

CICLO DE PREPARACION PARA LA ACREDITACION MEDIANTE EL
DESARROLLO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES
AMBULATORIOS Y PRIORIZACIÓN DE LA OPORTUNIDADES DE MEJORA EN
LA ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA – HUILA

GINA ANDREA PERDOMO OROZCO
JAIME PEREZ TOVAR

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA – HUILA
2011

CICLO DE PREPARACION PARA LA ACREDITACION MEDIANTE EL
DESARROLLO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES
AMBULATORIOS Y PRIORIZACIÓN DE LA OPORTUNIDADES DE MEJORA EN
LA ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA – HUILA

GINA ANDREA PERDOMO OROZCO
JAIME PEREZ TOVAR

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de Especialista en
Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social.

Asesora

MARITZA ROA GOMEZ
Asesora de Calidad.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD
SOCIAL
NEIVA – HUILA
2011

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

A mis padres por su dedicación y apoyo decidido para que pudiera desarrollar mis estudios y lograr ser Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social.

Gina

A mi esposa María Victoria por su esmero y apoyo incondicional durante el tiempo en el que desarrolle los estudios de la especialización.

Jaime

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

Al Dr. Pedro Reyes Gaspar y a la Dra. Yivy Salazar Parra de la Facultad de Salud de la Universidad Surcolombiana, quienes con su experiencia y conocimientos se convirtieron en guía y motivadores para que este trabajo se desarrollará y cumpliera con los estándares definidos por la Universidad para optar por el título de Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social.

A la Dra. Maritza Roa, Asesora de Calidad, quien con su conocimiento, experiencia y dedicación, nos ayudo a forjar el camino para poner en práctica la teoría aprendida, y de quien de la mano logramos culminar este proceso de manera positiva.

A María Eugenia Rojas, Secretaria de la Especialización, por todo el apoyo brindado, por mantenernos informados y por su preocupación para que este trabajo se terminara de la mejor manera.

A los colaboradores de la ESE de La Plata – Huila, por permitirnos desarrollar este trabajo en esa Institución y especialmente al Subgerente actual Dr. Alexander Echavarría Losada, nuestro amigo y compañero.

A todos los participantes mil gracias.....

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. JUSTIFICACION	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
3. OBJETIVOS	19
3.1 OBJETIVO GENERAL	19
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4. ANTECEDENTES	20
4.1 ANTECEDENTES NORMATIVOS	20
4.2 HISTORICOS	28
4.2.1 Historia de la acreditación en el mundo	28
4.2.2 Historia de la Acreditación en Colombia	29
4.3 INSTITUCIONALES	35
4.3.1 ESE San Sebastian del Municipio de La Plata	35
4.3.2 Presentación Institucional	35
4.3.3 Reseña Histórica	35
4.3.4 Objetivos Generales	35
4.3.5 Delineamiento Estratégico	35
4.3.6 Misión	36
4.3.7 Visión	36
4.3.8 Principios	36
4.3.9 Valores	37
4.3.10 Portafolio de Servicios	37
4.3.11 Servicios Hospitalarios	38
4.3.12 Estructura Organizacional	38
4.3.13 Componente de Dirección Corporativa	40
4.3.14 Componente de apoyo logístico	41

	Pág.
5.	MARCO TEORICO 48
5.1	SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN 48
5.1.1	Propósitos del Sistema Único de Acreditación 48
5.1.2	Funciones de la Entidad Acreditadora 49
5.1.3	Manuales de Estándares de Acreditación existentes 50
	Anexo Técnico
5.1.3.1	Propósito de los Estándares del Proceso de Atención al Cliente-Asistencial 51
5.1.3.2	Propósito de los Estándares de Direccionamiento 51
5.1.3.3	Propósito de los Estándares de Gerencia 51
5.1.3.4	Propósito de los Estándares de Gerencia de Recursos Humanos 51
5.1.3.5	Propósito de los Estándares de Gerencia del Ambiente Físico 52
5.1.3.6	Propósito de los Estándares de Gerencia de la Información 52
6.	METODOLOGIA 53
6.1	TIPO DE PROYECTO 53
6.2	TIPO DE ESTUDIO 53
6.3	TIPO DE ANÁLISIS 53
6.4	POBLACIÓN OBJETIVO 53
6.5	PERIODO O LUGAR 54
6.6	UNIVERSO O MUESTRA 54
6.7	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN 54
6.7.1	Criterios de inclusión 54
6.7.2	Criterios de exclusión 55
6.8	SELECCIÓN DE LAS VARIABLES 55
6.9	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 57
6.10	ASPECTOS ÉTICOS 57
6.11	ALCANCE 57
7.	PRESENTACION DE RESULTADOS 58
8.	CONCLUSIONES 71

		Pág.
9.	RECOMENDACIONES	72
	BIBLIOGRAFIA	73
	ANEXOS	74

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. IPS Acreditadas en Colombia al 05 de Julio de 2011	34
Tabla 2. Conformación de Comités	41
Tabla 3. Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial	58
Tabla 4. Resultado total de las oportunidades de mejora priorizadas	60
Tabla 5. Estándares del Proceso de atención al cliente asistencial	61
Tabla 6. Consolidado Criticidad	63
Tabla 7. Derechos de los pacientes	63
Tabla 8. Proceso para garantizar el acceso al paciente	64
Tabla 9. Proceso de recepción del paciente	65
Tabla 10. Proceso de espera previo a la atención	66
Tabla 11. Proceso de planeación de la atención	67
Tabla 12. Proceso de consulta o atención	68
Tabla 13. Proceso de educación en salud	69

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1.	Organigrama	39
Figura 2.	Mapa de Proceso del Sistema de Gestión de la Calidad	47

LISTA DE GRAFICAS

		Pág.
Grafica 1.	Promedio Auto evaluación	59
Grafica 2.	Total de Criticidad	60
Grafica 3.	Oportunidades de mejora priorizada	62
Grafica 4.	Derechos de los pacientes	64
Grafica 5.	Proceso para garantizar el acceso al paciente	65
Grafica 6.	Proceso de recepción del paciente	66
Grafica 7.	Proceso de espera previo a la atención	67
Grafica 8.	Procesos de planeación de la atención	68
Grafica 9.	Procesos de consulta o atención	69
Grafica 10.	Proceso de educación en salud	70

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Cronograma	75
Anexo B. Glosario de términos	76
Anexo C. Matriz de autoevaluacion	84
Anexo D. Matriz de priorizacion	122

RESUMEN

Para la ESE San Sebastián de La Plata – Huila, es una meta ACREDITARSE ya que reconoce los beneficios que este logro le generara como son: mayor competitividad en el mercado, mayor oportunidad de ser escogida por los clientes, incremento de su facturación, satisfacción y fidelización de sus clientes, control sobre los eventos adversos, atención segura a los pacientes y oferta de servicios diferenciadores, entre muchas bondades más que se pueden listar; por lo anterior esta investigación tiene como propósito evaluar el estado actual de la ESE, frente a los estándares ambulatorios de acreditación, por lo que orienta todos sus esfuerzos a realizar la autoevaluación frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación; siendo está una gran oportunidad de aprendizaje para todas las partes involucradas en el proceso a iniciar.

Una vez agotadas las etapas del desarrollo del proyecto de investigación, las conclusiones relevantes que se identifican son:

- Los equipos de trabajo de la Institución han pasado por un proceso de capacitación y entrenamiento en la metodología de acreditación y se evidencia un alto compromiso frente a la meta planteada, cual es certificarse como Acreditados.
- En el proceso de auto-evaluación se evidenció que las dimensiones en su mayoría obtuvieron calificación 1, es decir que la Institución no ha madurado la dimensión de enfoque cual es el primer paso en el ciclo, ya que una vez desarrollada esta dimensión, se puede continuar evolucionando hacia las otras dos dimensiones que son la de implementación y la de resultados.
- En el proceso de priorización de oportunidades de mejora se evidenció que las que corresponden a los estándares de consulta o atención son las que se priorizaron en mayor cantidad con 18 oportunidades de mejora, seguidas de las del proceso para garantizar el acceso al paciente con 13, y 10 los que corresponden a derechos de los pacientes.

Palabras claves: Acreditación, SOGC, Estándares, Priorización

ABSTRACT

For ESE San Sebastian of La Plata - Huila, is a goal TO JUSTIFY ITSELF since it recognizes the benefits that this achievement should generate him like they are: major competitiveness on the market, major opportunity to control be chosen by the clients, increase of his turnover, satisfaction and loyalty of his clients, on the adverse events, sure attention to the patients and offer of services differentiation, between many kindness more than they can list; for previous this investigation has as intention evaluate the current condition of THIS, opposite to the ambulatory standards of accreditation, for what it orientates all his efforts to realize the autoevaluation opposite to the standards of the Only System of Accreditation; being a great opportunity of learning is for all the parts involved in the process to initiating.

Once exhausted the stages of the development of the project of investigation, the relevant conclusions that are identified are:

- The equipments of work of the Institution have happened for a process of training and training in the methodology of accreditation and a high commitment is demonstrated opposite to the raised goal, which is to be certified like Accredited.
- In the process of auto-evaluation there was demonstrated that the dimensions in the main obtained qualification 1, that is to say that the Institution has not matured the dimension of approach which is the first step in the cycle, since once developed this dimension, it is possible to continue evolving towards other two dimensions that are that of implementation and that of results.
- In the process of priorities of opportunities of improvement there was demonstrated that those who correspond to the standards of consultation or attention are those who were prioritized in major quantity by 18 opportunities of improvement, followed by those of the process to guarantee the access to the patient with 13, and 10 those who correspond to rights of the patients.

Key words: Accreditation, SOGC, Standards, priorities.

INTRODUCCIÓN

La calidad en los servicios de la salud, ha permitido lograr grandes beneficios tanto para los usuarios como para las organizaciones generando un alto impacto en la prestación de los servicios.

Cuando las instituciones de salud deciden trabajar por una cultura de la calidad a nivel organizacional, se ve reflejado en la satisfacción del usuario y la familia, logrando ser más competitiva en el mercado tanto regional como nacional.

Lo anterior, responde al interés de trabajar como tema de proyecto de grado, en la ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA - HUILA Institución Prestadora de Servicios de Salud de Baja complejidad.

Dicha institución ha incorporado dentro de las metas del Plan de Desarrollo, el perfeccionamiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGC) articulando todos sus componentes, como son el Sistema Único de Habilitación, el Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención en Salud, sistema de información para la calidad y el Sistema Único de Acreditación.

La ESE SAN SEBASTIAN DE LA PLATA - HUILA – pretende orientar todos sus esfuerzos a realizar la autoevaluación frente a los estándares del Sistema Único de Acreditación para su organización; siendo está una gran oportunidad de aprendizaje para todas las partes involucradas en el proceso a iniciar.

1. JUSTIFICACION

Bajo el concepto de calidad en la prestación de servicios de salud, la ESE San Sebastian del Municipio de La Plata – Huila busca generar un cambio relevante en sus procesos de atención, para lograr un incremento en la satisfacción de las expectativas y percepciones de sus clientes, el mejorar integralmente la organización y ver a la calidad como una herramienta vital y efectiva para el logro de sus objetivos misionales; redundara en el mejoramiento continuo en el proceso de atención.

La presente investigación tiene como propósito evaluar el estado actual de la ESE San Sebastian del Municipio de La Plata – Huila, frente a los estándares ambulatorios de acreditación, el avanzar en la preparación de la ESE para su presentación ante el ente acreditador, denota que día a día en esta IPS se deben planear y ejecutar procesos y acciones que redunden en el mejoramiento continuo de la calidad, que se expresen en una Institución más competitiva, que es preferida por los clientes, donde los usuarios se sienten seguros y confiados; más aún analizando que en el mercado actual las IPS privadas cobran importancia y han asegurado una notable participación, las IPS públicas no pueden ser inferiores a este reto, razón por la cual la ESE San Sebastian siendo una de las más grandes que oferta servicios de baja complejidad en el Municipio de La Plata – Huila, ha decidido ser pionera en este Municipio en la implementación de los más altos estándares de calidad para optar por la Acreditación.

Para la ESE San Sebastian es una meta ACREDITARSE ya que reconoce los beneficios que este logro le generara como son: mayor competitividad en el mercado de la prestación de servicios de salud, mayor oportunidad de ser escogida por los clientes como su IPS de referencia y/o preferencia, incremento de su facturación al obtener un mayor número de contratos, satisfacción y fidelización de sus clientes, control sobre los eventos adversos, atención segura a los pacientes y oferta de servicios diferenciadores, entre muchas bondades más que se pueden listar.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Colombia, desde la Ley 10 de 1990, pasando por 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.

Hacia el año 2005, La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, analizaba la calidad en salud desde dos perspectivas, una orientada hacia problemas acumulados y otra a problemas emergentes, oriento sus esfuerzos para garantizar acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de la atención en salud. (Política Nacional de prestación de servicios de salud).

El Decreto 1599 de 2005 - MECI, por medio del cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005, el cual determina las generalidades y la estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Control Interno en las entidades y agentes obligados conforme el artículo 5 de la Ley 87 de 1993

Con el Decreto 1011 de 2006, modificatorio del Decreto 2309 de 2002 y sus normas reglamentarias, ha permitido ir gradualmente interiorizando entre los diferentes actores la filosofía del Sistema Obligatorio de la Calidad.

Resolución 1445 de 2006 (Acreditación) y 3960 de 2008, a través de la cual se reglamentan las funciones de la Entidad Acreditadora, se adoptan los Manuales de Estándares para la Acreditación

Entre otras disposiciones, el Documento CONPES 3446/2006 que define los Lineamientos para una Política Nacional de Calidad, que posteriormente fueron acogidas como norma, mediante el Decreto 3257 de 2008, el cual en su artículo 2, párrafo establece que existirán dos sistemas de calidad en el país: El SOGC (metodología propia y con reconocimiento internacional) y El Subsistema Nacional de la Calidad”

El Decreto 4295 de 2007 y Resolución 2181 de 2008 donde se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003 y establece como norma técnica de calidad para el sector salud la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud

La Ley 1122 de 2.007 que cita la prestación de servicios con estándares óptimos de calidad

Como resultado de la aplicación normativa, la atención en salud en nuestro país, muestran un panorama diverso, unos resultados visibles de mejora continua sostenible, pero a la vez otros de alarma y deterioro.

Lamentablemente se ha generado una dura competencias entre los diferentes actores del sistema ofreciéndose los mismo productos, quienes bajan más los precios o quienes tienen mejores estrategias de marketing, las cuales al no evolucionar al mismo ritmo de otras, se ven afectadas al punto de poner en riesgo su subsistencia en el mercado, donde el paciente y su familia no son sus motivaciones centrales.

Este fenómeno se ve día a día en nuestro País, todavía existe una importante carencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que oferten servicios con los más altos estándares de calidad, orientando a un actuar institucional con eficacia, ofreciendo ventajas competitivas que generen 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.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Plantear el ciclo de preparación para la acreditación mediante el desarrollo del proceso de auto evaluación de los estándares ambulatorios en la ESE San Sebastian de La Plata – Huila, para la posterior priorización de los procesos y/o áreas a intervenir, de tal forma que de manera subsiguiente la ESE diseñe y ejecute planes de mejoramiento que faciliten el logro de la Acreditación a la Institución.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desarrollar el proceso de auto evaluación frente a cada uno de los criterios definidos en los estándares ambulatorios, en la ESE San Sebastian.

Realizar la priorización de los procesos o áreas a intervenir previo análisis de los resultados obtenidos en la auto evaluación.

4. ANTECEDENTES

4.1 ANTECEDENTES NORMATIVOS

Marco Legal del Sistema de Calidad en salud

Constitución Política de Colombia

Derechos Fundamentales a la Vida y a la Salud

Art. 189: Corresponde al Presidente de la República como Jefe de Estado, Jefe de Gobierno y Suprema Autoridad Administrativa, ejercer la inspección y vigilancia sobre instituciones de utilidad común.

Art. 209: Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley.

Art. 269: En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley.

Art. 354: Habrá un Contador General, quien llevará la contabilidad general de la nación... Corresponde al Contador General las funciones de uniformar, centralizar y consolidar la contabilidad pública, elaborar el balance general y determinar las normas contables que deben regir en el país, conforme a la ley.

Art. 267: El control fiscal será ejercido por La Contraloría General de la República, en forma posterior y selectiva conforme lo establecido por la Ley.

Art. 268: El Contralor General de la República tendrá las siguientes atribuciones: ... "6. Conceptuar sobre la calidad y eficiencia del Control Fiscal Interno de las entidades y organismos del Estado.

Art. 343: La entidad nacional de planeación que señale la Ley tendrá a su cargo el

diseño y la organización de los sistemas de evaluación de gestión y resultados de la administración pública, tanto en lo relacionado con políticas como en proyectos de inversión, en las condiciones que ella determine.

Art. 377: Deberán someterse a referendo las reformas constitucionales aprobadas por el Congreso, cuando se refieran a los derechos reconocidos en el Capítulo 1 del Título II y a sus garantías, a los procedimientos de participación popular, o al Congreso, si así lo solicita, dentro de los seis meses siguientes a la promulgación del Acto Legislativo, un cinco por ciento de los ciudadanos que integren el censo electoral. La reforma se entenderá derogada por el voto negativo de la mayoría de los sufragantes, siempre que en la votación hubiere participado al menos la cuarta parte del censo electoral.

Ley 10 de 1.990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 60 de 1.993. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política, se descentralizan los Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

Ley 100 de 1993. Es llamada Ley estatutaria, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Decreto 2269 de 1993. Del Ministerio de Desarrollo Económico, con el cual organiza el Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología - SNNCM, el esquema garantiza una amplia participación y exige el compromiso de todos los sectores involucrados: Gobierno, industria y consumidores en general.

“El Sistema Nacional de Normalización, Certificación y Metrología tiene como objetivos fundamentales promover en los mercados la seguridad, la calidad y la competitividad del sector productivo o importador de bienes y servicios y proteger los intereses de los consumidores.”

Decreto 1826 de 1994. Por medio del cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993. Desarrolla el artículo 9° mediante el cual se define que la Unidad u Oficina de Coordinación del Control Interno está en el nivel gerencial o directivo de las entidades.

Decreto 2174 de 1996. Definía la Acreditación como un componente del SOGC (Derogado)

Contratación de estudio de ajustes al SOGC (1999)

Decreto 2174 de 1996. Derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002. Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud.

Ley 489 de 1998. Por medio de la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional,... Esta ley en el Capítulo VI, trata sobre el Sistema Nacional de Control Interno así:

Art. 27: Creación del SNCl. Conformado por el conjunto de instituciones, instancias de participación, políticas, normas, procedimientos, recursos, planes programas, proyectos, metodologías, sistemas de información, y tecnología aplicable.

Decreto 2145 de 1999. Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones. El Presidente de la República, como máxima autoridad administrativa, es responsable de mantener el control de la gestión global sobre las políticas públicas.

Ley 715 de 2001. Es llamada Ley orgánica, 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.

Ley 691 de 2001. Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

Decreto 1537 de 2001. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado, enmarcados en cinco tópicos a saber: valoración de riesgos, acompañar y asesorar, realizar evaluación y seguimiento, fomentar la cultura de control, y relación con entes externos

Resolución 8728 de 2001. Se estructuró el proceso de acreditación de laboratorios y entes certificadores, donde se establecen los requisitos de acuerdo con los lineamientos internacionales, para responder con agilidad y eficiencia la demanda del comercio mundial.

Establece Reglas y Procedimientos de Acreditación

Tipos de organismos y modalidades de acreditación:

- Organismos de certificación
- Organismos de inspección
- Laboratorios de ensayos
- Laboratorios de calibraciones

- Organismos consultivos:
 - Consejo técnico asesor para la acreditación
 - Comités técnicos sectoriales

Ley 734 de 2002. Art. 34: Deberes: Son deberes de todo servidor público: (...) “31. Adoptar el Sistema de Control Interno y la función independiente de Auditoría Interna de que trata la Ley 87 de 1993 y demás normas que la modifiquen o complementen”.

Ley 872 de 2003. Artículo 1o. creación del sistema de gestión de la calidad. Créase el Sistema de Gestión de la calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el

desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados

“Crea el Sistema de Gestión de la calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de Gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios.”

Decreto 515 de 2004.por el cual se define el Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado y Contributivo EPS-C y EPS-S.

CONPES 3294 de 2004. Renovación de la Administración Pública, gestión por resultados y reforma del sistema nacional de evaluación. Este documento pone a consideración del CONPES los lineamientos generales, el alcance y los instrumentos con los cuales se reforma el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados en el marco del programa de renovación de la Administración Pública. Incluye además los resultados del plan nacional de desarrollo para la vigencia 2003 en cumplimiento de la Ley 152 de 1994.

Decreto 4110 de 2004. El Gobierno Nacional expidió el Decreto 4110 del 9 de diciembre de 2004, mediante el cual reglamenta la Ley 872 de 2003 y adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.

La responsabilidad del establecimiento y desarrollo del Sistema de Gestión de la Calidad será de la máxima autoridad de la entidad u organismo correspondiente y de los jefes de cada dependencia, así como de los funcionarios de la respectiva entidad.

Artículo 1° Adoptase la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, la cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme el artículo 2 de la Ley 872 de 2003.

Adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004, la cual determina las generalidades y sus requisitos mínimos del Sistema de Gestión de la Calidad.

Decreto 1599 de 2005. Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano.

Artículo 1. Adoptase el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005, el cual determina las generalidades y la estructura necesaria para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Control Interno en las entidades y agentes obligados conforme el artículo 5 de la Ley 87 de 1993. El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005 es parte integrante del presente decreto.

Artículo 2. El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas a que hace referencia el artículo 5 de la Ley 87 de 2005, será responsabilidad de la máxima autoridad de la entidad u organismo correspondiente y de los jefes de cada dependencia de las entidades y organismos, así como de los demás funcionarios de la respectiva entidad.

Decreto 1011 de 2006 (SOGC). “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

- Resolución 1043 de 2006 (Habilitación y Auditoria)
- Resolución 2680 de 2007
- Resolución 3763 de 2007

Resolución 1445 de 2006 (Acreditación)

Define las funciones de la Entidad Acreditadora

Adopta los Manuales de Estándares para la Acreditación

Escala de Calificación (Anexo Téc. N 2)

Conformación de los grupos de la Junta de Acreditación (Grupo de expertos en temas de Gestión, evaluación y mejoramiento de la Calidad, entre otras disposiciones.

Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Resolución 1448 de 2006. Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina.

Resolución 1315 de 2006. Por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmaco dependencia, y se dictan otras disposiciones.

Documento CONPES 3446 de 2006

“Lineamientos para una Política Nacional de Calidad”, y posteriormente fueron acogidas como norma, mediante el mencionado Decreto 3257 de 2008, el cual en su artículo 2, párrafo establece que existirán dos sistemas de calidad en el país:

- El SOGC (metodología propia y con reconocimiento internacional)
- El Subsistema Nacional de la Calidad”.

La ACREDITACIÓN es el proceso mediante al cual se reconoce la competencia técnica de un organismo para evaluar que un determinado bien, servicio, proceso, sistema de gestión, persona o instalación cumplen especificaciones o requisitos técnicos establecidos en un reglamento técnico o un documento normativo. Los documentos normativos pueden ser, guías técnicas o especificaciones normativas disponibles.

El principal atributo de la ACREDITACIÓN es el de transferir y asegurar confianza en los procesos de evaluación de la conformidad.

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Habla de la Prestación de servicios con estándares óptimos de calidad.

Ley 1164 de 2007. Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.

Decreto 574 de 2007 Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.

Decreto 1698 de 2007. Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas.

Decreto 4295 de 2007 y Resolución 2181 de 2008. "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003"

Establece como norma técnica de calidad para el sector salud la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Resolución 3960 de 2008 (ADT). Modifica el anexo téc. N 1 porque adiciona el Manual de Estándares de Acreditación para Direcciones Territoriales de Salud.

Modifica el anexo técnico. N 2, frente a la decisión de Acreditación condicionada y la condición de no acreditado.

Modifica los ciclos de la Acreditación

Amplía la duración de la Acreditación

Resolución 4796 de 2008. Por medio de la cual se reglamenta la atención por brigadas o jornadas de salud, se adoptan estándares de condiciones técnico - científicas para la habilitación de unidades móviles acuáticas y se dictan otras disposiciones.

Resolución 2181 de 2008. Expide la Guía aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del SGSSS.

Resolución 366 de 2010. Por la cual se definen algunas condiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las áreas de sanidad de los establecimientos de reclusión del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC, y se dictan otras disposiciones.

Decreto 323 de 2010. Por el cual se modifica y se adiciona el artículo 4° del Decreto 4738 del 15 de diciembre de 2008.

Ley 1438 del 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

4.2 HISTORICOS

4.2.1 Historia de la acreditación en el mundo. 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 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). 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 práctica.

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

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 Pacífico.

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

4.2.2 Historia de la Acreditación en Colombia. En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios.

El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

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.

Posteriormente, 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)

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 Acreditación.

Tabla 1. IPS Acreditadas en Colombia al 05 de Julio de 2011.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ACREDITADAS				
N°	Razón social	Código IPS	Municipio	Fecha de otorgamiento
1	Instituto del Corazón - Unidad de Negocios de la Fundación Cardiovascular de Colombia	68-00289	Bucaramanga	30-abr-2008 (2° ciclo)
2	Hospital Pablo Tobón Uribe	50010210401	Medellín	5-sep-2008 (2° ciclo), Acreditado con excelencia.
3	Hospital General de Medellín - "Luz Castro de Gutiérrez" ESE	05-0010214401	Medellín	25-feb-2009 (2° ciclo)
4	E.S.E. Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahíta"	53600212102	Itagüí	23-feb-2010 (2° ciclo)
5	Hospital Pablo VI Bosa ESE	11-001-0988100	Bogotá	23-mar-2010 (2° ciclo)
6	C.P.O. S.A. Centro Policlínico del Olaya	10010917800	Bogotá	28-mayo-2009 (2° ciclo)
7	Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.	76-001-01111-01	Cali	28-jul-2010 (2° ciclo)
8	Clínica del Occidente S.A.	11-001-9666-00	Bogotá	6-mayo-2011 (2° ciclo)
9	Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	11-001-0561800	Bogotá	25-julio-2007
10	Fundación Valle del Lili	76-001-02870-01 76-001-02870-02	Cali	25-julio-2007
11	Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE	11-001 02654-00	Bogotá	30-ene-2008
12	Hospital Nazareth ESE	11-0010944501 11-0010944502	Bogotá	28-mayo-2009
13	Laboratorio Clínico Continental Ltda.	0800100105-01 0800100105-02 0800100105-04 130010207501	Barranquilla	30-sep-2009
14	Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología	11-001-0911101 11-001-0911103	Bogotá	23-mar-2010
15	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl	050010217501	Medellín	29-abr-2010
16	Hospital Manuel Uribe Ángel ESE	052660491001	Envigado	29-abr-2010
17	Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lülle FOSCAL	68-01666-01 68-01666-03 68-01666-16	Bucaramanga	29-abr-2010
18	Hospital Universitario Departamental de Nariño ESE	520010110201	Pasto	28-jul-2010
19	Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt	110010825801 110010825802	Bogotá	11-mar-2011
20	Clínica Reina Sofía	110010918608	Bogotá	1-jun-2011
21	Hospital Civil de Ipiales ESE	523560035601	Ipiales	5-jul-2011

4.3 INSTITUCIONALES

4.3.1 ESE San Sebastian del Municipio de La Plata. Desde el año 2006, la Administración de la Empresa Social del Estado San Sebastián, determino que el fortalecimiento de la calidad y el buen servicio, fuera una de las líneas de acción prioritarias que orientara el rumbo institucional en concordancia con la implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, con el objetivo de incorporar a la vida institucional la cultura del mejoramiento continuo en los servicios que se prestan lo cual se evidencia en el incremento de la satisfacción de los usuarios.

4.3.2 Presentación Institucional. La ESE SAN SEBASTIÁN es una persona jurídica, de derecho público, sin ánimo del lucro, con personería jurídica y autonomía presupuestal, contractual y administrativa especializada en servicios de salud de primer nivel de complejidad.

4.3.3 Reseña Historica. Mediante Acuerdo 025 de 1997, se creó el Instituto Municipal de Salud de La Plata Huila, como una categoría de entidad pública, descentralizada del orden municipal, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, en desarrollo de la Ley 10 de 1990.

El Decreto Número 110 de diciembre 29 de 2004 por el cual se modifica la naturaleza jurídica y estructura funcional del Instituto Municipal de Salud como Unidad Administrativa Especial en Salud.

El Decreto Número 112 de diciembre 22 de 2005, se reorganiza la Unidad Administrativa Especial en Salud del municipio de La Plata y se transforma en Empresa Social, afianzando su responsabilidad con la salud de la comunidad del municipio de La Plata enmarcado en los principios de la Ley 100 de 1993.

4.3.4 Objetivos Generales. Prestar servicios de salud integrales, con alta calidad humana, técnica y científica de manera prioritaria a la población del Municipio de La Plata, afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, respetando sus derechos y exigiendo el cumplimiento de sus deberes.

4.3.5 Delineamiento Estratégico. El delineamiento estratégico del Plan institucional, se sustenta en la formulación y operación de las líneas de acción

definidas en el plan, resaltando cuatro líneas estratégicas que se relacionan a continuación; en las cuales se focalizaran los esfuerzos institucionales, se alineara a los funcionarios y contratistas en torno a propósitos comunes, se sentaran las bases para el desarrollo sostenible, facilitando el logro de la visión, para ello la Empresa Social del Estado San Sebastián, ofertara servicios de salud con calidad, considerando la sostenibilidad, las necesidades de la población y la integración con otros prestadores.

Las cuatro líneas estratégicas principales que enmarca el delineamiento estratégico para el decenio 2010-2020 son las siguientes:

- Participación en el mercado de los servicios de salud.
- Prestación de servicios de salud con calidad.
- Relaciones con grupos de interés.
- Gestión Administrativa y Financiera.

4.3.6 Misión. Somos una Institución Prestadora de Servicios de Salud de baja complejidad, competitiva, especializada en atención primaria, con talento humano calificado y los mejores recursos físicos y tecnológicos que garantizan una atención humanizada, focalizada a la mujer y la infancia, con excelencia y liderazgo en el departamento del Huila.

4.3.7 Visión. Para el año 2011 la ESE San Sebastián será la mejor institución del Departamento, acreditada, especializada en prestación de servicios de baja complejidad, fundamentando su solidez y rentabilidad social en el compromiso comunitario, la excelencia, el liderazgo, la competitividad y la implementación de estrategias innovadoras que garanticen el mejoramiento de la calidad de vida de toda la población.

4.3.8 Principios

Solidaridad: Es la práctica de ayuda entre las personas y las comunidades, identificando e interesándose en las necesidades del otro.

Responsabilidad: Hacer lo que se debe hacer en el tiempo establecido.

Sentido de pertenencia: Interés y cuidado que ponemos en cada una de nuestras tareas dándole valor agregado a nuestro quehacer.

Respeto: Valorar las creencias, actuaciones, sentimientos y motivos del otro.

Amabilidad: Entregar un trato cordial y cálido a nuestros semejantes.

Honestidad: Cuidar y utilizar de forma adecuada los recursos para la utilización de nuestra labor.

4.3.9 Valores

Equidad: Es hacer consciente las diferencias de necesidades de cada usuario, entregando a cada uno lo que necesita para disminuir las brechas de desigualdad.

Compromiso Social: Velar por el cuidado integral de la salud de las personas para el mejoramiento del bienestar y calidad de vida de la población.

Trabajo en Equipo: La efectiva participación y cooperación de cada uno de nuestros colaboradores.

Mejoramiento Continuo: Es nuestra voluntad de aprendizaje permanente con actitud positiva frente al cambio para el óptimo desempeño individual y empresarial.

Atención Humanizada: Actuar con sensibilidad y empatía para animar y acompañar al usuario y su familia, respetando sus derechos.

4.3.10 Portafolio de Servicios

Consulta externa Médica

Consulta externa Especializada (especialidades básicas)

Programas Especiales (Control de Adulto Mayor, CCyD, CPN, CPF y Control Joven)

Inmunizaciones.

4.3.11 Servicios Hospitalarios

Consulta Externa Medicina General

Consulta Externa Medicina Especializada

Plan Ampliado de Inmunizaciones

Vacunación.

Promoción y prevención Planificación Familiar

Promoción y prevención Promoción de la salud.

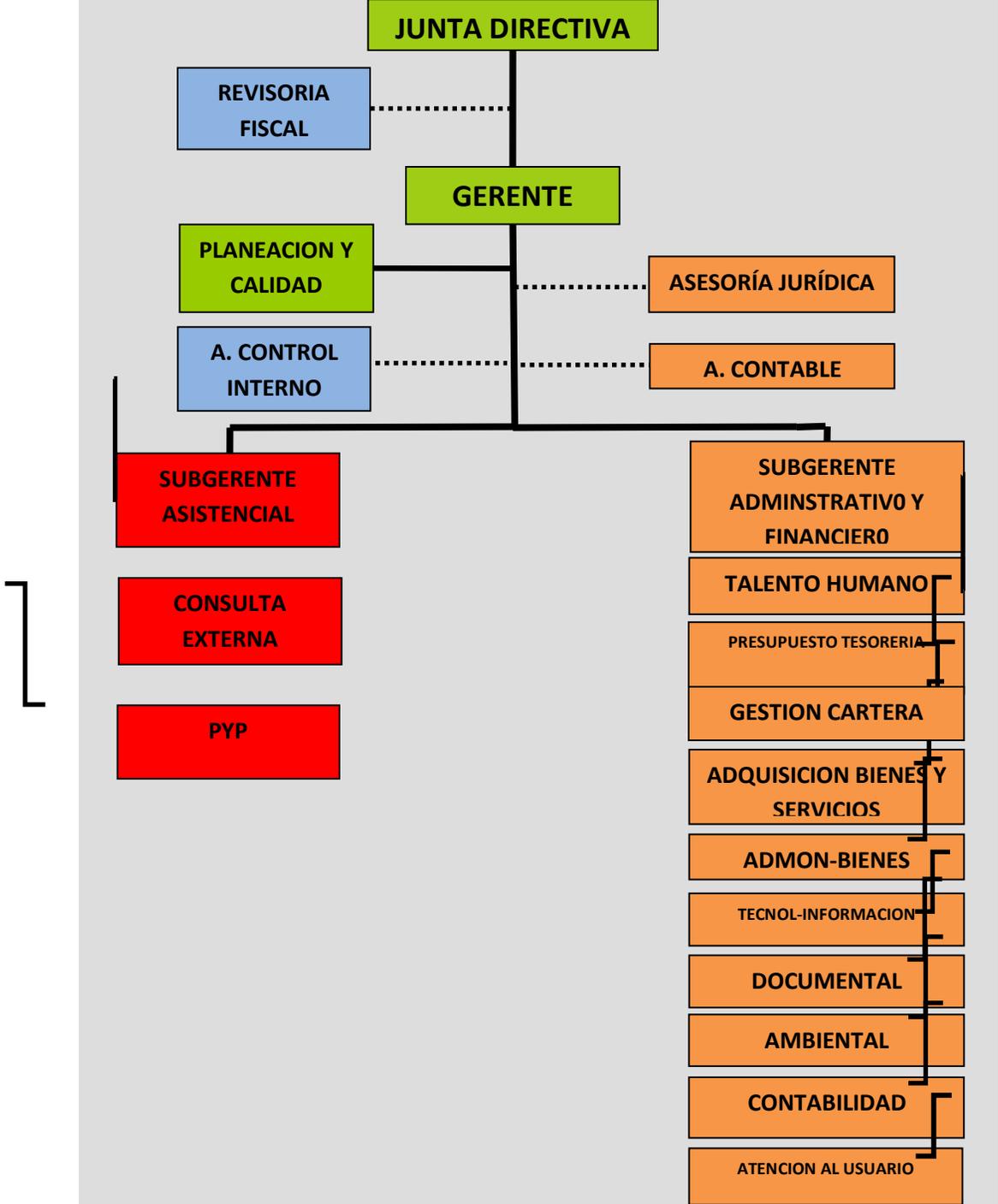
Consulta Externa Enfermería.

4.3.12 Estructura Organizacional. La E.S.E San Sebastián, opera como una organización de carácter funcional sistémica que le permite responder de manera flexible a los cambios y al crecimiento que el entorno empresarial le va exigiendo.

La organización se enmarca dentro de un esquema empresarial ágil y moderno, que le permite responder eficientemente a los compromisos que se definen en su misión y en sus objetivos. Todas las herramientas, metodologías y desarrollos tecnológicos disponibles en el medio, en el área de prestación de servicios de salud, la gerencia, la administración, el mercadeo y las finanzas, se incorporan a la gestión, para mejorar la calidad de sus productos y servicios; para terminar ubicándola en las mejores condiciones de competitividad.

La E.S.E. como empresa dedicada a la prestación de servicios de salud, se organiza a partir de una estructura básica funcional que fortalece su gestión y que está conformada por tres componentes empresariales los cuales son:

Figura 1. Organigrama



4.3.13 Componente de Dirección Corporativa. El componente de Dirección Corporativa está conformado por la Junta Directiva por la Gerencia y las Subgerencias, quienes son los encargados de mantener la unidad de objetivos e intereses de la organización en torno de la misión y objetivos, además serán los responsables de identificar las necesidades y expectativas de los usuarios, definir las estrategias del servicio y de mercadeo, asignar recursos, adoptar y adaptar normas de eficiencia y de calidad, controlar su aplicación en la gestión institucional y todas las demás funciones de Dirección que faciliten el normal desenvolvimiento y posicionamiento en el SGSSS. La Gerencia cuenta con el apoyo articulador y operativo del área de planeación y calidad.

Dentro de los procesos de apoyo logístico se encuentra el usuario de los servicios con el fin de destacar el carácter de la institución, como una organización dedicada a la prestación de servicios de salud y en la cual el usuario, que solicita el servicio, se constituye en el centro de cuidado y de la atención de toda la organización. Esta característica se refleja en una cultura institucional de todos los empleados y contratistas hacia el servicio, la cual se manifiesta en los altos niveles de satisfacción reconocidos por parte de los usuarios.

La Dirección corporativa funciona así:

La Junta Directiva y la Revisoría Fiscal, se encuentra conformada como está reglamentada en los estatutos.

La Gerencia, se encuentra conformada cumpliendo con la normatividad vigente y con los reglamentos de la Empresa.

Se tienen conformados los siguientes comités que cumplen con funciones de asesoría y apoyo a la Gerencia.

Tabla 2. Conformación de Comités.

MACROCOMITE DE GESTION ASISTENCIAL	MACROCOMITE DE APOYO A LA GESTION GERENCIAL
COMITÉ TECNICO CIENTIFICO COMITÉ ETICA HOSPITALARIA HISTORIAS CLINICAS COMITÉ COVE (IAMI, AIEPI –VIH-PAI-SIVIGILA).	COMITÉ DE CALIDAD COMITÉ DE CONTROL INTERNO COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE. COMITÉ DE COMPRAS. COPASO COMITÉ DE BIENESTAR SOCIAL COMITÉ CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO COMITE DE EMERGENCIAS Y DESASTRES COMITÉ GESTION DOCUMENTAL

4.3.14 Componente de apoyo logístico. El componente de apoyo logístico se organiza con el enfoque de procesos, con el fin de dar respuesta a los requerimientos de cada uno, ajustándose a las normas técnico administrativas y científicas establecidas a las características propias y los estándares de calidad definidos por la institución y por las normas vigentes, así mismo se da respuesta oportuna para que la capacidad de la oferta institucional del portafolio esté disponible y así poder cumplir con las obligaciones contractuales adquiridas con los usuarios y las EPS. El crecimiento del componente de apoyo logístico depende del desarrollo y el crecimiento que adquiera el componente misional.

Cada proceso de apoyo tiene un coordinador y un equipo primario de trabajo encargado de los procesos de mejoramiento.

El componente de apoyo logístico se organiza con los siguientes procesos:

- Proceso de Talento Humano. Responsable de la convocatoria de selección, inducción, entrenamiento, seguimiento y evaluación del recurso humano.
- Presupuesto y Tesorería: Es el proceso encargado de la proyección de ingresos y gastos de la Empresa y registrar los movimientos realizados al mismo.
- Gestión de Cartera. Proceso encargado de la facturación, cartera y apoyo a los contratos suscritos por la Empresa y presentación y seguimiento de las cuentas o facturas por venta de servicios
- Adquisición de bienes y servicios. Proceso que se encarga de las etapas precontractual-contractual en la adquisición de bienes y servicios en la Empresa
- Administración de bienes. Proceso encargado de seleccionar, adquirir, recepcionar, Almacenar y distribuir los insumos y equipos necesarios para el adecuado desempeño de los diferentes procesos. Además es el encargado de gestionar los activos fijos..
- Gestión Tecnológica y Sistemas de Información. Proceso responsable de la administración de la red de sistemas del soporte y mantenimiento del hardware y software, del análisis, diseño, desarrollo e implementación de aplicativos y de la gestión y auditoria de la información en el ámbito informático de manera íntegra, confiable y oportuna. Además es el proceso responsable de la recolección de datos hasta la presentación de informes en forma oportuna y confiable con el fin de dar soporte en la toma de decisiones.
- Gestión Ambiental. Proceso que se encarga del registro, análisis y presentación de informes de los consumos de energía-agua y demás elementos que necesita la Empresa en su proceso productivo, igualmente verificar el cumplimiento de la normatividad respecto a los impactos ambientales por la generación de residuos.
- Gestión Documental. Proceso encargado de administrar y gestionar adecuadamente los documentos que produce, recepciona, distribuye, tramita, organiza, consulta, conserva y dispone la empresa, con la observancia y aplicación de los lineamiento normativos que rigen el proceso.
- Gestión Contable. Proceso encargado de clasificar, registrar y procesar los

datos de carácter económico y administrativo de la institución con el fin de generar información oportuna y útil para la toma de decisiones.

- Gestión de Atención e Información al usuario. Se encarga de la orientación de los usuarios en la prestación de los servicios, igualmente de la recepción y trámite de las quejas, peticiones. Reclamos, sugerencias etc. de los mismos dentro de los lineamientos normativos para este caso. Permanentemente monitorea la satisfacción del usuario.
- Proceso Gestión Jurídica. Se encarga del acompañamiento Jurídico a la Empresa con la finalidad de evitar demandas que afecten o coloquen en riesgo la estabilidad institucional desde la parte económica y Jurídica.
- Las Subgerencias. De prestación de servicios de salud y administrativa son instancias que operativizar los objetivos, intereses y políticas de la organización definidos por la Dirección corporativa y realizan la coordinación de los componentes de prestación de servicios y apoyo logístico.
- El Proceso de Gestión de Planeación y Calidad. Se encarga de articular y coordinar las acciones en el cumplimiento de los lineamientos del SOGC de los servicios habilitados por la Empresa.
- Componente Misional. El componente misional o de servicios de salud, se organiza igualmente con enfoque de procesos alrededor del portafolio de servicios que se oferta, resultante del análisis permanente de las necesidades del medio, expresadas por las diferentes entidades que solicitan la prestación de servicios, el proceso misional tiene un coordinador general el cual articula con los equipos primarios de cada proceso en función del mejoramiento.

La composición funcional en el área misional está organizada en los siguientes procesos:

- Proceso de consulta externa. Es el proceso responsable de la organización y prestación de los servicios de consulta médica general, consulta odontológica general.

- Proceso de Atención Primaria en Salud. Proceso que se encarga del desarrollo de los programas de Promoción y Prevención, realización de los procesos-procedimientos- actividades e intervenciones, operativos-asistenciales- de vigilancia y seguimiento que sean necesarias para garantizar el mantenimiento y/o, mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades.

- Política de Calidad. La Empresa Social del Estado “San Sebastián” está comprometida con satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias, prestando servicios de salud en forma accesible, oportuna, pertinente, segura y continúa. Asumimos este compromiso, mejorando permanentemente el Sistema de Gestión de la Calidad, brindando información confiable al usuario, disponiendo de un equipo humano amable, respetuoso e idóneo y una tecnología adecuada.

- Objetivos de Calidad

- Mejorar permanentemente el cumplimiento de los estándares de calidad en la prestación de los servicios.

- Incrementar la satisfacción de los usuarios y sus familias.

- Mejorar el cumplimiento de los estándares de desempeño del talento humano.

- Mejorar permanentemente la eficacia del sistema de Gestión de la Calidad.

- Descripción del Sistema de Gestión de Calidad. La ESE San Sebastián, ha establecido, documentado e implementado un sistema de Gestión de la Calidad para la prestación de los Servicios de Salud, el cual mantiene y mejora cumpliendo con los requisitos que propenden por su eficacia.

- Estructura Organizativa para la Calidad. La ESE San Sebastián, ha desarrollado una estructura organizativa para mantener el Sistema de Gestión de Calidad, paralela a la estructura funcional y conformada por:

- El Representante de la Gerencia, quien vela por el mejoramiento de los procesos necesarios para el sistema de Gestión de la Calidad.

- Un coordinador de calidad quien garantiza la ejecución de todas las actividades necesarias para el mejoramiento continuo de los procesos en busca de la satisfacción de los usuarios.
- Los coordinadores o líderes de proceso: Son los gestores la calidad y tienen la responsabilidad fundamental de la implementación y mejoramiento de los procesos, garantizando la participación del personal a cargo.
- El Comité de calidad: conformado por el representante de la Gerencia, el coordinador de calidad y los coordinadores o líderes de procesos designados, tienen como función principal asesorar a la Gerencia en la toma de decisiones para el mejoramiento del sistema de gestión de calidad.
- Los auditores internos de calidad, por su formación apoyan al proceso dentro del cual se encuentre su función.
- Asesores externos, quienes en los momentos necesarios brindan soporte y consultoría a la institución.
- Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad. La ESE San Sebastián, siguiendo las recomendaciones normativas, adopto un enfoque basado en procesos, para el desarrollo, implementación y mejora de la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad.

Para ello se caracterizaron los procesos que constituyen el Sistema de Gestión de la Calidad, teniendo en cuenta las cuatro categorías propuestas en la Norma ISO.9001 2000. (Responsabilidad de la dirección-Gestión de recursos-Realización del producto y Medición análisis y mejora) dichos procesos hacer parte del quehacer habitual de la empresa y aparecen reseñados en el mapa de procesos de la gestión de calidad. (Ver figura 2).

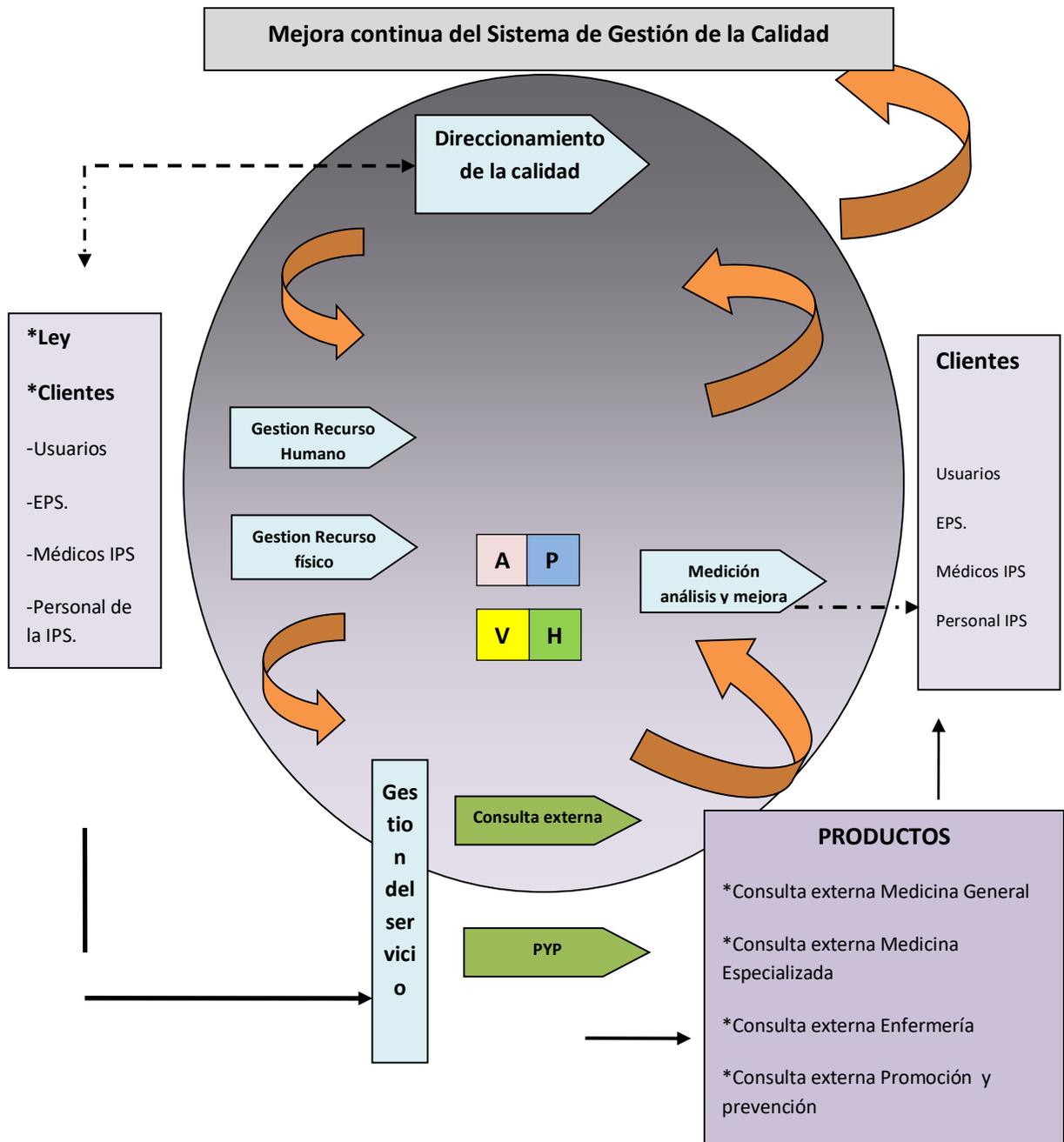
Los procesos del sistema de Gestión de la Calidad de la ESE San Sebastián son:

- En la categoría de responsabilidad de la Dirección se ha identificado el proceso de “Direccionamiento de la Calidad”

- En la categoría gestión de recursos se han identificado, los procesos de “Gestión de Recurso Humano” y “Gestión de recursos físicos”
- En la categoría realización del producto: Prestación de servicios se ubican los procesos de: Consulta Externa. (médica general y especializada), Promoción y Prevención, y gestión del servicio, el cual comprende las actividades no asistenciales que permiten el acceso a los servicios de salud.
- En la última categoría se encuentra el proceso de “medición, análisis y mejora”.

Teniendo en cuenta que el conocimiento de la secuencia y de las interrelaciones entre procesos facilita la Gestión de la Calidad la ESE San Sebastián, ha caracterizado cada uno de los procesos de su Sistema y los presenta en forma grafica, para facilitar la interpretación, entendimiento, aplicación y verificación del sistema.

Figura 2. Mapa de Proceso del Sistema de Gestión de la Calidad.



5. MARCO TEORICO

5.1 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Por acreditación en Colombia debe entenderse:

“Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas. Es realizada por personal idóneo y entrenado para tal fin y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizados para dicha función”¹.

5.1.1 Propósitos del Sistema Único de Acreditación

Misión. “Mejorar la gestión por calidad de las organizaciones de salud mediante un proceso voluntario de autoevaluación y evaluación externa, con unos estándares óptimos factibles, para mejorar la salud de los colombianos”.

Visión. “Ser el mecanismo fundamental y de mayor credibilidad para direccionar el mejoramiento de las instituciones de salud en Colombia”.

Principios. El Sistema Único de Acreditación en Salud se orienta por los siguientes principios:

Confidencialidad. La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales. No obstante, la calificación final de las instituciones a las cuales se les otorgue la acreditación podrá hacerse pública, previa autorización de las instituciones acreditadas.

¹ www.avancejuridico.com (Resolución 1445 de 2006)

Eficiencia. Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procurarán la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud.

5.1.2 Funciones de la Entidad Acreditadora

Promover el Sistema Único de Acreditación.

Seleccionar y entrenar a los profesionales que cumplirán las funciones de evaluación en el Sistema Único de Acreditación.

Estandarizar los procedimientos de evaluación.

Definir el procedimiento operativo que deben efectuar las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y/o Subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para presentarse al proceso de Acreditación.

Conformar la Junta de Acreditación y el Comité de Apelaciones.

Revocar o suspender la acreditación otorgada, cuando durante el proceso de seguimiento por parte de la entidad acreditadora se evidencie que la institución ha dejado de cumplir las condiciones exigidas para obtener la acreditación en salud, de acuerdo con los procesos de otorgamiento de la acreditación a que hace referencia el artículo 5º de la presente resolución.

Diseñar, sistematizar y mantener actualizado un banco de datos con la información relativa a las instituciones que participen en el Sistema Único de Acreditación.

Realizar la divulgación sobre las organizaciones que han obtenido la acreditación.

Presentar al Ministerio de la Protección Social sin afectar el principio de confidencialidad los informes que requiera para efectos de definición de políticas.

Elaborar y enviar un informe ejecutivo semestral al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.

Las demás que se establezcan en las bases del concurso de méritos o del proceso de escogencia previsto en la Ley 80 de 1993, o en las normas que la modifiquen, sustituyan o el Estatuto General de Contratación de la Administración².

5.1.3 Manuales de Estándares de Acreditación existentes Anexo Técnico

Estándares de acreditación. Para efecto de que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, se adoptan los manuales de estándares que se señalan a continuación, los cuales se encuentran contenidos en el Anexo Técnico número 1 que forma parte integral de la presente resolución:

- Manual de Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.-EAPB.-
- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Hospitalarias.
- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias.
- Manual de Estándares de Acreditación para los Laboratorios Clínicos.
- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología.

² www.unydos.com (Resolución 1445 de 2006)

- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilitación y Rehabilitación.

5.1.3.1 Propósito de los Estándares del Proceso de Atención al Cliente-Asistencial. La sección de los estándares del proceso de atención al paciente, en su forma general y los específicos para ciertos servicios, pretende señalar el camino lógico de la relación paciente - organización dentro de un proceso discreto de atención. Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave de la atención frente al paciente y su familia.

La organización debe entonces garantizar que se ofrezcan servicios de calidad dentro de un ambiente de trabajo seguro.

5.1.3.2 Propósito de los Estándares de Direccionamiento. Los órganos de direccionamiento de la organización deben estar en permanente capacidad de desarrollar, implementar y desplegar una serie de competencias organizacionales que orienten a la institución hacia la calidad. De esta manera se promueve que estos órganos de gobierno estén involucrados explícitamente en la continua orientación de la institución hacia procesos de mejoramiento y contribuir en el despliegue de esa orientación hacia los diferentes niveles de decisión.

5.1.3.3 Propósito de los Estándares de Gerencia. El proceso de atención al cliente y su familia, así como los procesos que involucran a los clientes internos, deben estar soportados por una serie de decisiones estratégicas que orienten el adecuado desarrollo y desempeño de cada uno de estos. Es responsabilidad de la gerencia de la organización, garantizar espacios, recursos y mecanismos para desarrollar este tipo de decisiones y lograr mantenerlos en el día a día de los procesos organizacionales. La presente sección desarrolla una serie de elementos básicos y fundamentales que soportan la adecuada toma de decisiones.

5.1.3.4 Propósito de los Estándares de Gerencia de Recursos Humanos. El esquema de trabajo organizacional, basado en filosofías de Mejoramiento Continuo de la Calidad, debe tener presente que los trabajadores de la organización cumplen un papel preponderante como clientes internos de sus procesos o dependencias funcionales. De la manera como se enfoque la participación de estos clientes dentro de la toma de decisiones, su implementación y retroalimentación (oír la voz del cliente interno), así será el grado de cambio

dentro de cada una de estas organizaciones. Una organización podrá lograr el mejoramiento continuo de sus procesos sólo en la medida en que reconozca y acepte la promoción de una cultura participativa dentro de sus trabajadores.

5.1.3.5 Propósito de los Estándares de Gerencia del Ambiente Físico. La provisión de servicios, así como el desarrollo inherente a los procesos, se desarrolla dentro de un ambiente que impone una serie de riesgos con igual o mayor número de consecuencias adversas al bienestar de los clientes y empleados de la organización. La gerencia del ambiente físico pretende generar una serie de procesos o políticas encaminados a establecer unos mecanismos operativos de prevención y manejo de esos potenciales riesgos con el fin de garantizar la seguridad y calidad del entorno donde se desarrollan los procesos organizacionales.

5.1.3.6 Propósito de los Estándares de Gerencia de la Información. La sección de los estándares de la 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. Implica el facilitar las decisiones de los trabajadores de la organización (en todo nivel), basados en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos. La gerencia de la información debe garantizar la estructura y coherencia de la información para generar habilidades de respuesta a los requerimientos de los clientes, sus familias y trabajadores³.

³ www.acreditacionensalud

6. METODOLOGIA

6.1 TIPO DE PROYECTO

Una vez revisados los objetivos del proyecto, se define que este será un proyecto de Investigación, dado ya que denota la producción u obtención de algo, su evaluación, y su empleo como parte de una intervención; donde el qué, por qué y para qué figuran como componentes constantes en el desarrollo del mismo.

6.2 TIPO DE ESTUDIO

Partiendo del concepto del estudio descriptivo, que denota la utilización de un tipo de metodología a aplicar para deducir un bien o circunstancia que se esté presentando; se decide que este será el tipo de estudio a llevar a cabo, ya que a través la aplicación de la auto-evaluación de los Estándares Ambulatorios, se puede identificar las oportunidades de mejora que tiene la Institución y que debe trabajar durante el proceso de preparación para optar por la Acreditación en salud.

6.3 TIPO DE ANÁLISIS

Considerando que el análisis cualitativo y cuantitativo no son excluyentes, sino más bien complementarios, ya que el análisis cualitativo, por un lado, ofrece un gran caudal y precisión en las observaciones realizadas; por otro lado, el análisis cuantitativo puede ofrecer información estadísticamente significativa y sus resultados pueden considerarse generalizables, razón por la cual en este caso se considera combinar ambos tipos de análisis, buscando determinar el nivel de avance en la implementación del SOGC en la ESE San Sebastian, con lo que a partir de estos hallazgos plantear el ciclo de preparación para a el proceso de Acreditación de la IPS

6.4 POBLACIÓN OBJETIVO

La población objeto de estudio son las Empresas Sociales del Estado del primer nivel de complejidad del Departamento del Huila.

6.5 PERIODO O LUGAR

El proyecto se desarrollará entre los meses de Junio a Noviembre de 2011, en la ESE San Sebastian del Municipio de La Plata - Huila

6.6 UNIVERSO O MUESTRA

El tipo de muestra es intencionada ya que la ESE San Sebastián del Municipio de La Plata – Huila a la fecha no ha dado inicio al proceso de auto evaluación de los estándares ambulatorios y cuenta con la voluntad administrativa para ejecutar dicho proceso, siendo estos aspectos motivantes tanto para la Institución como para los investigadores.

6.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN

6.7.1 Criterios de inclusión

- Empresas Sociales del Estado del primer nivel de complejidad.
- IPS de la red privada ambulatorias que oferten servicios del primer nivel de complejidad.
- IPS públicas o privadas ambulatorias que presten servicios del primer nivel de complejidad que hayan decidido avanzar hacia el proceso de Acreditación en salud.
- IPS cuyo gerente, director o representante legal este de acuerdo y avale la realización de la auto evaluación, como parte del trabajo investigativo para desarrollar la tesis.
- Que se cuente con la disponibilidad de los colaboradores de la Institución para atender y facilitar información a los investigadores que aplicaran la auto evaluación.

6.7.2 Criterios de exclusión

- Empresas Sociales del Estado que presten servicios de mediana y alta complejidad.
- IPS que ya estén Acreditadas
- No autorización del gerente, director o representante legal para el desarrollo del trabajo de investigación.
- Estándares del 40 al 48 y del 49 al 53, los cuales corresponden a servicios de cirugía ambulatoria y de terapias respectivamente.

6.8 SELECCIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables a evaluar están definidas por los estándares de acreditación ambulatorios para las IPS que incluidas en el estudio.

En el proceso de evaluar el desarrollo del cada estándar, se tendrán en cuenta las siguientes dimensiones:

Enfoque. Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar. Las variables de la dimensión enfoque son:

- **Sistematicidad:** Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- **Amplitud:** Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar.
- **Proactividad:** Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad

- Ciclo de evaluación y mejoramiento: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.
- Implementación. Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución. Las variables de la dimensión implementación son:
- Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización.
- Despliegue hacia el usuario: Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

Resultados. Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques. Las variables de la dimensión resultados son:

- Pertinencia: Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
- Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.
- Avance de la medición: Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos.
- Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.
- Comparación: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.

6.9 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Observación durante el proceso de auto-evaluación.

- Entrevista al personal que realice acompañamiento en el desarrollo de la auto-evaluación.
- Aplicación de los formatos definidos para el proceso de auto evaluación, priorización, definición de oportunidades de mejora y planes de acción.

6.10 ASPECTOS ÉTICOS

Para los proyectos de investigación en salud, deben describirse las consideraciones éticas pertinentes según lo dispuesto en la Resolución No 008430 de 1993 del anteriormente denominado Ministerio de Salud y en la Ley 84 de 1989 y determinar la categoría de riesgo a los humanos que tiene la propuesta.

Es así que en este proyecto de investigación se garantizará el respeto a la dignidad de las personas, su libertad y autodeterminación, así como también se advertirán daños y lesiones, se salvaguardara la vida privada y se garantizará la confidencialidad de la identidad de los sujetos participantes.

En este caso específico no aplica la utilización del consentimiento informado, ya que este proyecto de investigación no genera exposición a ningún tipo de riesgo para los usuarios, pues no se trata de una investigación clínica y no habrá intervención directa sobre ningún paciente en ninguna de sus variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales.

6.11 ALCANCE

Se define en el alcance del proyecto a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del primer nivel de complejidad del Departamento del Huila y se tomará como modelo la ESE San Sebastian del Municipio de La Plata – Huila, en la cual se aplicarán los estándares ambulatorios, de los que se excluyen los estándares del 40 al 53 que se relacionan con servicios de cirugía ambulatoria y servicios de terapia física o respiratoria.

7. PRESENTACION DE RESULTADOS

A continuación se presenta de manera gráfica el resultado del proceso de Auto evaluación que se desarrollo en la ESE San Sebastian de La Plata – Huila.

Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial:

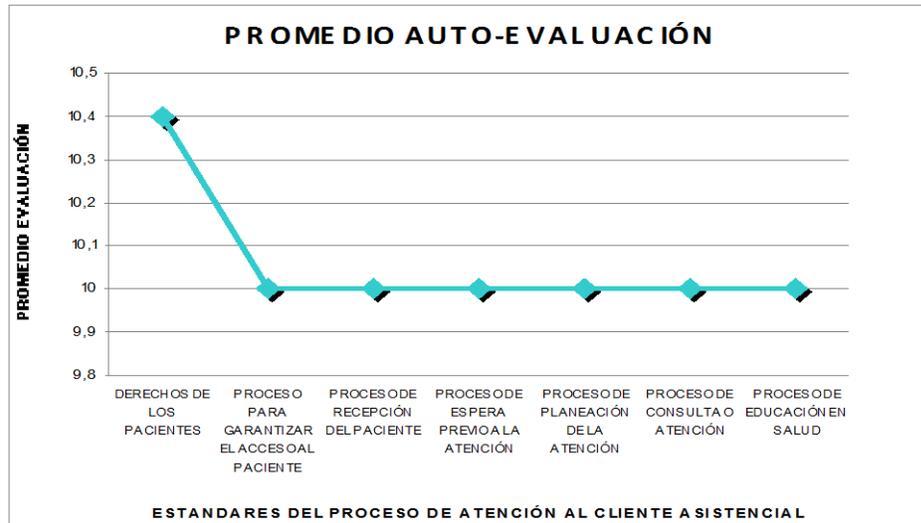
El promedio resultante de la auto-evaluación de cada uno de estos estándares se mantuvo sobre 10, encontrando que solo uno de los estándares obtuvo una calificación levemente mayor y es el que hace referencia a los Derechos de los pacientes, en el cual la Institución ha madurado un poco y demuestra mayor evolución, aclarando que igual presenta aún oportunidades de mejora.

Tabla 3. Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	PROMEDIO EVALUACIÓN CUANTITATIVA
Derechos de los pacientes	10,4
Proceso para garantizar el acceso al paciente	10
Proceso de recepción del paciente	10
Proceso de espera previo a la atención	10
Proceso de planeación de la atención	10
Proceso de consulta o atención	10
Proceso de educación en salud	10

La presente gráfica describe el promedio obtenido en cada uno de los estándares, y representa de una manera más clara el leve avance del estándar que se refiere a los Derechos de los Pacientes frente a los demás estándares.

Grafica 1. Promedio Auto evaluación



Resultados Matriz de Priorización de Oportunidades de Mejora

Para analizar la matriz de priorización es necesario tener claridad sobre el rango en el que se ubican las calificaciones según su criticidad; las calificaciones en color amarillo hacen referencia a que la oportunidad de mejora puede desplazarse un poco en el tiempo para ser intervenida y los rangos son menos de 60 puntos la criticidad es menor, las calificaciones en color naranja se refieren a una criticidad media, que si bien es cierto es crítica no requiere intervención urgente pero tampoco puede desplazarse en el tiempo como las calificaciones amarillas y su rango es entre 60 y menos de 80 puntos; y las calificaciones en color rojo corresponden a las más críticas, son urgentes de intervenir pues están afectando de manera directa e impactando negativamente el logro del estándar y sus rangos son 80 puntos y más.

Esta tabla muestra el resultado total de las oportunidades de mejora priorizadas, evidenciando que el 50% corresponde a oportunidades de mejora que obtuvieron menos de 60 puntos, es decir que pueden esperar un poco para ser intervenidas, son las de menor criticidad, seguidas del 32% en la cual se ubicaron las oportunidades de mejora que requieren intervención de manera prioritaria o urgente, son las de mayor criticidad, ya que impactan el avance del proceso de acreditación en la Institución; y finalmente se encuentran con un 18% de participación las oportunidades de mejora que obtuvieron entre 60 y menos de 80 puntos, son las de criticidad media, es decir son las que se intervendrán después

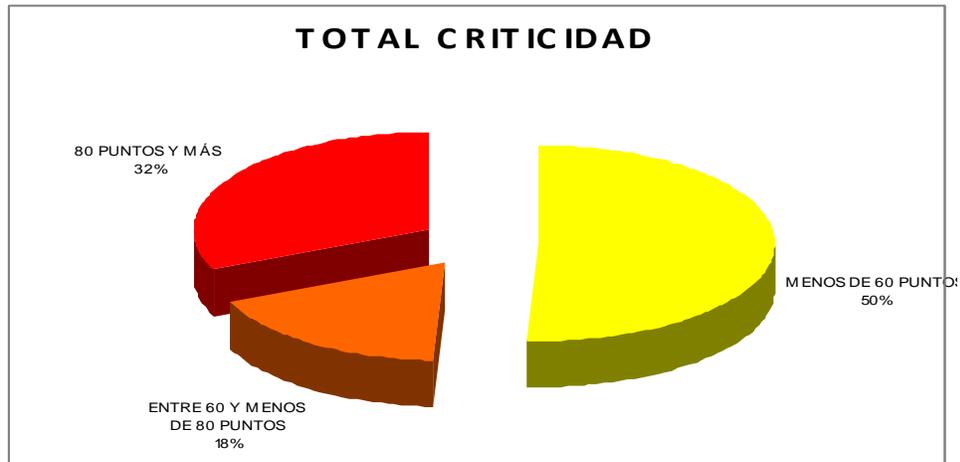
de las más críticas.

Tabla 4. Resultado total de las oportunidades de mejora priorizadas

TOTAL		
CRITICIDAD	CANTIDAD	%
Menos de 60 puntos	29	50%
Entre 60 y menos de 80 puntos	10	18%
80 puntos y más	18	32%
TOTAL	57	100%

La gráfica muestra la distribución del total de oportunidades de mejora que fueron objeto de priorización una vez concluida la Auto Evaluación en la ESE San Sebastian de La Plata – Huila.

Grafica 2. Total de Criticidad



La tabla muestra que del total de oportunidades de mejora priorizadas el 32% corresponden a los estándares del proceso de consulta o atención, seguidas del 23% en el que se ubicaron las oportunidades de mejora de los estándares del proceso para garantizar el acceso al paciente y posteriormente con un 18% las de los estándares del proceso de derechos de los pacientes; es decir que estos

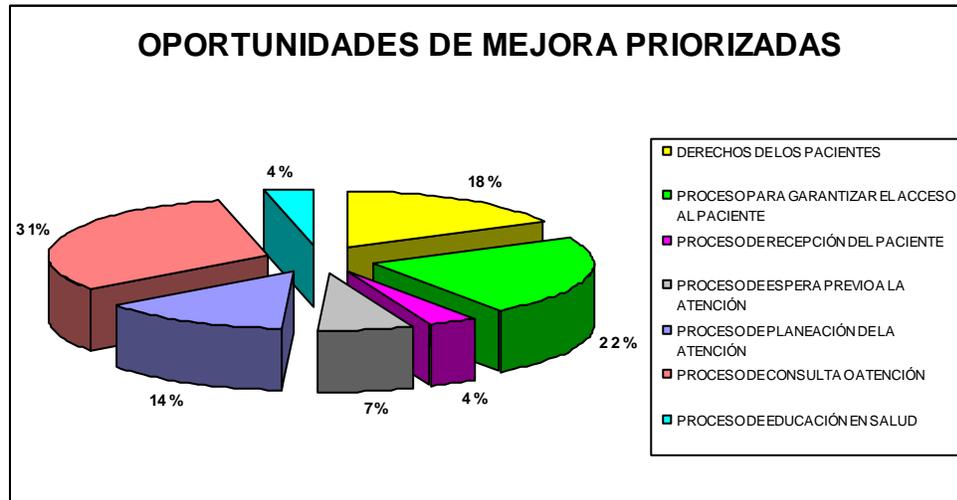
estándares requieren especial atención al momento de generar el plan de acción para intervenir las oportunidades de mejora.

Tabla 5. Estándares del Proceso de atención al cliente asistencial.

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	TOTAL OPORTUNIDADES DE MEJORA PRIORIZADAS	
	No	%
Derechos de los pacientes	10	18%
Proceso para garantizar el acceso al paciente	13	23%
Proceso de recepción del paciente	2	4%
Proceso de espera previo a la atención	4	7%
Proceso de planeación de la atención	8	14%
Proceso de consulta o atención	18	32%
Proceso de educación en salud	2	4%
TOTAL	57	100%

La gráfica ilustra el comportamiento de las oportunidades de mejora priorizadas frente a los estándares del proceso de atención al cliente asistencial.

Grafica 3. Oportunidades de mejora priorizada



Analizando la criticidad después de surtido el proceso de priorización, se observa que de acuerdo a los niveles de criticidad las oportunidades de mejora que mayor peso porcentual obtuvieron son las siguientes: En el nivel de mayor criticidad y con el más alto porcentaje las de los estándares del proceso de consulta o atención, seguidas del nivel de criticidad media con un 40% las oportunidades de mejor de los estándares del proceso para garantizar el acceso al paciente, y con un menor criticidad pero no menos importantes con un 28% las oportunidades de mejora de los estándares del proceso de consulta p atención, el cual también se ubicó en las de mayor criticidad con el porcentaje más alto.

Tabla 6. Consolidado Criticidad

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	CONSOLIDADO CRITICIDAD							
	MENOS DE 60 PUNTOS		ENTRE 60 Y MENOS DE 80 PUNTOS		80 PUNTOS Y MÁS		TOTAL	
DERECHOS DE LOS PACIENTES	7	24%	1	10%	2	11%	10	18%
PROCESO PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	5	17%	4	40%	4	22%	13	23%
PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE	2	7%	0	0%	0	0%	2	4%
PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCIÓN	4	14%	0	0%	0	0%	4	7%
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	1	3%	3	30%	4	22%	8	14%
PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN	8	28%	2	20%	8	44%	18	32%
PROCESO DE EDUCACIÓN EN SALUD	2	7%	0	0%	0	0%	2	4%
TOTAL	29	100%	10	100%	18	100%	57	100%

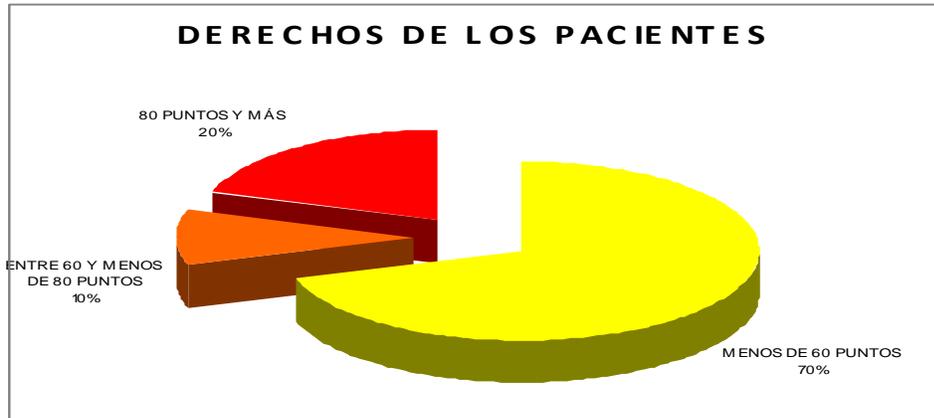
En lo referente a los estándares de Derechos de los pacientes las oportunidades de mejora en general no requieren intervención urgente, pueden desplazarse en el tiempo frente a los otros estándares, es decir que estos estándares no son los que más afectan en la IPS el proceso de Acreditación, aclarando que igual es necesaria su intervención.

Tabla 7. Derechos de los pacientes

DERECHOS DE LOS PACIENTES		
CRITICIDAD	CANTIDAD	%
Menos de 60 puntos	7	70%
Entre 60 y menos de 80 puntos	1	10%
80 puntos y más	2	20%
TOTAL	10	100%

Esta gráfica permite visualizar el comportamiento de las oportunidades de mejora de los estándares referentes a los Derechos de los pacientes, y claramente muestra que un importante porcentaje se ubica en rangos de criticidad menor, es decir que la Institución viene trabajando asertivamente en todo el proceso de divulgación y promoción de los derechos de los pacientes, garantizando que estos son asimilados por los mismos; pero que aún tiene muchas acciones por desarrollar para que se cumplan los estándares al 100%.

Grafica 4. Derechos de los pacientes



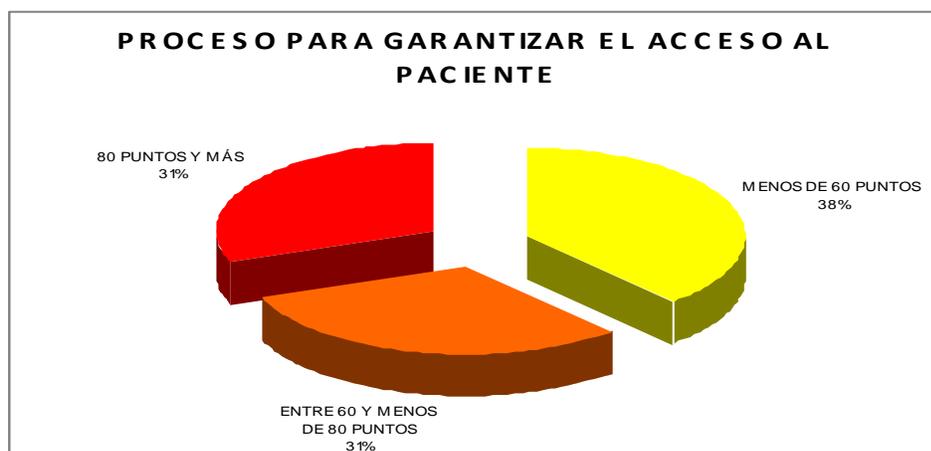
Sobre los estándares del proceso para garantizar el acceso al paciente, el comportamiento de las oportunidades de mejora es el siguiente: El 38% corresponde a oportunidades de mejora de menor criticidad, seguidas de las de criticidad media y mayor con una participación del 31% respectivamente.

Tabla 8. Proceso para garantizar el acceso al paciente

PROCESO PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE		
CRITICIDAD	CANTIDAD	%
Menos de 60 puntos	5	38%
Entre 60 y menos de 80 puntos	4	31%
80 puntos y más	4	31%
TOTAL	13	100%

La ilustración evidencia que para estos estándares las oportunidades de mejora tienen un peso porcentual equivalente, llamando la atención la importante participación de las de mayor criticidad que sumadas con las de criticidad media configuran el 62%, lo que lleva a pensar en que la Institución debe mejorar sus esfuerzos para el cumplimiento de estos estándares, que además son relevantes en todo el proceso de atención al paciente, pues se pueden ver afectados atributos de calidad como la accesibilidad, la oportunidad en la atención y por ende el resultado final en el paciente.

Grafica 5. Proceso para garantizar el acceso al paciente



En lo referente las oportunidades de mejora de los estándares del proceso de recepción del paciente, se encontró que el 100% corresponden a criticidad menor con menos de 60 puntos, lo que permite visualizar que este proceso ha evolucionado mejor que otros y que su intervención aunque sigue siendo importante no es prioritaria.

Tabla 9. Proceso de recepción del paciente

PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE		
CRITICIDAD	CANTIDAD	%
Menos de 60 puntos	2	100%
Entre 60 y menos de 80 puntos	0	0%
80 puntos y más	0	0%
TOTAL	2	100%

La gráfica ilustra lo ya referido frente a las oportunidades de mejora del proceso de recepción del paciente, donde claramente se observa que el 100% fueron clasificadas como de menor criticidad, por lo que serán intervenidas de manera posterior a la intervención de las de criticidad mayor.

Grafica 6. Proceso de recepción del paciente



El comportamiento de las oportunidades de mejora priorizadas y que corresponden a los estándares del proceso de espera previo a la atención, es muy similar al que anteriormente se analizó, pues el 100% se ubicó en criticidad menor, lo que muestra que estos estándares también tienen una buena evolución en la Institución, pero que igual requieren intervención, la cual se dará pero de manera posterior a la intervención de las de mayor criticidad.

Tabla 10. Proceso de espera previo a la atención

PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCIÓN		
CRITICIDAD	CANTIDAD	%
Menos de 60 puntos	4	100%
Entre 60 y menos de 80 puntos	0	0%
80 puntos y más	0	0%
TOTAL	4	100%

Esta gráfica ilustra lo ya relatado frente a las oportunidades de mejora de los estándares del proceso de espera previo a la atención, las cuales no son de intervención urgente, pero si es necesario que sean tratadas ya que se afectan atributos como el de oportunidad de atención, el cual se refleja en la satisfacción del usuario y en el resultado final del proceso de salud.

Grafica 7. Proceso de espera previo a la atención



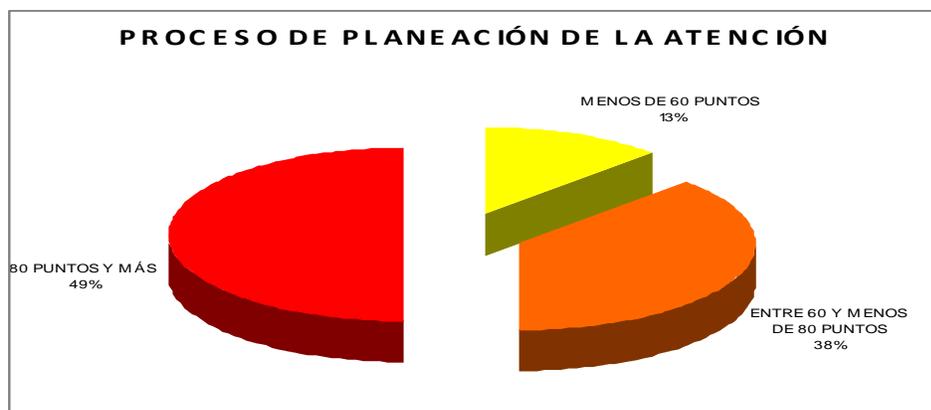
Llama la atención el importante porcentaje que obtuvieron las oportunidades de mejora de los estándares del proceso de planeación de la atención, donde claramente se observa que en su mayoría requieren intervención prioritaria, pues el 50% se ubicó en criticidad mayor, seguido del 38% de criticidad media y el 12% de criticidad menor; por lo anterior es necesario que en el plan de acción se trabaje con mayor ahínco lo referente a estos estándares, cuya participación en el proceso de recuperación de la salud de los pacientes y de la satisfacción del mismo, cobra especial importancia.

Tabla 11. Proceso de planeación de la atención

PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN		
CRITICIDAD	CANTIDAD	%
Menos de 60 puntos	1	12%
Entre 60 y menos de 80 puntos	3	38%
80 puntos y más	4	50%
TOTAL	8	100%

La gráfica muestra lo ya citado en lo que concierne a la priorización de las oportunidades de mejora de estos estándares, donde es visible la necesidad de intervención prioritaria de los mismos.

Grafica 8. Procesos de planeación de la atención



En el proceso de consulta o atención, es claro que un importante porcentaje de las oportunidades de mejora requieren ser intervenidas con prioridad, ya que el 44% se ubicaron en criticidad mayor, seguidas de otro 44% pero ya de menor criticidad, y finalmente las de criticidad media que obtuvieron un 12%.

Tabla 12. Proceso de consulta o atención

PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN		
CRITICIDAD	CANTIDAD	%
Menos de 60 puntos	8	44%
Entre 60 y menos de 80 puntos	2	12%
80 puntos y más	8	44%
TOTAL	18	100%

Es necesario que estas oportunidades de mejora se tengan en cuenta en el plan de acción, ya que estos estándares están relacionados directamente con atributos como la pertinencia, la oportunidad y la privacidad del paciente, los cuales igual que muchos de los estándares ya citados, influyen de manera positiva o negativa en el resultado del proceso de recuperación de la salud y satisfacción del usuario.

Grafica 9. Procesos de consulta o atención



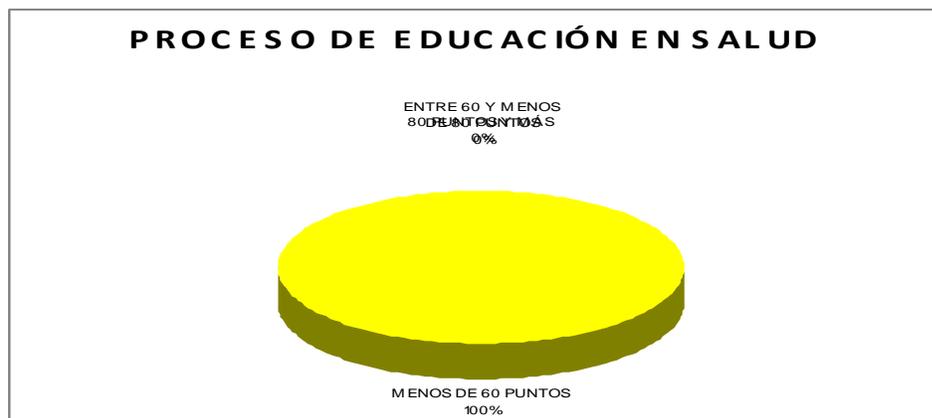
Las oportunidades de mejora priorizadas en los estándares del proceso de educación en salud, definitivamente muestran que reconociendo que es necesaria su intervención, esta no se requiere de manera prioritaria, pues es un proceso que ha venido trabajándose y se han logrado madurar muchos aspectos, pero aún requieren perfeccionamiento para cumplir al 100% con los estándares.

Tabla 13. Proceso de educación en salud

PROCESO DE EDUCACIÓN EN SALUD		
CRITICIDAD	CANTIDAD	%
Menos de 60 puntos	2	100%
Entre 60 y menos de 80 puntos	0	0%
80 puntos y más	0	0%
TOTAL	2	100%

Como se visualiza en la gráfica estas oportunidades de mejora obtuvieron en el proceso de priorización un resultado de criticidad menor, y su intervención debe darse ya que el proceso de educación en salud apoya directamente el resultado final de la intervención en salud efectuada por el equipo de salud de la Institución.

Grafico 10. Proceso de educación en salud



8. CONCLUSIONES

Los equipos de trabajo de la Institución han pasado por un proceso de capacitación y entrenamiento en la metodología de acreditación y se evidencia un alto compromiso frente a la meta planteada por la Institución, cual es certificarse como Acreditados.

En el proceso de auto-evaluación se evidenció que las dimensiones en su mayoría obtuvieron calificación 1, es decir que la Institución no ha madurado la dimensión de enfoque cual es el primer paso en el ciclo, ya que una vez desarrollada esta dimensión, se puede continuar evolucionando hacia las otras dos dimensiones que son la de implementación y la de resultados.

En el proceso de priorización de oportunidades de mejora se evidenció que las que corresponden a los estándares de consulta o atención son las que se priorizaron en mayor cantidad con 18 oportunidades de mejora, seguidas de las del proceso para garantizar el acceso al paciente con 13, y 10 los que corresponden a derechos de los pacientes.

En lo referente al total de oportunidades de mejora priorizadas se evidencia que el 50% corresponde a oportunidades de mejora que obtuvieron menos de 60 puntos, es decir que pueden esperar un poco para ser intervenidas, son las de menor criticidad, seguidas del 32% en la cual se ubicaron las oportunidades de mejora que requieren intervención de manera prioritaria o urgente, son las de mayor criticidad, ya que impactan el avance del proceso de acreditación en la Institución; y finalmente se encuentran con un 18% de participación las oportunidades de mejora que obtuvieron entre 60 y menos de 80 puntos, son las de criticidad media, es decir son las que se intervendrán después de las más críticas.

Del total de oportunidades de mejora priorizadas, el 32% corresponden a los estándares del proceso de consulta o atención, seguidas del 23% en el que se ubicaron las oportunidades de mejora de los estándares del proceso para garantizar el acceso al paciente y posteriormente con un 18% las de los estándares del proceso de derechos de los pacientes; es decir que estos estándares requieren especial atención al momento de generar el plan de acción para intervenir las oportunidades de mejora.

De acuerdo a los niveles de criticidad las oportunidades de mejora que mayor peso porcentual obtuvieron son las siguientes: En el nivel de mayor criticidad y con

el más alto porcentaje las de los estándares del proceso de consulta o atención, seguidas del nivel de criticidad media con un 40% las oportunidades de mejor de los estándares del proceso para garantizar el acceso al paciente, y con un menor criticidad pero no menos importantes con un 28% las oportunidades de mejora de los estándares del proceso de consulta p atención, el cual también se ubicó en las de mayor criticidad con el porcentaje más alto.

9. RECOMENDACIONES

En la revisión al direccionamiento estratégico de la institución se evidencia que cuentan con una Misión y una Visión que se recomienda revisar, lo anterior en atención a que primero, la visión esta proyectada al año 2011 y la meta no se logró, adicionalmente se invita a la Institución a que en el proceso se defina cada cuánto tiempo la Misión y la Visión serán revisadas, pues se debe tener en cuenta que ellas pueden variar o requerir ajustes de acuerdo al comportamiento de la Institución.

Es necesario que en el direccionamiento estratégico de la Institución se visualice claramente el papel de la política de seguridad del paciente inmersa en la práctica diaria de la Institución, por ejemplo en el Macro comité de Gestión Asistencial es necesario incluir el comité de seguridad del paciente.

Es preciso efectuar una revisión y actualización del mapa de procesos de la Institución, teniendo en cuenta que la seguridad del paciente es transversal a todos los procesos que se ejecutan en la Institución y que en el desarrollo del proceso de Acreditación su participación es relevante.

Desarrollar estrategias de sensibilización al personal asistencial en lo referente al proceso de Acreditación y la importancia de que cada uno desde su cargo ó área aporta al logro de los objetivos propuestos.

Es necesario que los equipos de auto evaluación de la Institución se empoderen más del proceso para el logro de la Acreditación, ya que se evidencia que hay unos más evolucionados en el cumplimiento de compromisos que otros.

Pese a que la Institución viene trabajando en la implementación de un sistema de gestión de la calidad con base en Norma ISO, es importante que al interior se madure y evolucione en lo referente al desarrollo de las labores o tareas según los procesos estandarizados y bajo la metodología del ciclo PHVA.

Revisar el cumplimiento de los estándares de habilitación de tal forma que la Institución ajuste lo pertinente, con el objetivo de cumplir al 100% con el componente de habilitación, antes de pensar en desarrollar un proceso de acreditación; lo anterior en atención a que se identificaron varias oportunidades de

mejora que hacen referencia principalmente a actividades y procesos que por habilitación ya deberían cumplir.

Revisar y tomar como insumo este primer auto evaluación y la priorización que se efectuó de las oportunidades de mejora, para el planteamiento de acciones preventivas y correctivas con el objetivo de alinear los procesos al cumplimiento de los estándares de Acreditación.

BIBLIOGRAFÍA

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA; Ley 100 de 1993

CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA; Ley 715 de 2001

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL, Resolución No.1445 de 2006 Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL; Decreto 1011 de 2006: Por el Cual se Define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud (SOGC)

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL; Anexo técnico No. 1 de la Resolución 1446 de 2006 por la cual se adopta el Sistema de Información para la Calidad – MANUALES DE ESTANDARES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION.

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL; Resolución 1446 de 2006 por la cual se adopta el Sistema de Información para la Calidad

DIRECCIONES ELECTRONICAS

<http://www.icontec.org.co>

http://repositorio.utp.edu.co/recursos_biblioteca.utp.edu.co

<http://www.unydos.com>

<http://www.acreditacionensalud.org.co/>

<http://www.avancejuridico.com>

ANEXOS

Anexo A. Cronograma

ACTIVIDAD	TIEMPO EN MESES AÑO 2011																			
	JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4
Elaboración del anteproyecto	■	■																		
Radicación del anteproyecto en la Coordinación de Post-gradados de la Universidad Surcolombiana			■																	
Revisión y aprobación del proyecto por la Coordinación de Post-gradados de la Universidad Surcolombiana			■	■																
Asignación del director o asesor de tesis por parte de la Coordinación de Post-gradados de la Universidad Surcolombiana			■	■																
Inicio trabajo con el director o asesor de tesis asignado				■																
Organización y distribución de tareas en el grupo de investigadores				■	■															
Desplazamiento a la IPS para inicio de evaluación de estándares ambulatorios				■	■															
Reunión del equipo de investigadores para consolidar resultados de primera evaluación				■	■															
Asesoría de tesis					■															
Ajustes al proyecto según resultados de la asesoría					■	■														
Desplazamiento a la IPS para continuar realizando la evaluación de estándares ambulatorios					■	■														
Reunión del equipo de investigadores para consolidar resultados de segunda visita de evaluación					■	■														
Asesoría de tesis						■														
Ajustes al proyecto según resultados de la asesoría							■													
Desplazamiento a la IPS para continuar realizando la evaluación de estándares ambulatorios								■												
Reunión del equipo de investigadores para consolidar resultados de tercera visita de evaluación									■											
Asesoría de tesis										■										
Ajustes al proyecto según resultados de la asesoría											■									
Reunión del equipo de investigadores para efectuar el proceso de priorización de procesos a áreas a intervenir posterior a la culminación de la evaluación de los estándares												■								
Asesoría de tesis													■							
Reunión del equipo de investigadores para la elaboración del informe final														■						
Presentación del informe final al director de tesis															■					
Asesoría de tesis																■				
Ajustes al proyecto según resultados de la asesoría																	■			
Presentación del informe final al director de tesis con los últimos ajustes sugeridos																		■		
Reunión del equipo de investigadores para realizar los ajustes finales al documento según las orientaciones del director de tesis																			■	
Presentación del informe final a la Coordinación de post-gradados de la Universidad Surcolombiana - Facultad de Salud																				■
Realización del Artículo solicitado por Coordinación de Postgrados de la Facultad de Salud																				■
Sustentación de la tesis																				■

Anexo B. Glosario de términos

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.

Aceptabilidad. Aspecto relacionado con la satisfacción de los usuarios (y que depende de aspectos culturales), respecto de la valoración que estos realizan acerca del costo, la calidad, la seguridad, la actitud del proveedor. Los resultados, la conveniencia u otros aspectos relevantes relacionados con una prestación sanitaria determinada.

Aislamiento, técnicas de. Confinamiento involuntario de un paciente en una habitación, de la que no se le permite salir durante un espacio de tiempo determinado. El aislamiento no incluye el confinamiento involuntario por mandato legal sin propósitos clínicos, como confinar a una persona que se enfrenta a cargos criminales o que está cumpliendo una sentencia, a una habitación cerrada con llave.

Ambiente físico. Medio en el que se desarrollan los seres humanos y que potencialmente puede condicionar su crecimiento, desarrollo, supervivencia y comportamientos. Comprende todos los aspectos externos al organismo humano de tipo físico, químico o biológico, que ejercen alguna influencia sobre su salud, y respecto del cual tiene limitada capacidad de control.

Auditoría de Calidad. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, 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 Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

- La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

Benchmarking (referenciación competitiva). Es el proceso de compararse y evaluarse continuamente con otras organizaciones consideradas como las mejores para lograr información sobre filosofías, estrategia, procesos, medidas que le pueden ayudar a su organización a tomar acciones para mejorar su desempeño.

Bienestar laboral. Concepto relacionado con la calidad del ambiente de trabajo, que se refiere a una sensación individual medible a través de una valoración subjetiva por parte del trabajador construida por la incidencia de los factores físicos de su entorno, los sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad mediante la integración social en la organización.

Certificación. Proceso mediante el cual un cuerpo autorizado, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o institución cumple con unos criterios preestablecidos. La certificación se refiere por lo general, a personas, y la acreditación, a instituciones. En salud es más conocida la certificación de profesionales como especialistas, en el cual el colegio profesional, sociedad o grupo de especialistas certifican que el profesional tiene capacidades mayores que las que permitieron su licenciamiento y cumple con los requisitos para actuar.

Cliente. Cualquier individuo, familia, grupo y/o comunidad (interno o externo a la organización) que recibe cuidados y tratamientos o servicios de la organización. En el contexto de este manual de estándares se homologará la palabra cliente externo al de paciente.

Código de Ética. Conjunto de estándares para la construcción y funcionamiento de los principios de la moral aplicados a las acciones humanas.

Confiability. Factor fundamental que hace referencia a que el cliente pueda estar seguro del buen desempeño y respuesta de un proveedor de productos o servicios para cumplir sus cometidos.

Confidencialidad. Respeto a los derechos del paciente para controlar la distribución y difusión de los datos de su enfermedad¹. Limitación al acceso, a los datos y la información a los individuos que tengan necesidad, motivo y esté autorizado su acceso.

Consentimiento informado. Es el consentimiento otorgado por una persona responsable de ella misma, para participar en un tratamiento, investigación,

programa de inmunización, régimen, etc., tras haber sido informada del propósito, métodos, procedimientos, ventajas y riesgos inherentes. Este último factor es fundamental para que un sujeto otorgue su consentimiento informado.

Continuidad. Componente de la calidad de la asistencia al paciente que consiste en la coordinación de la asistencia misma necesaria entre diferentes médicos y centros sanitarios y a lo largo del tiempo.

Control. Conjunto de operaciones encaminadas a verificar y comprobar el funcionamiento, productividad, de algún proceso de acuerdo con unas directrices y planes establecidos.

Declaración de Derechos y Deberes. Política emanada de la alta gerencia, diseñada en conjunto con los empleados de la organización, donde se estipula claramente la responsabilidad social de la organización frente a los derechos que legal y humanamente tienen los pacientes, así como los deberes que estos deben cumplir acorde con los lineamientos legales del sistema. Sirve de directriz para el comportamiento de los funcionarios de la organización frente a los pacientes que debe atender.

Desastre. Suceso natural u ocasionado por el hombre que perturba el entorno de la asistencia, tales como daños ocasionados a terrenos y edificios del hospital como tormentas, tornados, huracanes o terremotos. También sucesos que afectan a la asistencia al paciente y al tratamiento, como la pérdida de suministros (luz, agua y teléfono) debido a inundaciones, disturbios, accidentes o emergencias dentro del hospital o en la comunidad circundante.

Desechos. Cualquier producto deficiente, inservible o inutilizado que su poseedor destina al abandono o del que quiere desprenderse.

Direccionamiento Estratégico. Es un concepto amplio que significa focalizar esfuerzos y lograr solidaridad hacia propósitos comunes. No es un sistema gerencial ni un instrumento específico. Busca orientar la organización hacia el futuro y hacia el mercado (entorno), para garantizar su supervivencia a largo plazo. Es un proceso o método mediante el cual la dirección involucra la planificación, la toma de decisiones y el establecimiento de los procedimientos para ejecutar las decisiones así como hacer que las demás personas de la organización hagan las tareas encomendadas y supervisadas.

Efectividad. El grado en que la asistencia médica se presta de forma correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente.

Efectos colaterales o secundarios. Resultados paralelos y generalmente de menor importancia de un proceso o acción.

Eficiencia. Indicadores y resultados que miden el nivel de recursos empleados en un proceso para atender los requisitos de los clientes. Relación entre los resultados (resultados de la asistencia) y los recursos utilizados para prestar la asistencia al paciente.

Equipo de Salud. Grupo de personas del sector salud que realizan diferentes aportes con una metodología compartida, de cara a un objetivo común centrado en el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la salud, así como las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; donde cada miembro tiene claramente asumidas sus propias funciones y los intereses comunes, y todos los miembros comparten la responsabilidad de los resultados.

Equipo Administrativo. Grupo de personas dedicadas a acciones de guía, coordinación y dirección de una institución, orientadas hacia la mejora de sus objetivos y el cumplimiento de sus fines.

Estándar. Nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual.

Estrategia. Acción de largo y mediano plazo necesaria para alcanzar la visión. Camino que ha de seguir por la organización para garantizar su supervivencia en el largo plazo. Medios o caminos escogidos (necesarios) para alcanzar posiciones futuras favorables (metas) con relación a otros competidores en determinado mercado.

Exámenes Diagnóstico. Es la suma del número de pruebas y sus técnicas realizadas en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de contribuir a la investigación y esclarecimiento de las características y circunstancias del estado de salud de los usuarios y sus patologías (incluye exámenes de laboratorio clínico, patológico, inmunológico, genético, biológico, electrofisiológico, oftalmológico, auditivo, etc.; así como también pruebas imagenológicas invasivas y no invasivas.

Ficha Técnica. Documento de carácter técnico que soporta y estandariza al interior de la organización los aspectos básicos de cada uno de los indicadores. Esta Ficha Técnica incluye la conceptualización y referencia bibliográfica importante del indicador incluyendo sus ventajas y limitaciones, el uso que la organización pretende darle, la forma de estandarización, la cual comprende las fuentes de recolección de la información, los responsables de la misma, los datos necesarios para conformar el numerador y el denominador y la fórmula de

construcción del indicador. Adicionalmente se incluye en la Ficha Técnica la periodicidad de medición.

Guías de Práctica Clínica. Las guías de manejo clínico basadas en evidencia científica son recomendaciones desarrolladas de manera sistemática que buscan ayudar al médico y al paciente en decisiones sobre el cuidado apropiado en salud en circunstancias clínicas específicas. Las guías de manejo clínico han sido promovidas como una estrategia para apoyar las decisiones clínicas, buscando mejorar la efectividad y optimizar costos de los servicios de salud. Promueven una apreciación más explícita de los determinantes de la toma de decisiones clínicas y facilitan la estandarización y evaluación de la calidad de la práctica médica mediante parámetros confiables y científicamente sólidos.

Historia Clínica Única. Es la historia clínica de los tratamientos ambulatorios archivada en el mismo lugar de la historia clínica de tratamientos intrahospitalarios hechos al paciente y que es de fácil acceso y consecución. También incluye los resultados de los exámenes clínicos, radiológicos y de laboratorio realizados al paciente.

Incidente. Suceso que surge en el desarrollo de otro.

Infecciones nosocomiales (u hospitalaria). Todas las infecciones que se presentan en el hospital, excepto los casos en los que el paciente ingresa con la infección activa o en período de incubación. Infecciones adquiridas en el hospital que no se ponen de manifiesto hasta después del alta. Infecciones entre el personal sanitario.

Insumos. Son los recursos humanos, financieros, de infraestructura, materiales, etc., que utilizan una institución para producir servicios.

Integralidad. Papel de coordinación de una organización para que un paciente use una serie de prestadores cuyo trabajo en conjunto sea complementario dentro de un mismo proceso de atención en un punto del tiempo o a lo largo del mismo.

Monitoreo. Se refiere a la vigilancia constante y la medición sistemática de un fenómeno, se utiliza para detectar tempranamente cualquier alejamiento del buen manejo o estándar del proceso y su corrección inmediata. Se utilizan criterios explícitos para temas considerados como importantes, esenciales o básicos, manejados en condiciones específicas.

Oportunidad. Dimensión de la actuación referente a la manera en que se presta la asistencia o se realiza una intervención en el paciente en el momento más beneficioso o necesario.

Pares, revisión por. Evaluación de la actuación de un profesional realizada por un compañero de profesión.

Personal. Funcionarios que laboran en o para la organización. Incluye a los profesionales de la salud, a los profesionales de áreas diferentes de la salud y a los demás trabajadores no profesionales de cualquier nivel.

Pertinencia. Calidad de lo que exactamente conviene o corresponde al objetivo que se trate.

Plan de Egreso. Documento que contiene el reporte final de la estadía del paciente, los requerimientos futuros necesarios, el proceso para identificar las necesidades; y la estrategia para el continuo de cuidados al usuario después de su egreso.

Prevención y Control de Infecciones. Programa de asistencia en salud de la organización incluyendo normas y procedimientos para la supervisión, prevención y control de la infección. Todos los servicios de asistencia y ayuda al paciente están incluidos en él.

Proceso. El concepto de proceso puede ser entendido como el conjunto de causas que provocan un o unos efectos. Es una serie de acciones, sucesos, mecanismos, o pasos interrelacionados y orientados hacia un objetivo. También puede ser definido como la secuencia de tareas organizadas, repetitivas que producen un resultado (producto / bien /o servicio) predeterminado, y tienen un solo responsable. En este documento se entenderá por proceso una forma de articular el conjunto de actividades, prácticas, comportamientos, procedimientos, sistemas y mecanismos repetitivos con los cuales opera una organización.

Productividad. Es la relación entre la cantidad de un bien o servicio y la cantidad de factores que han servido para producirlo. La productividad se relaciona con la capacidad de los recursos para producir o no los servicios necesarios.

Producto. (1) Es la combinación de bienes y/o servicios que se ofrece al mercado para su adquisición, uso o consumo y que satisface una necesidad o un deseo. Así los productos en salud pueden verse representados en una glicemia, una curva de glicemia, una apendicectomía, una curación de una herida, la atención de un parto, un día de hospitalización o una comida. La definición de cada uno de los productos lleva implícita un costeo y una fijación de precio, pues cada producto se debe manejar como un ente independiente. Habitualmente suele distinguirse entre productos intermedios y finales. Los productos *intermedios (outputs)* se refieren a las diversas actividades que (de forma diferenciada según la naturaleza del producto) se integran en el proceso global de producción componiendo el producto final; mientras que los productos *finales (Outcomes)* se refieren a la integralidad de

tales bienes o servicios, que constituyen en cada caso los objetos básicos (unitariamente facturables) de la actividad considerada.

Promoción. Cualquier cambio real en la posición o *status* dentro de la empresa que suponga un ascenso. Impulso a una determinada acción, y especialmente a una empresa, producto o servicio.

Reclutamiento. Conjunto de procedimientos que tienden a atraer candidatos potencialmente calificados y capaces de ocupar puestos de trabajo dentro de la organización. Es, por tanto, una actividad positiva de invitación, de incremento de input.

Resultado (*Outcomes*). Efecto y consecuencia de la actuación (o no actuación) de una función o proceso(s).

Resultados Adversos. Efectos o consecuencias no esperados y no deseables de un proceso de atención a un usuario, el cual no es dependiente de la historia natural de la enfermedad.

Salud Ocupacional: Se interesa de la salud de los individuos o los grupos en relación con su trabajo y su ambiente laboral. Incluye la capacidad de los individuos para adaptarse a su actividad laboral y, a su vez, la adaptación del ambiente laboral a los individuos que en él trabajan.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Seguridad Industrial. Conjunto de medidas técnicas, educacionales, médicas, sociológicas empleadas para prevenir accidentes, eliminar las condiciones inseguras del ambiente e instruir o convencer a las personas sobre la implantación de medidas preventivas. Su empleo es indispensable para el desarrollo satisfactorio del trabajo.

Selección. Elección del candidato adecuado para el cargo adecuado o, más ampliamente entre los candidatos reclutados, aquellos más adecuados a los cargos existentes en la empresa con miras a mantener o aumentar la eficiencia y el desempeño del personal.

Triage. Es un término de origen francés que significa clasificar para definir prioridades; se aplica en la medicina de desastres para establecer no cuáles pacientes están más graves, sino para establecer el orden en el cual deben ser manejadas (rescate, estabilización, remisión, tratamiento).

Unidad Funcional. Conjunto organizado de factores o recursos productivos que interactúan de una manera armónica, se encuentran bajo el control de un centro de decisión único y están dedicados a la obtención de productos o resultados concretos.

Validez (de datos). Verificación de la corrección de los datos, refleja una situación verdadera. También se refiere a la característica de un instrumento de medir lo que se propone medir.

Vinculación: Establecer una unión o un vínculo entre dos partes o personas (el trabajador potencial y el empleador).

Anexo C. Matriz de autoevaluación.

ESTANDARES DE ACREDITACION INSTITUCIONES AMBULATORIAS: ESE SAN SEBASTIAN (LA PLATA-HUILA)														
ESTANDAR	EVALUACION CUALITATIVA			EVALUACION CUANTITATIVA										T O T A L
				DIMENSIÓN: ENFOQUE (Directrices, métodos y procesos utilizados para lograr el propósito de cada variable)			DIMENSIÓN: IMPLEMENTACIÓN (aplicación y alcance del enfoque dentro de la empresa)		DIMENSIÓN: RESULTADOS (se refiere a los logros y efectos de la aplicación del enfoque)					
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación		
ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL														
DERECHOS DE LOS PACIENTES														

<p>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.</p>	<p>Exsite una declaratoria de los derechos y s.deberes de los pacientes, los cuales hacen parte del plan estratégico de la ESE y estan contemplad os en otros documentos del Direccionamiento Estrategico (DE) .</p>	<p>Mejorar el proceso, definiendo la frecuencia con la cual se revisan, y elaborar actas de las reuiones que se realicen para tal fin</p>	<p>Plan estratégico de la ESE Manual de calidad Estructura organizacional Proceso de gestión de atención e información al usuario Mapa de procesos de la IPS</p>	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	13
--	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

<p>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.</p>	<p>En el proceso de inducción a los colaboradores es estos rotan por el área de atención e información al usuario y allí se les entrega información referente a los deberes y derechos de los pacientes</p>	<p>Desarrollar herramientas que permitan conocer el grado de conocimiento, aplicación, comprensión de los deberes y derechos de los pacientes entre los clientes internos de los deberes y derechos de los pacientes</p>	<p>Programa de inducción de personal de la ESE Listado de asistencia a la inducción</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<p>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.</p>		<p>Implementar herramientas que permitan la verificación de que los pacientes conocen y comprenden sus deberes y derechos</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

<p>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.</p>		<p>Elaborar herramientas que permitan validar que los acompañantes de los pacientes con algún tipo de limitación, conocen y comprenden sus deberes y derechos</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
---	--	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

<p>5. En los casos que el paciente, por razones implícitas a su sistema de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no tenga derecho a los servicios que está solicitando, la organización proveerá la explicación pertinente y los mecanismos que el paciente podría seguir para potencialmente acceder a dichos servicios.</p>		<p>Revisar y complementar el proceso con los ítems específicos del estándar Elaborar herramientas que permitan evidenciar que al usuario se le ha brindado información sobre la manera de acceder a los servicios que por su tipo de afiliación no tiene derecho Definir indicadores que faciliten evidenciar en el tiempo el comportamiento del estándar</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
---	--	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

<p>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.</p>	<p>Se cumple con los principios de privacidad y confidencialidad e igualdad en el proceso de atención de los pacientes</p>	<p>Generar capacitaciones y diferentes herramientas para impulsar la Humanización</p>	<p>Cumplimiento infraestructura (espacio de entrevista y atención en consultorios) Procesos de atención a pacientes</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<p>7. La participación de los pacientes en investigaciones (clínicas o no) deben contar con una aceptación escrita y explícita de los mismos. Previo a esta aceptación se informará oralmente y por escrito al paciente de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.</p>		<p>Documentar el proceso Conformar comité de ética y garantizar su funcionalidad</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<p>§ Si la investigación amerita la reunión de un comité de ética debe garantizarse</p>														

que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.														
§ La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.														
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE														
8. La organización garantiza, y en los casos que aplique, el derecho del paciente, a través de un proceso estandarizado, de solicitar cita con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.		Revisar y complementar el proceso con los items específicos del estandar		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

<p>*Contará con un sistema que permita verificar la disponibilidad y oportunidad para dicho profesional y le informará al solicitante dichos resultados.</p>													
<p>§ En caso que el profesional seleccionado por el paciente no cuente con la disponibilidad y/u oportunidad de preferencia para el paciente, la organización le explica cuándo este profesional vuelve a tener disponibilidad.</p>													
<p>§ En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acorde a las necesidades del mismo</p>													

<p>9. La organización, para una adecuada programación de los tiempos de los profesionales y para respetar el tiempo de los pacientes, programa la agenda teniendo en cuenta los estándares de tiempo que se necesitan para la realización de cada uno de los procesos de atención, teniendo en cuenta también, las diferencias necesarias de tiempo entre cada uno de estos.</p>		<p>Realizar una revisión de los tiempos para cada tipo de consulta y procedimiento, realizados en la IPS y estandarizar los</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<p>10. La Institución Prestadora de Servicios de salud tiene definidos los indicadores y estándares de oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.</p>		<p>Realizar una revisión de los resultados reportados al Ministerio. Establecer estrategias para mejorar la oportunidad de la atención</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

<p>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.</p>		<p>Diseñar un mecanismo para la investigación y análisis de las causas de inatención</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<p>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.</p>		<p>Diseñar un mecanismo para conocer aquellos casos en los cuales los pacientes no pudieron acceder a los servicios.</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

<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>		<p>Actualizar el portafolio, de tal forma que le brinde información al usuario sobre servicios que presta la organización</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<p>14. Se cuenta con un proceso de asignación de citas, con sus respectivos procesos estandarizados, para la autorización y asignación de citas a los pacientes que requieran de sus servicios.</p>	<p>Agenda de citas de la IPS</p>	<p>Revisar y complementar el proceso de asignación de citas,</p>	<p>Programadores de citas</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<p>§ El sistema de soporte mencionado en el estándar podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el</p>														

sistema de salud (Call Centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, etc.)															
§ El sistema de soporte cuenta con las bases de datos actualizadas de los pacientes con derecho a recibir servicios en el (los) prestador(es).															
15. Se conoce, por aquel que asigna la cita, entre otra información, la disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores a los cuales los solicitantes tienen derecho de atención.	Proceso documentado y socializado Plan de capacitación y entrenamiento al personal de asignación de citas y facturación	Definir mecanismos y frecuencia de evaluación al personal de asignación de citas y facturación Revisar y actualizar las herramientas que apoyan la labor del personal de asignación	Portafolio de servicios Horarios de atención Oferta de profesionales Listados de asistencia a las capacitaciones	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

		de citas y facturación, según las novedades presentadas												
16. Al momento de asignar la cita al paciente se le informa la fecha, hora, dirección y profesional asignado. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.		Revisar y mejorar el proceso en lo referente a la constancia de la entrega de la información sobre la cita al usuario Definir mecanismo s que se puedan emplear como fuente de verificación de que la información		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

<p>17. La organización garantiza que el sitio que asigna las citas envía, desde el día previo, o antes que comiencen a ser atendidos los pacientes, el listado de pacientes a atender, su orden de atención y el profesional asignado, así como información sobre copagos, cuotas moderadoras o pagos especiales que debe hacer el paciente.</p>		<p>Revisar y complementar el proceso de acceso a la atención referente a la asignación de citas.</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<p>§ La organización distribuye dicha información o listados a las personas que están directamente involucradas en la gestión de los procesos de atención (Ej.: portería, recepción, profesionales, etc.)</p>													

PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE														
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.		Revisar y ajustar el proceso de atención a pacientes con información referente a la admisión y preparación del mismo.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
§ 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.														

<p>§ La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención.</p>													
<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>		<p>Definir mecanismos de asesoramiento para la resolución de inconveniente sobre la atención al usuario</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCION														
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.		Determinar los estándares de tiempos de espera		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
§ 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>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>	<p>Se cuenta con un proceso documentado y socializado, cde escucha al cliente,</p>	<p>Diseñar mecanismo de tabulaciónA nalizar los resultados arrojados</p>	<p>Document o del procesoR egistro de manifesta ciones del cliente y tratamient o a las mismasPI anes de acción de la oficina del SIAU</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
---	--	--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

<p>22. La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención[1]. 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>	<p>Proceso documentado y socializado, en el cual el paciente es llamado por el profesional cuando llega el momento de su atención</p>	<p>Revisar la posibilidad de que la Institución adquiera un mecanismo de alta voz desde cada uno de los consultorios y diferentes servicios para efectuar el llamado al usuario al momento de su atención.</p>	<p>Listado de pacientes requeridos por el profesional para la atención</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<p>PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN</p>														
<p>23. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implementación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de</p>		<p>Revisar y complementar el proceso,</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

los resultados.														
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, o adaptado.	Se cuenta con Guías de práctica clínica a las cuales puede acceder cualquier colaborador desde su equipo de computo	Revisar las guías de práctica clínica de la Institución con base en los criterios definidos por el MPS en la Guía de Guías y ajustarlas de ser necesario	Guías de patologías Primeras causas de consulta Listados de asistencia Evaluación de HC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías deben ser explícitas en contener:														
§ De quién es la responsabilidad de hacer la guía														
§ Cuáles son los objetivos de la guía														

§ Cuál fue el grupo que se reunió e hizo la guía														
§ Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia														
§ Formulación explícita de recomendaciones														
§ Costos y beneficios de la guía														
§ Cada cuánto se hará la actualización														
§ Cómo se evitaron los potenciales errores en la formulación de la guía														
§ Aplicabilidad														
§ Cada cuánto, y cómo, se monitorizará la adherencia a la guía														

<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>	<p>Se cuenta con consentimientos informados por proceso</p>	<p>Revisar y ajustar los consentimientos informados e incluir consentimiento informado para odontología y vacunación. Definir un espacio físico, confortable y en condiciones de confidencialidad para desarrollar el proceso de informar al usuario sobre los aspectos que contiene el consentimiento</p>	<p>Documentos consentimiento informado</p>	<p>1</p>	<p>10</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		Documentar e implementar el proceso		1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
27. La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los procesos de atención.		Documentar e implementar las guías		1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN													
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:		Revisar con el área de recursos físicos las necesidades de infraestructura para cumplir con el estándar		1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

<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>													

§ La privacidad debe mantenerse en casos cuando se administran sustancias o medicamentos por vía intravenosa.														
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.		Revisar y complementar el proceso en lo referente a este ítem específico		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
§ 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.														

§ Se procura siempre establecer contacto visual entre el paciente y el profesional o técnico que lo está atendiendo.														
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 clínica previamente definidas	Revisar y ajustar la política de seguridad del paciente.		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
§ Se realizan evaluaciones periódicas de dicha adherencia, con participación de los profesionales directamente involucrados en la atención.														

<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>Revisar y ajustar el proceso de atención al paciente. Generar mecanismos para dejar constancia que se le dio información al paciente</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<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</p>														

Reacciones Adversas Medicamentosas o Eventos Adversos Medicamentosos.														
§ Las indicaciones a seguir en la toma de medicamentos, tales como horarios e interacciones con otros medicamentos o alimentos.														
§ Especial importancia se le da a los cuidados y autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, etc.)														
§ 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.														
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.		Generar mecanismos que garanticen la retroalimentación al paciente y verificación de entendimiento		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

<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>		<p>Revisar y complementar el proceso de atención a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual y violencia doméstica Elaborar la ruta de atención Institucional de las personas víctimas de maltrato infantil, abuso sexual y violencia doméstica Plan de capacitación al personal en lo referente a la identificación, notificación e intervención de casos de</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

		<p>personas víctimas de maltrato infantil, abuso sexual y violencia doméstica</p> <p>Desarrollar mecanismos que permitan el seguimiento y acompañamiento a los casos de personas víctimas de maltrato infantil, abuso sexual y violencia doméstica</p>												
<p>34. Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se debe especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con</p>	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA											

personal profesional para realizar dichos procesos de atención y un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.														
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.	Revisar y ajustar la política de seguridad de Seguridad del Paciente		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

<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>Revisar y complementar el proceso,</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<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>														

<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>Generar un plan de capacitación al equipo de salud para el manejo de urgencias. Revisar las guías de atención de emergencias Revisar y complementar los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
<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 reingreso a consulta ambulatoria por causa no resuelta en servicios de</p>		<p>Revisar y mejorar el sistema de información de la IPS y el proceso, de tal forma que se logre cumplir con el estándar</p>		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

urgencias u otro servicio ambulatorio, así estos servicios no pertenezcan a la organización donde actualmente está siendo atendido.														
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.		Elaborar e implementar el programa de consultador hiperfrecuente		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

PROCESO DE EDUCACIÓN EN SALUD	DE EN													
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.	Plan de capacitación a usuarios según su ciclo vital individual Cronograma de capacitación a usuarios Componente educativo en la consulta	Revisar y mejorar el proceso en lo referente a los mecanismos a través de los cuales se definen los temas de capacitación.	Plan de capacitación a usuarios Cronograma de capacitación a usuarios Listados de asistencia Historias clínicas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
§ 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.														
§ El proceso es conducido por equipos multidisciplinarios, los cuales no														

necesariamente deben ser de dedicación específica, ni interactuar todos al tiempo con el paciente.														
§ 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.														
§ 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.															
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 general de la educación. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.		Revisar y complementar el proceso con esta información		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
TOTAL PUNTOS DEL ESTÁNDAR														40	
														3	

40.
3/4
1

0.9
8
=1

Anexo D. Matriz de priorizacion

MATRIZ DE PRIORIZACION ESTANDARES DE ACREDITACION INSTITUCIONES AMBULATORIAS: ESE SAN SEBASTIAN (LA PLATA-HUILA)							
ESTANDAR	ASPECTOS CUALITATIVOS			CALIFICACIÓN			
	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS	RIESGO	VOLUMEN	COSTO	TOTAL
ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL							
DERECHOS DE LOS PACIENTES							
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.	Exsite una declaratoria de los derechos y s.deberes de los pacientes, los cuales hacen parte del plan estratégico de la ESE y estan contemplados en otros documentos del Direccionamiento Estrategico (DE)	Mejorar el proceso, definiendo la frecuencia con la cual se revisan, y elaborar actas de las reuiones que se realicen para tal fin	Plan estratégico de la ESE Manual de calidad Estructura organizacional Proceso de gestión de atención e información al usuario Mapa de procesos de la IPS	3	5	3	45

<p>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.</p>	<p>En el proceso de inducción a los colaboradores estos rotan por el área de atención e información al usuario y allí se les entrega información referente a los deberes y derechos de los pacientes</p>	<p>Desarrollar herramientas que permitan conocer el grado de conocimiento, aplicación, comprensión de los deberes y derechos de los pacientes entre los clientes internos de los deberes y derechos de los pacientes</p>	<p>Programa de inducción de personal de la ESE Listado de asistencia a la inducción</p>	<p>3</p>	<p>5</p>	<p>3</p>	<p>45</p>
<p>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.</p>		<p>Implementar herramientas que permitan la verificación de que los pacientes conocen y comprenden sus deberes y derechos</p>		<p>3</p>	<p>5</p>	<p>3</p>	<p>45</p>
<p>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.</p>		<p>Elaborar herramientas que permitan validar que los acompañantes de los pacientes con algún tipo de limitación, conocen y comprenden sus deberes y derechos</p>		<p>3</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>36</p>

5. En los casos que el paciente, por razones implícitas a su sistema de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no tenga derecho a los servicios que está solicitando, la organización proveerá la explicación pertinente y los mecanismos que el paciente podría seguir para potencialmente acceder a dichos servicios.		Revisar y complementar el proceso con los ítems específicos del estándar		4	5	4	80
		Elaborar herramientas que permitan evidenciar que al usuario se le ha brindado información sobre la manera de acceder a los servicios que por su tipo de afiliación no tiene derecho		4	5	4	80
		Definir indicadores que faciliten evidenciar en el tiempo el comportamiento del estándar		3	3	4	36
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.	Se cumple con los principios de privacidad y confidencialidad e igualdad en el proceso de atención de los pacientes	Generar capacitaciones y diferentes herramientas para la Humanización	Cumplimiento infraestructura (espacio de entrevista y atención en consultorios) Procesos de atención a pacientes	3	5	4	60

7. La participación de los pacientes en investigaciones (clínicas o no) deben contar con una aceptación escrita y explícita de los mismos. Previo a esta aceptación se informará oralmente y por escrito al paciente de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.		Documentar el proceso		4	3	4	48
		Conformar comité de ética y garantizar su funcionalidad		3	4	4	48
§ Si la investigación amerita la reunión de un comité de ética debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.							
§ La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.							
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE							
8. La organización garantiza, y en los casos que aplique, el derecho del paciente, a través de un proceso estandarizado, de solicitar cita con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.		Revisar y complementar el proceso con los ítems específicos del estándar		3	5	4	60
*Contará con un sistema que permita verificar la disponibilidad y oportunidad para dicho profesional y le informará al solicitante dichos resultados.							

§ En caso que el profesional seleccionado por el paciente no cuente con la disponibilidad y/u oportunidad de preferencia para el paciente, la organización le explica cuándo este profesional vuelve a tener disponibilidad.							
§ En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acorde a las necesidades del mismo							
9. La organización, para una adecuada programación de los tiempos de los profesionales y para respetar el tiempo de los pacientes, programa la agenda teniendo en cuenta los estándares de tiempo que se necesitan para la realización de cada uno de los procesos de atención, teniendo en cuenta también, las diferencias necesarias de tiempo entre cada uno de estos.		Realizar una revisión de los tiempos para cada tipo de consulta y procedimiento, realizados en la IPS y estandarizarlos		4	5	4	80
10. La Institución Prestadora de Servicios de salud tiene definidos los indicadores y estándares de oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.		Realizar una revisión de los resultados reportados al Ministerio.		4	5	4	80
		Establecer estrategias para mejorar la oportunidad de la atención		4	5	4	80

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.		Diseñar un mecanismo para la investigación y análisis de las causas de inatención		3	5	4	60
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.		Diseñar un mecanismo para conocer aquellos casos en los cuales los pacientes no pudieron acceder a los servicios.		3	5	4	60
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.		Actualizar el portafolio, de tal forma que le brinde información al usuario sobre servicios que presta la organización		3	5	3	45
14. Se cuenta con un proceso de asignación de citas, con sus respectivos procesos estandarizados, para la autorización y asignación de citas a los pacientes que requieran de sus servicios.	Agenda de citas de la IPS	Revisar y complementar el proceso de asignación de citas,	Programadores de citas	3	5	4	60
§ El sistema de soporte mencionado en el estándar podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (Call Centers, servicios telefónicos o presénciales propios en la respectiva sede, etc.)							

<p>§ El sistema de soporte cuenta con las bases de datos actualizadas de los pacientes con derecho a recibir servicios en el (los) prestador(es).</p>							
<p>15. Se conoce, por aquel que asigna la cita, entre otra información, la disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores a los cuales los solicitantes tienen derecho de atención.</p>	<p>Proceso documentado y socializado Plan de capacitación y entrenamiento al personal de asignación de citas y facturación</p>	<p>Definir mecanismos y frecuencia de evaluación al personal de asignación de citas y facturación</p>	<p>Portafolio de servicios Horarios de atención Oferta de profesionales Listados de asistencia a las capacitaciones</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>36</p>
		<p>Revisar y actualizar las herramientas que apoyan la labor del personal de asignación de citas y facturación, según las novedades presentadas</p>		<p>2</p>	<p>3</p>	<p>2</p>	<p>12</p>
<p>16. Al momento de asignar la cita al paciente se le informa la fecha, hora, dirección y profesional asignado. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.</p>		<p>Revisar y mejorar el proceso en lo referente a la constancia de la entrega de la información sobre la cita al usuario</p>		<p>3</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>36</p>
		<p>Definir mecanismos que se puedan emplear como fuente de verificación de que la información</p>		<p>3</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>36</p>

17. La organización garantiza que el sitio que asigna las citas envía, desde el día previo, o antes que comiencen a ser atendidos los pacientes, el listado de pacientes a atender, su orden de atención y el profesional asignado, así como información sobre copagos, cuotas moderadoras o pagos especiales que debe hacer el paciente.		Revisar y complementar el proceso de acceso a la atención referente a la asignación de citas.		4	5	4	80
§ La organización distribuye dicha información o listados a las personas que están directamente involucradas en la gestión de los procesos de atención (Ej.: portería, recepción, profesionales, etc.)							
PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE							
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.		Revisar y ajustar el proceso de atención a pacientes con información referente a la admisión y preparación del mismo.		3	4	3	36
§ 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.							

§ 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.							
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.		Definir mecanismos de asesoramiento para la resolución de inconveniente sobre la atención al usuario		3	3	5	45
PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCION							
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.		Determinar los estándares de tiempos de espera		3	4	4	48
§ 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							
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	Se cuenta con un proceso documentado y socializado, de escucha al cliente,	Diseñar mecanismo de tabulación	Documento del proceso Registro de manifestaciones del cliente y tratamiento a las mismas Planes de acción de	3	4	4	48

su recurrencia.		Analizar los resultados arrojados	la oficina del SIAU	3	4	4	48
22. La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención[1]. En cualquier situación este proceso no será delegable, ni tendrá responsabilidad alguna, al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.	Proceso documentando y socializado, en el cual el paciente es llamado por el profesional cuando llega el momento de su atención	Revisar la posibilidad de que la Institución adquiera un mecanismo de alta voz desde cada uno de los consultorios y diferentes servicios para efectuar el llamado al usuario al momento de su atención.	Listado de pacientes requeridos por el profesional para la atención	2	5	3	30
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN							
23. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implementación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados.		Revisar y complementar el proceso		5	5	5	125
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.	Se cuenta con Guías de práctica clínica a las cuales puede acceder cualquier colaborador desde su equipo de computo	Revisar las guías de práctica clínica de la Institución con base en los criterios definidos por el MPS en la Guía de Guías y ajustarlas de ser necesario	Guías de patologías Primeras causas de consulta Listados de asistencia Evaluación de HC	5	5	5	125

En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías deben ser explícitas en contener:							
§ De quién es la responsabilidad de hacer la guía							
§ Cuáles son los objetivos de la guía							
§Cuál fue el grupo que se reunió e hizo la guía							
§ Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia							
§ Formulación explícita de recomendaciones							
§ Costos y beneficios de la guía							
§ Cada cuánto se hará la actualización							
§ Cómo se evitaron los potenciales errores en la formulación de la guía							
§ Aplicabilidad							
§ Cada cuánto, y cómo, se monitorizará la adherencia a la guía							
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	Se cuenta con consentimientos informados por proceso	Revisar y ajustar los consentimientos informados e incluir consentimiento informado para odontología y vacunación.	Documentos consentimiento informado	3	4	5	60

tomar decisiones informadas.		Definir un espacio físico, confortable y en condiciones de confidencialidad para desarrollar el proceso de informar al usuario sobre los aspectos que contiene el consentimiento		2	2	2	8
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		Documentar el proceso		3	4	5	60
		Implementar el proceso		4	3	5	60
27. La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los proceso de atención.		Documentar las guías		5	5	5	125
		Implementar las guías		5	5	5	125
PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN							
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:		Revisar con el área de recursos físicos las necesidades de infraestructura para cumplir con el estándar		2	5	3	30
§ La privacidad es respetada mientras el paciente se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico.							

§ La privacidad en lo posible debe ser visual y auditiva (de afuera hacia adentro y viceversa), excepto cuando se trate de consultorios odontológicos modulares							
§ Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.							
§ 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.							
§ La privacidad debe mantenerse en casos cuando se administran sustancias o medicamentos por vía intravenosa.							
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.		Revisar y complementar el proceso en lo referente a este ítem específico		3	5	3	45
§ 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.							
§ Se procura siempre establecer contacto visual entre el paciente y el profesional o técnico que lo está atendiendo.							

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		Revisar y ajustar la política de seguridad del paciente.		4	5	4	80
§ Se realizan evaluaciones periódicas de dicha adherencia, con participación de los profesionales directamente involucrados en la atención.							
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:		Revisar y ajustar el proceso de atención al paciente.		4	5	4	80
		Generar mecanismos para dejar constancia que se le dio información al paciente		4	5	4	80
§ El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma.							
§ 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.							
§ Las indicaciones a seguir en la toma de medicamentos, tales como horarios e interacciones con otros medicamentos o alimentos.							

§ Especial importancia se le da a los cuidados y autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, etc.)							
§ 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.							
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.		Generar mecanismos que garanticen la retroalimentación al paciente y verificación de entendimiento		4	5	4	80
33. La organización define y adopta, cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.		Revisar y complementar el proceso de atención a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual y violencia doméstica		3	3	3	27
		Elaborar socializar la ruta de atención Institucional de las personas víctimas de maltrato infantil, abuso sexual y violencia doméstica		3	3	3	27

		Plan de capacitación al personal en lo referente a la identificación, notificación e intervención de casos de personas víctimas de maltrato infantil, abuso sexual y violencia doméstica		3	3	3	27
		Desarrollar mecanismos que permitan el seguimiento y acompañamiento a los casos de personas víctimas de maltrato infantil, abuso sexual y violencia doméstica		4	3	4	48
34. Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se debe especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con personal profesional para realizar dichos procesos de atención y un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA				

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.		Revisar y ajustar la política de seguridad de Seguridad del Paciente		5	5	5	125
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.		Revisar y complementar el proceso,		3	3	3	27
§ El profesional tratante debe estar informado de este derecho							
§ La organización debe respetar este derecho y en ningún caso puede rechazar o limitar el acceso al paciente si este decide volver a consultar.							
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.		Generar un plan de capacitación al equipo de salud para el manejo de urgencias.		5	5	4	100
		Revisar las guías de atención de emergencias		5	5	4	100

		Revisar y complementar los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes		5	5	4	100
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 reingreso 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.		Revisar y mejorar el sistema de información de la IPS y el proceso, de tal forma que se logre cumplir con el estándar		3	3	3	27
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.		Elaborar el programa de consultador hiperfrecuente		4	3	5	60
		Implementar el programa de consultador hiperfrecuente		4	3	5	60
PROCESO DE EDUCACIÓN EN SALUD							

<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>Plan de capacitación a usuarios según su ciclo vital individual Cronograma de capacitación a usuarios Componente educativo en la consulta</p>	<p>Revisar y mejorar el proceso en lo referente a los mecanismos a través de los cuales se definen los temas de capacitación.</p>	<p>Plan de capacitación a usuarios Cronograma de capacitación a usuarios Listados de asistencia Historias clínicas</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>36</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>							

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 general de la educación. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.		Revisar y complementar el proceso con esta información		3	3	3	27	
							57/57	1%



