ Este sistema es dado a conocer a cada uno de estos desde el momento que inicia su relación laboral con la organización.</p>	3	3	4	4	3	3	3	3	26	6,90%	39,26%

<p>6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:</p> <p>§ 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.</p> <p>§ Investigación científica.</p> <p>§ Entrenamiento de estudiantes, si aplica.</p> <p>§ Conciliación de protocolos médicos.</p> <p>§ Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional.</p> <p>§ Evaluación periódica de las condiciones de trabajo.</p> <p>§ Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados.</p> <p>§ La atención al cliente y su familia.</p>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	24	6,37%	45,62%
<p>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.</p>	3	3	3	3	3	3	3	3	3	24	6,37%	51,99%
<p>8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye:</p> <p>§ Acceso a los registros.</p> <p>§ 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.</p>	3	4	4	4	4	4	4	4	4	31	8,22%	60,21%
<p>9. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.</p> <p>§ Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados.</p> <p>§ Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud.</p>	3	4	4	4	4	3	4	3	3	29	7,69%	67,90%

<p>10. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.</p> <p>§ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables.</p> <p>§ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa.</p> <p>§ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo.</p> <p>§ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité.</p> <p>§ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno.</p> <p>§ 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>§ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización.</p> <p>§ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø Seguridad Ø Continuidad Ø Coordinación Ø Competencia Ø Aceptabilidad Ø Efectividad Ø Pertinencia Ø Eficiencia Ø Accesibilidad Ø Oportunidad 	3	3	3	4	3	3	3	3	25	6,63%	74,54%
--	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------	--------

<p>12. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.</p> <p>§ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo.</p> <p>§ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones.</p> <p>§ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras.</p> <p>§ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø Alto riesgo. Ø Alto volumen. Ø Alto costo. 	4	4	4	4	4	4	4	4	32	8,49%	83,02%
<p>13. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.</p> <p>§ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</p> <p>§ El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico.</p> <p>§ La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico.</p> <p>§ Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo.</p> <p>§ Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas.</p> <p>§ Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.</p>	4	4	4	4	4	4	4	4	32	8,49%	91,51%
<p>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.</p> <p>§ 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>§ Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p> <p>§ Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad.</p>	4	4	4	4	4	4	4	4	32	8,49%	100,00%

