

PLANTEAMIENTO DEL CICLO DE PREPARACION PARA LA ACREDITACION A
TRAVES DE LA AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES AMBULATORIOS
Y PRIORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA UNIDAD
BASICA DE ATENCION (UBA) COOMEVA NEIVA EN EL PERIODO MAYO –
NOVIEMBRE DE 2011

VICTOR MARIO ANTURI NUÑEZ
JAZMIN YUBIANA AYERBE NAVARRO
DIANA CONSTANZA CORDOBA PEREZ

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

PLANTEAMIENTO DEL CICLO DE PREPARACION PARA LA ACREDITACION A
TRAVES DE LA AUTOEVALUACION DE LOS ESTANDARES AMBULATORIOS
Y PRIORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA UNIDAD
BASICA DE ATENCION (UBA) COOMEVA NEIVA EN EL PERIODO MAYO –
NOVIEMBRE DE 2011

VICTOR MARIO ANTURI NUÑEZ
JAZMIN YUBIANA AYERBE NAVARRO
DIANA CONSTANZA CORDOBA PEREZ

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

Neiva, Noviembre del 2011

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Dios, nuestros Padres y familiares que han sido el motor de nuestro desarrollo personal e intelectual.

VICTOR MARIO
JAZMIN YUBIANA
DIANA CONSTANZA

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A todas las personas que de una u otra forma nos apoyaron, animaron y aportaron información para que se pudiera cristalizar este proyecto.

A la Dra. Maritza Roa Gómez por su orientación y enseñanza, a nuestra querida EPS Coomeva S.A. que nos ha brindado el campo de trabajo para nuestra labores diarias y nos permitió desarrollar esta metodología al interior de la UBA Neiva.

A los docentes de la Especialización de Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social y a nuestra querida Facultad de Ciencias de la Salud de la USCO, de donde siempre nos sentiremos sus hijos.

A todos los participantes mil gracias.....

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	15
1.1 ANTECEDENTES DE LA ACREDITACIÓN EN EL MUNDO	15
1.2 ANTECEDENTES DE LA ACREDITACIÓN EN COLOMBIA	16
1.3 ANTECEDENTES DE LA ACREDITACIÓN EN LAS UBAS O IPS ADSCRITAS A COOMEVA EPS	22
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
2.1 FORMULACION DEL PROBLEMA	26
2.2 JUSTIFICACION DEL PLANTEAMIENTO	27
3. OBJETIVOS	29
3.1 OBJETIVO GENERAL	29
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	29
4. DISEÑO METODOLOGICO	30
4.1 TIPO DE ESTUDIO	30
4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	30
4.2.1 Criterios de inclusión	30
4.2.2 Criterios de exclusión	30
4.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES A EVALUAR	31
4.4 DIMENSION ENFOQUE	31
4.5 DIMENSION E IMPLEMENTACION	31
4.6 DIMENSION Y RESULTADOS	32
4.7 PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	32
4.8 TIPO DE ANÁLISIS	34
4.9 CONSENTIMIENTO INFORMADO	35
4.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS	35
4.11 ALCANCE	36

	Pág.
5.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS 37
5.1	RESULTADOS AUTO-EVALUACIÓN 37
5.1.1	Evaluación cuantitativa 37
5.2	DERECHOS DE LOS USUARIOS 40
5.3	GARANTIZAR EL ACCESO AL USUARIO 41
5.4	RECEPCION DEL USUARIO 42
5.5	ESPERA PREVIA A LA ATENCION 43
5.6	PLANEACION DE LA ATENCION 44
5.7	CONSULTA O ATENCION 45
5.8	EDUCACION EN SALUD 46
5.9	RESULTADOS DE LA PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LOS ESTANDARES 47
5.10	ESTANDARES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA CON CRITERIO DE CRITICIDAD ALTA 48
5.11	ESTANDARES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA CON CRITERIO DE CRITICIDAD MEDIA 50
5.12	ESTANDARES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA CON CRITERIO DE CRITICIDAD BAJA 54
6.	CONCLUSIONES 59
7.	RECOMENDACIONES 61
7.1	RECOMENDACIONES PARA INTERVENIR LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA 61
	BIBLIOGRAFIA 65
	REFERENCIAS ELECTRONICAS 65
	ANEXOS 66

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Instituciones acreditadas en Colombia con corte al mes de agosto de 2011	21
Tabla 2. Priorización –Riesgo- Costo- Volumen	34
Tabla 3. Estándares evaluados	37
Tabla 4. Estandarización del proceso de atención al cliente	39

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Promedio de evaluación cuantitativa	38
Grafica 2. Derecho de los usuarios	40
Grafica 3. Proceso para garantizar el acceso al usuario	41
Grafica 4. Proceso de recepción del usuario	42
Grafica 5. Proceso de espera previa a la atención	43
Grafica 6. Proceso de planeación de la atención	44
Grafica 7. Proceso de consulta o atención	45
Grafica 8. Proceso de educación en salud	46
Grafica 9. Priorización oportunidades de mejora	47

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Cronograma de Trabajo	67
Anexo B. Matriz de Autoevaluación	68
Anexo C. Matriz de Priorización	88

RESUMEN

Cooameva EPS cuenta con una red de IPSs propias que prestan servicios de salud de carácter ambulatorio, las cuales se denominan UBA'S, que vienen desarrollando un proceso de mejoramiento continuo basado en el ciclo PHVA; por esta razón se considera que la ejecución de este proyecto además de generar utilidad académica para los investigadores, le aporta a la Institución desde la perspectiva del levantamiento de una línea de base que se convierta en el punto de partida para el proceso de implementación y desarrollo de los estándares de acreditación en salud para las Instituciones ambulatorias.

Para lo cual se propone realizar un estudio Analítico- descriptivo, identificando las fortalezas y oportunidades de mejora, para definir una línea de base del proceso y plantear la estrategia de preparación para la acreditación de la IPS a través de la autoevaluación, priorización y planes de mejora de los estándares ambulatorios.

Una vez aplicada la metodología de autoevaluación, se encontró que en promedio obtuvieron una calificación del 14.9%, siendo los más representativos: El proceso de educación en salud, el proceso para garantizar el acceso al paciente y el proceso de espera previo a la atención. Posterior a Autoevaluación, se tomaron las oportunidades de mejora y se aplicó la matriz de priorización. El estándar con mayor participación es el de Proceso de Consulta o Atención, con un 30%, seguido por el de Derechos de los Pacientes con un 25%, en tercer lugar el estándar de Procesos para Garantizar el Acceso al paciente con un 17%.

Palabras claves. Acreditación, Autoevaluación, Priorización, Oportunidades de Mejora, Estándares.

ABSTRACT

Coomeva EPS has a network of ISPs themselves who provide health services for outpatient care, which are referred to UBA's, have been developing a continuous improvement process based on the PDCA cycle, which is why it is considered that this project also utility to generate academic researchers, brings to the institution from the perspective of the lifting of a base line to become the starting point for the process of implementation and development of accreditation standards in ambulatory health institutions.

For which it intends to conduct an analytical-descriptive, identifying strengths and improvement opportunities, to define a baseline of the process and raise the strategy to prepare for the accreditation of the IPS through self-evaluation, prioritization and plans outpatient improving standards. Once applied the evaluation methodology, we found that on average were rated 14.9%, the most representative: The process of health education, the process to ensure patient access and waiting process prior to care. Following self-assessment, were taken for improvement and applied the prioritization matrix. The higher standard of participation is the process of consultation or care, with 30%, followed by the Patients' Rights at 25%, third standard processes to ensure patient access to 17%.

Keywords. Accreditation, Self Assessment, Prioritization, Opportunities for Improvement, Standards

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo plantea comprender la importancia de diseñar el ciclo de preparación para la acreditación en la Unidad Básica de Atención de Coomeva en Neiva, mediante la auto evaluación de los estándares ambulatorios, así como la priorización de las oportunidades de mejora identificadas para el posterior planteamiento de las acciones preventivas y correctivas que lleven a la Institución al cumplimiento de cada uno de los estándares superiores de calidad en el proceso de prestación de servicios de salud acorde a su complejidad.

La acreditación es de vital importancia para toda IPS que quiera marcar una diferencia competitiva en el mercado basada en el servicio centrado en el cliente, a partir de la prestación de la atención en salud con estándares de calidad superiores que sean percibidos por el usuario, y que le permitan tener una percepción del servicio con calidad que le garantice no solo la recuperación de la salud sino la seguridad en los procesos y la confianza en la IPS.

Para lo anterior se tendrá en cuenta el sistema gestión de la calidad implementado en la Institución, en el que se ha venido trabajando bajo los pilares de la cultura de la calidad, de los procesos y del servicio, articulando los cuatro componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), como un engranaje dinámico que apunte al máximo desarrollo de la calidad técnica de los servicios prestados por las IPS dentro de un marco de la seguridad para el usuario, y de la percepción de esta por parte del usuario, dándole al Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, un papel dinamizador hacia la obtención de máximos estándares de calidad de servicio, avanzando hacia la concepción de la casi obligatoriedad del desarrollo del Sistema Único de Acreditación, siendo el camino a seguir la constitución de un equipo dinamizador de este proceso el cual definirá las estrategias de intervención con las cuales se logrará integrar esta filosofía de servicio dentro de la dinámica diaria de la atención en salud en la UBA Neiva, haciendo de este aprendizaje organizacional la principal herramienta del mejoramiento continuo que garantice la obtención y mantenimiento de la acreditación en salud para la IPS.

Es así que los directivos de la Unidad Básica de Atención de Coomeva en Neiva tendrán una oportunidad de mejora en el desarrollo de este proyecto, de tal forma que se definirá la línea de base de la Institución frente a cada estándar de acreditación para instituciones asistenciales ambulatorias y se evidenciará la realidad actual de la Institución frente a cada uno de ellos, generando un escenario de trabajo propicio para el planteamiento de los planes de mejora

tendiente a lograr la acreditación en salud para la Unidad Básica de Atención Coomeva EPS Neiva.

1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

1.1 ANTECEDENTES 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. (1.)

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. (1.)

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. (1.)

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 Zelandia, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud.(1.)

1.2 ANTECEDENTES 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. (2)

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 (1).

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. (1)

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) (1)

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 Auditoria 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 auditoria 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, Resolución 1445 de 2006, modificada parcialmente por la Resolución 3960 de 2008, describen las funciones de la Entidad Acreditadora y se entrega los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación. (3)

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.⁽¹⁾

Tabla 1. Instituciones acreditadas en Colombia con corte al mes de agosto 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-08 (2° ciclo)
2	Hospital Pablo Tobón Uribe	50010210401	Medellín	5-sep-08 (2° ciclo). Acreditado con excelencia.
3	Hospital General de Medellín - "Luz Castro de Gutiérrez" ESE	05-0010214401	Medellín	25-feb-09 (2° ciclo)
4	E.S.E. Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahita"	53600212102	Itagüí	30-Nov-05
5	Hospital Pablo VI Bosa ESE	11-001-0988100	Bogotá	23-mar-2010
6	C.P.O. S.A. Centro Policlínico del Olaya	10010917800	Bogotá	28-mayo-09 (2° ciclo)
7	Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.	76-001-01111-01	Cali	28-jul-2010 (2° ciclo)
8	Comunidad de Hermanas Dominicas de la Presentación de la Santísima Virgen de Tour – Provincia de Medellín – Clínica el Rosario, sede Villahermosa	050010209201	Medellín	30-Nov-06
9	Clinica del Occidente S.A.	11-001-9666-00	Bogotá	18-Abr-07
10	Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	11-001-0561800	Bogotá	25-julio-07
11	Fundación Valle del Lili	76-001-02870-01 76-001-02870-02	Cali	25-julio-07
12	Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE	11-001 02654-00	Bogotá	30-ene-08
13	Clinica de Oftalmología de Cali S.A.	76-001-00294-01 76-001-00294-02 76-001-00294-03	Cali	05-sep-08
14	Hospital Nazareth ESE	11-0010944501 11-0010944502	Bogotá	28-mayo-09
15	Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle	76-001-03609-01	Cali	29-julio-2009
16	Laboratorio Clinico Continental Ltda.	0800100105-01 0800100105-02 0800100105-04 130010207501	Barranquilla	30-sep-2009
17	Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología	11-001-0911101 11-001-0911103	Bogotá	23-mar-2010
18	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl	050010217501	Medellín	29-abr-2010
19	Hospital Manuel Uribe Ángel ESE	052660491001	Envigado	29-abr-2010
20	Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lülle FOSCAL	68-01666-01 68-01666-03 68-01666-16	Bucaramanga	29-abr-2010
21	Hospital Universitario Departamental de Nariño	520010110201	Pasto	28-jul-2010

Fuente: www.acreditacionensalud.org.co (4)

1.3 ANTECEDENTES DE LA ACREDITACIÓN EN LAS UBAS O IPS ADSCRITAS A COOMEVA EPS

Consusalud IPS (Consultores Asociados en Salud S.A.) en el año 2010 se realizó un estudio por una profesional aspirante al título de Gerente de Sistemas de Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira, el cual se desarrollo en un periodo de 6 meses y hace referencia al Nivel de Cumplimiento de los Estándares de Acreditación en Consusalud IPS (Consultores Asociados en Salud S.A.), empresa privada adscrita a Coomeva EPS, ubicada en la Avenida 30 de agosto No 36-47, la cual desde su nacimiento en el año 2004 oferta servicios de salud de manera exclusiva para los afiliados a Coomeva EPS bajo la modalidad de contratación por capitación.

Objetivo General del estudio: Identificar en Consusalud IPS el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación, para orientarla hacia un modelo de mejoramiento continuo de la calidad. (5)

Consusalud es una IPS de primer nivel de atención que tiene habilitados los servicios de: Medicina Interna, Ortodoncia, Pediatría, Medicina General, Vacunación, Psicología, Enfermería, Odontología General, Atención Preventiva en Salud Oral – Higiene Oral, Planificación Familiar, Promoción en Salud, Toma de muestra de citología cérvico-uterina, Toma e interpretación de Radiografías Odontológicas, dando cumplimiento a la normatividad del Sistema de Habilitación de Servicios Vigente. (5)

Consusalud IPS tiene un concepto misional basado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con eficiencia y calidad, promoviendo así estilos de vida saludable que generan cultura de la salud en el usuario y su familia. La IPS cuenta con un equipo humano que ofrece su capacidad de trabajo al servicio del cliente interno y externo.(5)

En la actualidad Consusalud IPS cuenta con 6.674 afiliados, distribuidos así:

Mujeres: 3.386

Hombres: 6.457

De los cuales la mayoría están ubicados en los grupos de edad de 10 a 19 años (848), 20 a 29 años (1.526), 30 a 39 años (1.072), 40 a 49 años (837).(5)

La visión de Consusalud IPS es que en cinco años estará posicionada en el Eje Cafetero como la mejor IPS del nivel básico y habrá consolidado con Coomeva EPS una alianza estratégica, que permita excelentes condiciones de atención, promoviendo el desarrollo, científico, tecnológico y administrativo.(5)

El estudio efectuado involucra dos tipos de investigación, la descriptiva y la de acción-participación. La población y la muestra estuvieron representadas por la totalidad de los funcionarios de la organización, ya que la investigadora consideró que afectan de manera directa la prestación de los servicios y cuyo desempeño en el ejercicio de sus labores está relacionado con el grado de satisfacción de sus clientes y por ende el cumplimiento de los estándares.(5)

Algunas de las conclusiones del estudio efectuado por la estudiante de especialización de la Universidad Tecnológica de Pereira en la IPS Consusalud (Consultores Asociados en Salud S.A.) que hace parte de la red de IPS adscritas que ofertan servicios a Coomeva EPS, fueron las siguientes:

Cumplimiento promedio de estándares: 80.66%. El estándar con mayor puntuación es el asistencial, se debe trabajar en todo lo relacionado al recurso humano y manejo de información.

- Nivel de cumplimiento del estándar cliente-asistencial 98%.
- Nivel de cumplimiento del estándar de direccionamiento estratégico 80.38%.
- Nivel de cumplimiento del estándar de Gerencia 77.35%.

En lo referente a las recomendaciones, algunas relevantes son:

- Elegir un líder en la IPS que cuenta con el apoyo de la Dirección para asegurar la continuidad del plan de acción con miras a realizar la acreditación en salud de la IPS.

- Diseñar un plan de comunicación para toda la organización, donde todos los interesados e involucrados en el proceso estén informados de la evaluación, de papel que desempeñan en este y de la importancia de la acreditación para la Institución. Utilizar carteleras internas, correos electrónicos, programar agendas informativas en las reuniones de la Junta Directiva y todas las estrategias que la IPS considere pertinentes.
- Establecer un plan de capacitaciones a todo el personal de la IPS, donde se asegure que todos están listos para participar en el proceso de acreditación.
- Apoyo continuo por parte de la gerencia a todas las persona involucradas en el proceso.
- Documentar en un 100% todos los procesos de la cadena de valor, donde se deberá describir el desarrollo de las actividades de la organización, generando valor al cliente final.
- Implementar y velar por la continuidad de la cultura y calidad en toda la IPS, para garantizar la prestación de servicios con excelencia.
- Realizar un proyecto que permita tener en cuenta todas las variables como costos, inversión necesaria para la implementación de cada uno de los estándares del proceso de acreditación.
- Costear la implementación del proceso y evaluar su viabilidad (5).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ser reconocida como una IPS que presta servicios con calidad, calidez y que brinda una atención centrada en el cliente, basada en la seguridad del usuario y la integración de la familia y el entorno en el proceso de recuperación de la salud debe ser un reto que debe asumir la administración de la UBA Coomeva Neiva como una estrategia de diferenciación competitiva en el mercado a partir de la prestación de la atención en salud con estándares de calidad superiores que sean percibidos por el usuario, no solo para generar su satisfacción, sino como garantía del éxito y la adherencia al plan terapéutico basado en un servicio de excelente calidad técnica; la seguridad en los procesos y la confianza en la IPS.

La transformación del sector salud en Colombia desde la aprobación de la Ley 100 de 1993 ha buscado generar estándares básicos (habilitación) con los cuales se busca garantizar la seguridad del usuario en el proceso de la prestación de servicios de salud, el sistema de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad como una herramienta que garantice el cumplimiento y mantenimiento de esos estándares de calidad en el servicio y el mejoramiento continuo como estrategia para avanzar a estándares superiores de calidad (acreditación) que generen en las IPS una cultura de servicio centrado en el cliente. El desarrollo del país frente a esto temas, desde los años 90 hasta hoy vienen generando una cascada normativa, frente al Sistema General de Seguridad Social en Salud de cara a generar, mantener y mejorar la calidad de salud de nuestros Colombianos.

Con respecto a la prestación de los servicios de salud se crearon los Prestadores de Servicios de salud, enmarcados en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de usuarios entre otros. Logrando así, la transformación del sistema laboral del gremio médico y paramédico, impulsándolo hacia modelos de emprendimiento y creación de empresas.

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

En la actualidad el país tiene implementado un ciclo de mejoramiento y actualización del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) sustentado por el Decreto 1011 del año 2066, en su marco conceptual que

comprende el enfoque de gestión integral por calidad, el mejoramiento continuo de la calidad, el enfoque centrado en el cliente y el enfoque sistémico⁽⁶⁾; así mismo su Resolución reglamentaria 1045 que define los estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las funciones de las entidades acreditadoras ⁽³⁾, se adoptaron, a través del técnico No.1 el Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación ⁽⁷⁾, y en el anexo técnico No 2 la escala de calificación de los estándares, así mismo se definió la conformación de los grupos de la Junta de Acreditación y se dictaron otras disposiciones.⁽³⁾

Con la Resolución 3960 de 2008, se modificó el anexo técnico No 1 y adiciona el manual de estándares de acreditación para las DTS y se modifica el anexo técnico No 2 frente a la decisión de acreditación condicionada y la condición de no acreditado, se modificaron los ciclos de la acreditación y se amplió la duración de la misma.

Teniendo como referente la situación actual de desarrollo del SOGC, la dura competencia existente entre los diferentes actores del sistema, la avalancha de reglamentación que lo rige, así como los continuos cambios en el mismo, los cuales deben implementarse casi de manera inmediata cuando las Instituciones están tratando de cumplir y ajustarse a la reglamentación inicial; lleva a que las IPS se muevan en un continuo proceso de ajuste que puede afectar de manera positiva o negativa el camino hacia la excelencia.

2.1 FORMULACION DEL PROBLEMA

Para las directivas de la Unidad Básica de Atención de Coomeva en Neiva, el proceso de acreditación es un gran reto, y con el fin de establecer las estrategias a implementar de cara a lograr y mantener la acreditación es muy importante conocer la el nivel de desarrollo del SOGC en la unidad (Habilitación y PAMEC), así como integrar los avances que tiene la IPS en levantamiento y estandarización de procesos, registro de actividades, indicadores de gestión y demás aspectos relacionados con el desarrollo del Sistema De Gestión de Calidad a la luz de la norma ISO 9001 versión 2008 para establecer línea base actualizada, identificar mediante la matriz de priorización costo volumen, los procesos prioritarios y entonces realizar el plan de mejoramiento, cuya implementación logrará la acreditación de la IPS, lo cual está sujeto al siguiente planteamiento:

¿Cuál es el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación en el ámbito ambulatorio para la UBA, que respondan al sistema obligatorio de garantía de la calidad con base a lo normado actualmente?

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

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

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

2.2 JUSTIFICACION DEL PLANTEAMIENTO

Coomeva EPS cuenta con una red de IPSs propias que prestan servicios de salud de carácter ambulatorio en todo el territorio nacional, incluyendo servicios médicos de primero y segundo nivel de complejidad, las cuales se denominan Unidades Básicas de Atención UBA, contando en Neiva con una UBA, localizada en la Calle 13 No. 5-44, la cual está inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, con código de habilitación 410010083501 habilitada para prestar los servicios de salud que tiene actualmente inscritos ante la Secretaría de Salud Departamental del Huila, ejecuta un Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad y cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad basada en la Norma ISO 9001 versión 2008. En el desarrollo del SOGC las UBA de Coomeva en todo el país han avanzado en el conocimiento de los estándares de habilitación y se está diseñando un PAMEC de alcance Nacional el cual se encuentra enfocado en la acreditación. Con estos insumos de gestión se busca plantear una estrategia de preparación para la acreditación de la IPS a través de la autoevaluación, priorización y planes de mejora de los estándares ambulatorios con la participación activa de todo el recurso humano con que cuenta la IPS.

Como se citó la Unidad Básica de Atención viene desarrollando un proceso de mejoramiento continuo basado en el ciclo PHVA, en el marco de la implementación del sistema de gestión de la calidad definido en la norma ISO y el SOGC; por esta razón se considera que la ejecución de este proyecto además de generar utilidad académica para los investigadores, le aporta a la Institución desde la perspectiva del levantamiento de una línea de base que se convierta en el punto de partida para el proceso de implementación y desarrollo de los estándares de acreditación en salud para las Instituciones ambulatorias; información que se empleara para la priorización de las oportunidades de mejora y definición de planes de mejora.

Se propone revisar y analizar el estado actual de desarrollo del SOGC, del PAMEC y del SGC de la UBA Coomeva Neiva, identificando las fortalezas y oportunidades de mejora en los procesos de atención del usuario ambulatorio, para definir una línea de base del proceso y plantear la estrategia de preparación para la acreditación de la IPS a través de la autoevaluación, priorización y planes de mejora de los estándares ambulatorios con la participación activa de todo el recurso humano con que cuenta la IPS.

La presente investigación se justifica en la medida que proporcione a la UBA Coomeva Neiva, información que le permita conocer el grado de desarrollo de su Sistema de Mejoramiento de la Calidad, la funcionalidad de sus procesos de atención y las condiciones bajo las cuales presta los servicios, teniendo como base la atención centrada en el usuario y la seguridad del usuario, buscando alcanzar los más altos estándares de calidad mediante la aplicación de estrategias de mejoramiento continuo, que redunde en beneficio del usuario y facilite avances en el proceso de Acreditación de la IPS ante el ICONTEC.

Para poder cumplir con este propósito, los Prestadores de Servicios de Salud deben contar con unas condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica de la estructura de procesos que deben cumplir en cada uno de los servicios prestados, considerándose éstas, como suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar el ciclo de preparación para la acreditación a partir de la autoevaluación de los estándares de acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ambulatorias en la Unidad Básica de Atención UBA Coomeva Neiva, así como priorizar las oportunidades de mejora identificadas.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Establecer la línea de base institucional frente a los criterios definidos en los Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias en la Unidad Básica de Atención UBA Coomeva Neiva.

Realizar la evaluación cualitativa y cuantitativa del cumplimiento de los Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias en la Unidad Básica de Atención UBA Coomeva Neiva.

Establecer la priorización de las oportunidades de mejora detectadas en la evaluación cualitativa y cuantitativa del cumplimiento de los Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias de la Unidad Básica de Atención UBA Coomeva Neiva.

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio a realizar es de tipo ANALITICO-DESCRIPTIVO el cual permitirá establecer las relaciones entre las variables, de asociación o de causalidad, sugiriendo aspectos potenciales a desarrollar por la institución, orientados a la prevención de la enfermedad o promoción de la salud, de manera proactiva, adicionalmente poder identificar las oportunidades de mejora, para alcanzar unos niveles superiores de calidad, los cuales redundaran de manera positiva para la institución.

El grupo de trabajo, adoptara los Formatos de aportados por el MPS, como son el formato de Autoevaluación, el formato de Priorización y el formato de Oportunidades de Mejora, sobre los cuales se pretende partir inicialmente de una línea de base o momento actual de desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Institución, identificar las fortalezas que permitan dinamizar el proceso y las oportunidades de mejora a las cuales se les debe diseñar, y ejecutar un plan de mejora el cual sea aplicable a la realidad actual de la IPS y propenda por alcanzar el cumplimiento de los criterios establecidos en los Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias que permita a la Alta Dirección de la institución definir el inicio del proceso hacia la acreditación de la institución. (8)

4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.2.1 Criterios de inclusión. El presente estudio analítico - descriptivo se realizará aplicando únicamente el manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias.

4.2.2 Criterios de exclusión. Del manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias se excluyen los estándares del 40 al 48 que corresponden al proceso de atención para entidades o servicios de cirugía ambulatoria y los estándares del 49 al 53 que corresponden al proceso de atención para entidades o servicios de terapia física o respiratoria. (7)

4.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES A EVALUAR ⁽⁷⁾⁽⁸⁾

Las variables a evaluar son los Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias incluidas en el estudio. La evaluación se hará desde tres dimensiones a saber: Enfoque, Implementación y Resultados, cada una de las cuales tiene sus variables específicas para evaluar el desarrollo del estándar así:

4.4 DIMENSION 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. (8)

4.5 DIMENSION E IMPLEMENTACION

Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución. Las variables de la dimensión IMPLEMENTACION 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.(8)

4.6 DIMENSION Y 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. (8)

4.7 PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Una vez aplicada la herramienta de Autoevaluación, se procede a priorizar las oportunidades de mejora detectadas para cada uno de los estándares evaluados, con el objeto de concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes tenga como consecuencia un mayor beneficio, generando un espacio de conocimiento, discusión y participación para detectar aquellos problemas de calidad que impactan con mayor fuerza la calidad de la

atención de los usuarios y así decidir donde concentrar los recursos disponibles y en que aspectos enfocar el compromiso institucional.(8)

La matriz de priorización que se aplicó en este estudio contempla los aspectos de Riesgo, Costo y Volumen, aplicables de la siguiente forma y con la siguiente escala de calificación:

Riesgo: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución y/o los clientes internos si no se lleva a cabo el mejoramiento. El riesgo se califica así:

No hay ningún riesgo para usuarios y/o Colaboradores

Bajo riesgo para usuarios y/o Colaboradores.

Riesgo medio usuarios y/o Colaboradores

Representa un riesgo superior para usuarios y/o Colaboradores

Muy alto riesgo para usuarios y/o Colaboradores

Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento. El costo se califica así:

No invertir en la solución representa un BAJO costo para la Institución.

No invertir en la solución representa un MEDIANO costo para la Institución.

No invertir en la solución representa un ALTO costo para la Institución.

Volumen: Tiene en cuenta la cantidad de personas que se pueden afectar si no se realiza la mejora que se requiere. El Volumen se califica así:

La No solución afecta a un número mínimo o bajo de usuarios y/o colaboradores.

La No solución afecta a un número medio de usuarios y/o colaboradores.

La No solución afecta a un número alto de usuarios y/o colaboradores.

La calificación de criticidad de cada oportunidad de mejora seleccionada se obtendrá de multiplicar los tres valores obtenidos en la calificación de riesgo, costo y volumen.

Tabla 2. Priorización –Riesgo- Costo- Volumen.

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN			
		Riesgo	Costo	Volumen	CRITIC IDAD
173.(43). La organización define y adopta , cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.	Implementar el procedimiento para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.	5	5	3	75

Las oportunidades de mejora se clasificaran de acuerdo a su nivel de criticidad, el cual esta determinado de la siguiente manera: Aquellas oportunidades de mejora que obtengan menos de 60 puntos de calificación se clasifican como de baja criticidad, lo que quiere decir que no son urgentes de intervención, las que obtienen entre 60 y hasta 80 puntos se clasifican como de criticidad media, y aquellas que alcanzan mas de 80 puntos se clasifican como de criticidad alta, y serán objeto de intervención inicial o inmediata.

4.8 TIPO DE ANÁLISIS

Se hará un análisis cualitativo y cuantitativo para establecer el grado de desarrollo actual del SOGC de la UBA COOMEVA Neiva a partir de estos hallazgos plantear el ciclo de preparación para a el proceso de Acreditación de la IPS

4.9 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

No requiere consentimiento informado, habida cuenta que el desarrollo del presente estudio solo requiere el conocimiento de documentos físicos y magnéticos de procesos, procedimiento, fichas técnicas, reportes de información, actas y análisis entre otras, y en ningún momento toca registros clínicos u otro bien del cliente custodiado por la IPS, ni tampoco requiere la participación ni activa ni pasiva de usuarios o usuarios de la IPS por lo cual solo se requiere la autorización y permiso institucional para el conocimiento de la información.

4.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El criterio ético fundamental es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral, ósea, la dignidad de la persona.

En Colombia el concepto de ética esta definido por el entonces Ministerio de Salud a través de la resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Así en el artículo N° 5 se establece que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Según esta resolución en su artículo número 10, el grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

Para nuestro proyecto de investigación y con base en el artículo 11 de esta resolución este trabajo se clasificó como una Investigación sin riesgo, que se refiere a estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

4.11 ALCANCE

El alcance de este proyecto son las Unidades Básicas de Atención (UBA) de Coomeva EPS, tomando como muestra Intencionada la Unidad Básica de Atención (UBA) Coomeva Neiva. Se aplicará únicamente el manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias, excluyendo de este los estándares del 40 al 48 que corresponden al proceso de atención para entidades o servicios de cirugía ambulatoria y los estándares del 49 al 53 que corresponden al proceso de atención para entidades o servicios de terapia física o respiratoria.

5 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

5.1 RESULTADOS AUTO-EVALUACIÓN

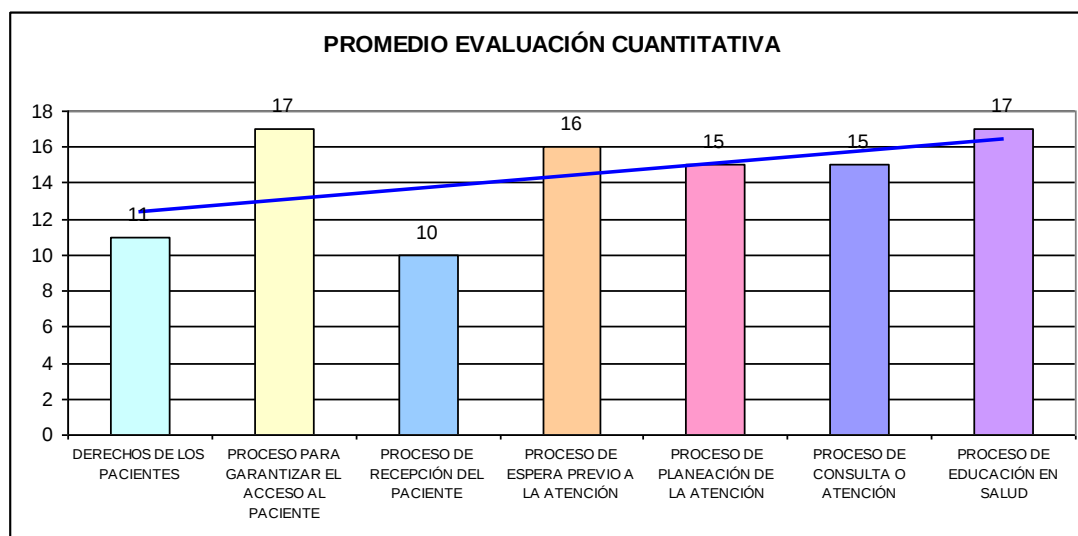
5.1.1 Evaluación cuantitativa. Una vez aplicada la metodología de evaluación cualitativa y cuantitativa utilizando la herramienta de autoevaluación (Anexo A), se obtuvo la siguiente calificación promedio por estándares evaluados:

Tabla 3. Estándares evaluados.

ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	PROMEDIO EVALUACIÓN CUANTITATIVA
PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE	10
DERECHOS DE LOS PACIENTES	11
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	15
PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN	15
PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCIÓN	16
PROCESO PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	17
PROCESO DE EDUCACIÓN EN SALUD	17

En la tabla 3 se muestra el comportamiento de cada uno de los estándares que fueron evaluados, encontrando que en promedio obtuvieron una calificación del 14.9%, siendo los más representativos y con mayor avance los relacionados con: El proceso de educación en salud, el proceso para garantizar el acceso al usuario y el proceso de espera previo a la atención.

Gráfico 1. Promedio de evaluación cuantitativa.



Una vez realizada la evaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares, se tomaron las oportunidades de mejora y se aplicó la matriz de priorización (Anexo B.) observando la distribución de dichos estándares y oportunidades de mejora discriminados por nivel de criticidad, teniendo en cuenta que aquellas oportunidades de mejora que obtuvieron menos de 60 puntos de calificación se clasifican como de baja criticidad, es decir que no son urgentes de intervención, las que obtienen entre 60 y hasta 80 puntos se clasifican como de criticidad media, y aquellas que alcanzan mas de 80 puntos se clasifican como de criticidad alta, y son objeto de intervención inicial o inmediata.

En la tabla 4 se muestra la participación de los estándares del proceso de atención ambulatoria del cliente asistencial, teniendo en cuenta el porcentaje de oportunidades de mejora con grado alto, medio y bajo de criticidad, así como la participación por cada estándar en el total de oportunidades de mejora encontradas y la distribución de estas según su grado de criticidad.

Tabla 4. Estandarización del proceso de atención al cliente.

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	%
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	0	0%	2	8%	6	25%	8	11%
PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN	8	36%	8	32%	5	21%	21	30%
PROCESO DE EDUCACIÓN EN SALUD	1	5%	0	0%	4	17%	5	7%
DERECHOS DE LOS PACIENTES	9	41%	5	20%	4	17%	18	25%
PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE	1	5%	0	0%	2	8%	3	4%
PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCIÓN	0	0%	2	8%	2	8%	4	6%
PROCESO PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	3	14%	8	32%	1	4%	12	17%
TOTAL	22	31%	25	35%	24	34%	71	100%

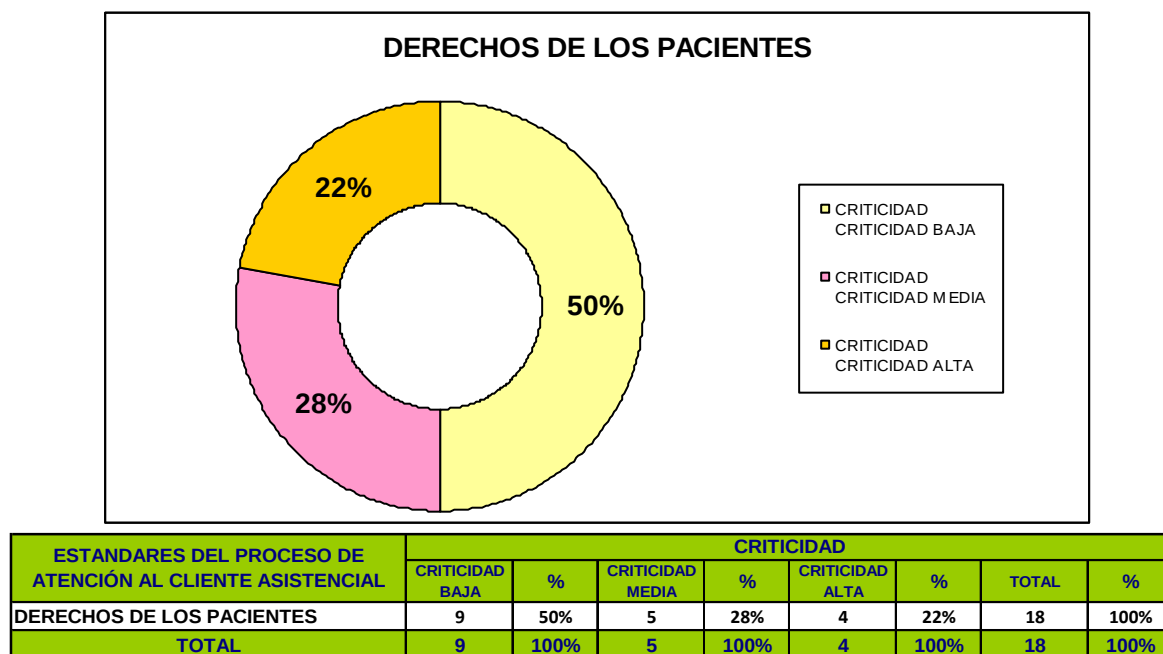
El estándar con mayor participación en las oportunidades de mejora priorizadas es el de Proceso de Consulta o Atención, con un 30% (21 oportunidades de mejora) seguido por el de Derechos de los Usuarios con un 25% (18 oportunidades de mejora), en tercer lugar el estándar de Procesos para Garantizar el Acceso al usuario con un 17% (12 oportunidades de mejora) y en cuarto lugar el estándar del Proceso de Planeación de la Atención con un 11% (8 oportunidades de mejora), en quinta posición se ubica el estándar de Proceso de Educación en Salud con un 7% (5 oportunidades de mejora), en la sexta posición se ubica el estándar de Proceso de Espera Previo a la Atención con un 6% (4 oportunidades de mejora) y cierra el estándar del Proceso de Recepción del Usuario con un 4% (3 oportunidades de mejora)

En cuanto a la distribución de las 71 oportunidades de mejora identificadas según nivel de criticidad, el 34% (24 oportunidades de mejora) se calificaron como de alta criticidad, el 35% (25 oportunidades de mejora) se calificaron como de criticidad media y 31% (22 oportunidades de mejora) se calificaron como de criticidad baja.

A continuación se muestra la distribución de las oportunidades de mejora por estándar y nivel de criticidad:

5.2 DERECHOS DE LOS USUARIOS

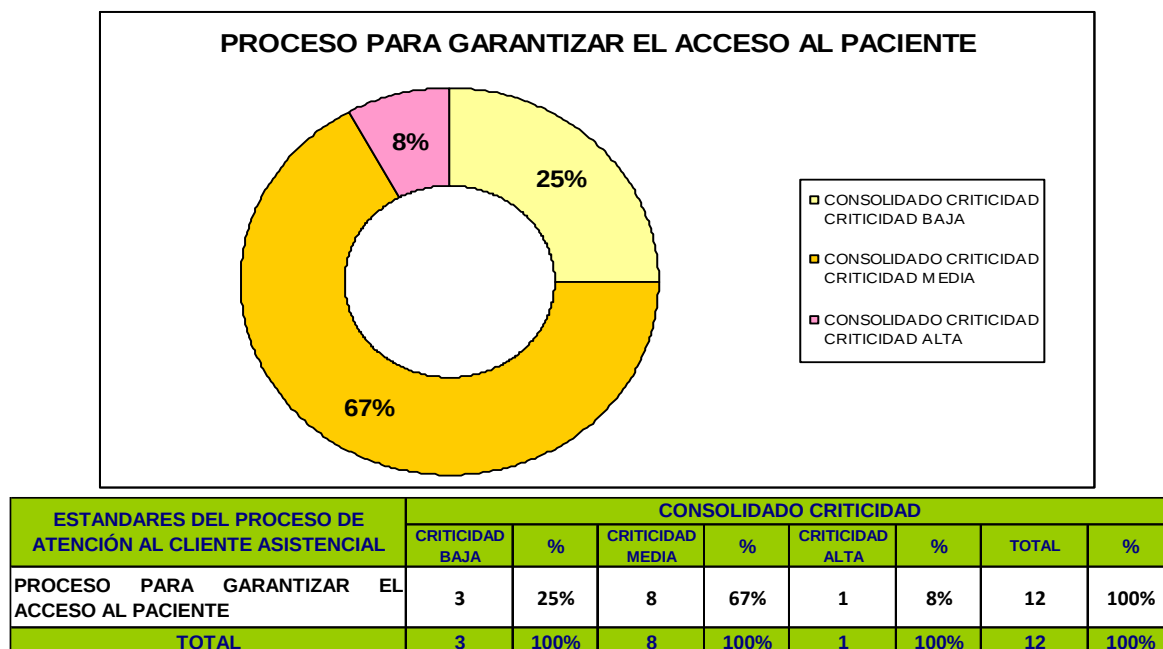
Gráfico 2. Derecho de los usuarios.



La presente gráfica permite visualizar la prioridad de intervención de las oportunidades de mejora correspondientes a los estándares de derechos de los usuarios, en la cual claramente se observa que el 50% de las oportunidades de mejora son de baja criticidad, es decir que no son urgentes de intervención, seguidas de un 28% de criticidad alta y un 22% de criticidad media, las cuales deben priorizarse para ser intervenidas en primera instancia.

5.3 GARANTIZAR EL ACCESO AL USUARIO

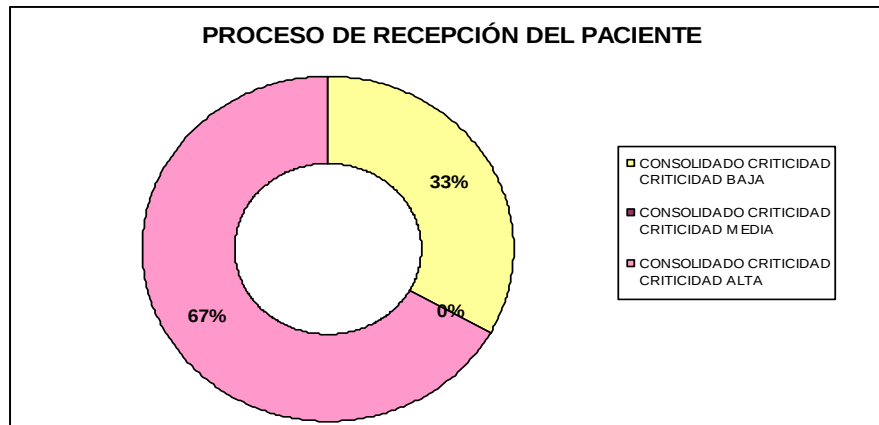
Gráfico 3. Proceso para garantizar el acceso al usuario.



En los estándares del proceso para garantizar el acceso al usuario, las oportunidades de mejora se comportaron así; el 67% son de criticidad media, el 25% baja y el 8% alta, lo que permite ver que estos estándares si bien es cierto no han madurado totalmente en la Institución, si han evolucionado y requieren una intervención prioritaria pero no urgente, frente a otros estándares.

5.4 RECEPCION DEL USUARIO

Gráfico 4. Proceso de recepción del usuario.

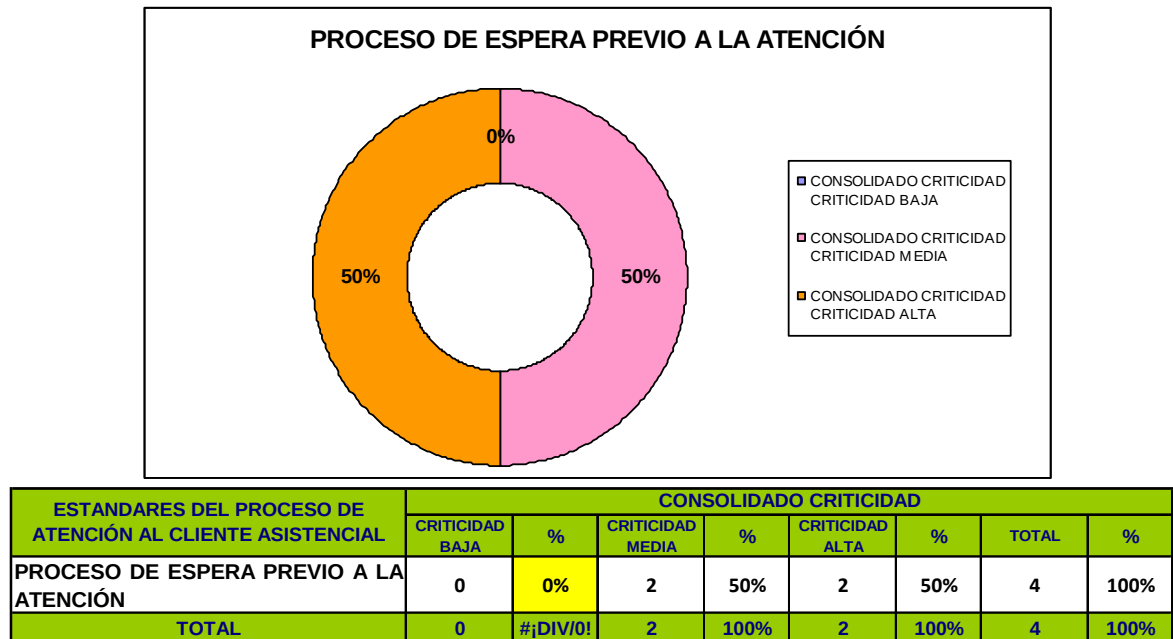


ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	CONSOLIDADO CRITICIDAD							
	CRITICIDAD BAJA	%	CRITICIDAD MEDIA	%	CRITICIDAD ALTA	%	TOTAL	%
PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE	1	33%	0	0%	2	67%	3	100%
TOTAL	1	100%	0	#iDIV/0!	2	100%	3	100%

Sobre los estándares del proceso de recepción del usuario, se encontró que el 67% de las oportunidades de mejora requieren ser intervenidas con mayor prioridad, ya que obtuvieron el 67% y se ubicaron en las de alta criticidad, seguidas del 33% de baja criticidad, lo que nos lleva a visualizar que este proceso requiere un trabajo importante para madurar y evolucionar en la implementación de los estándares.

5.5 ESPERA PREVIA A LA ATENCION

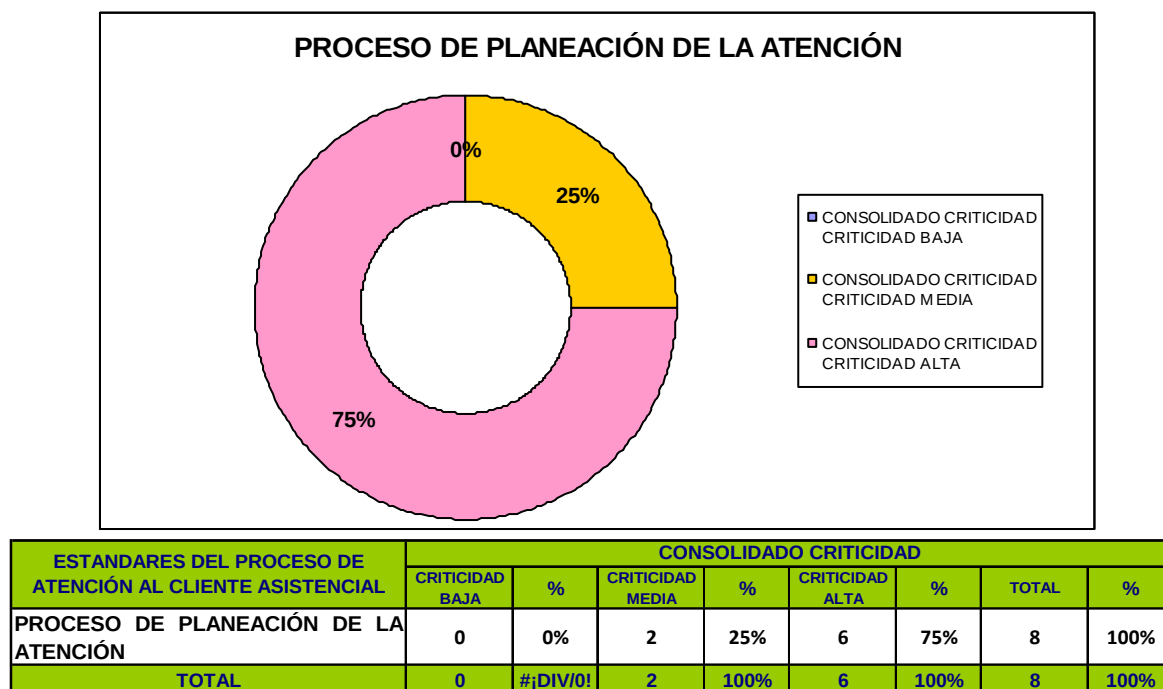
Gráfico 5. Proceso de espera previa a la atención.



Las oportunidades de mejora de los estándares del proceso de espera previo a la atención requieren intervención prioritaria, pues el resultado de la priorización mostró que el 50% presentan alta criticidad y el otro 50 criticidad media, es decir que estos estándares deben trabajarse con mayor ahínco, para lograr el objetivo esperado.

5.6 PLANEACION DE LA ATENCION

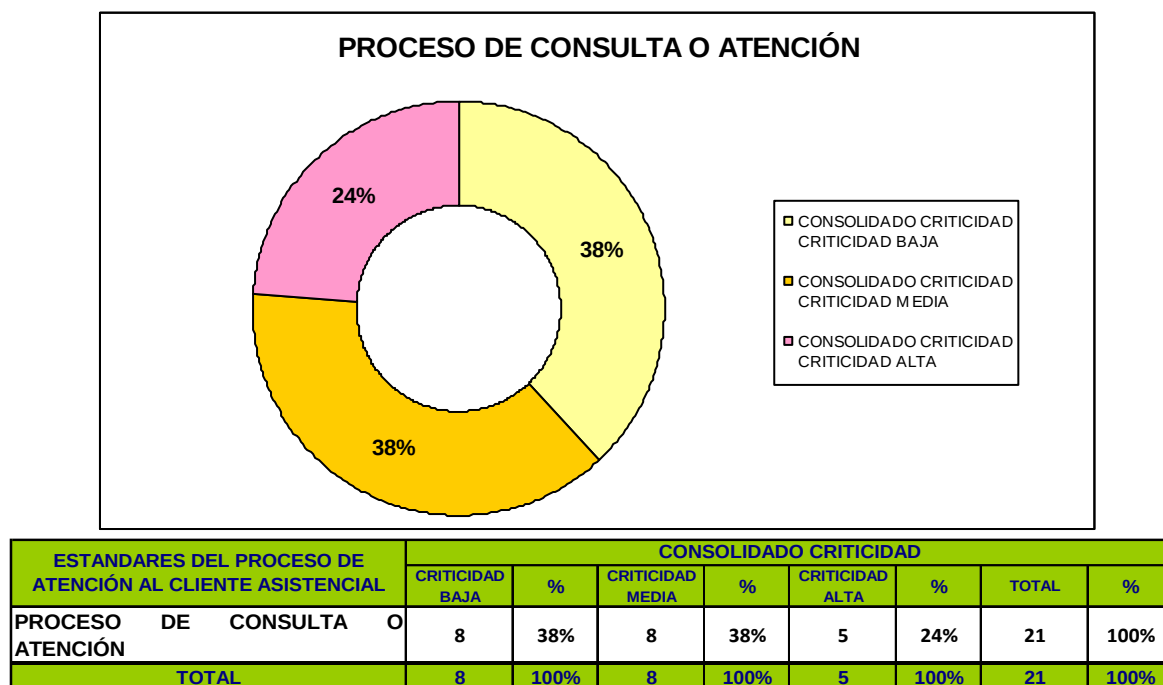
Gráfico 6. Proceso de planeación de la atención.



Las oportunidades de mejora de los estándares del proceso de planeación de la atención son unas de las que mayor criticidad presentan, con un 75% de alta criticidad y un 25% de criticidad media, por lo que muy importante que en el plan de mejora se planteen acciones que fortalezcan estos estándares, ya que si bien es cierto los otros estándares y oportunidades de mejora no son menos importantes, estos estándares de planeación de la atención tienen un fuerte componente técnico-científico que se verá reflejado al implementarse en el mantenimiento del estado de salud de los usuarios.

5.7 CONSULTA O ATENCION

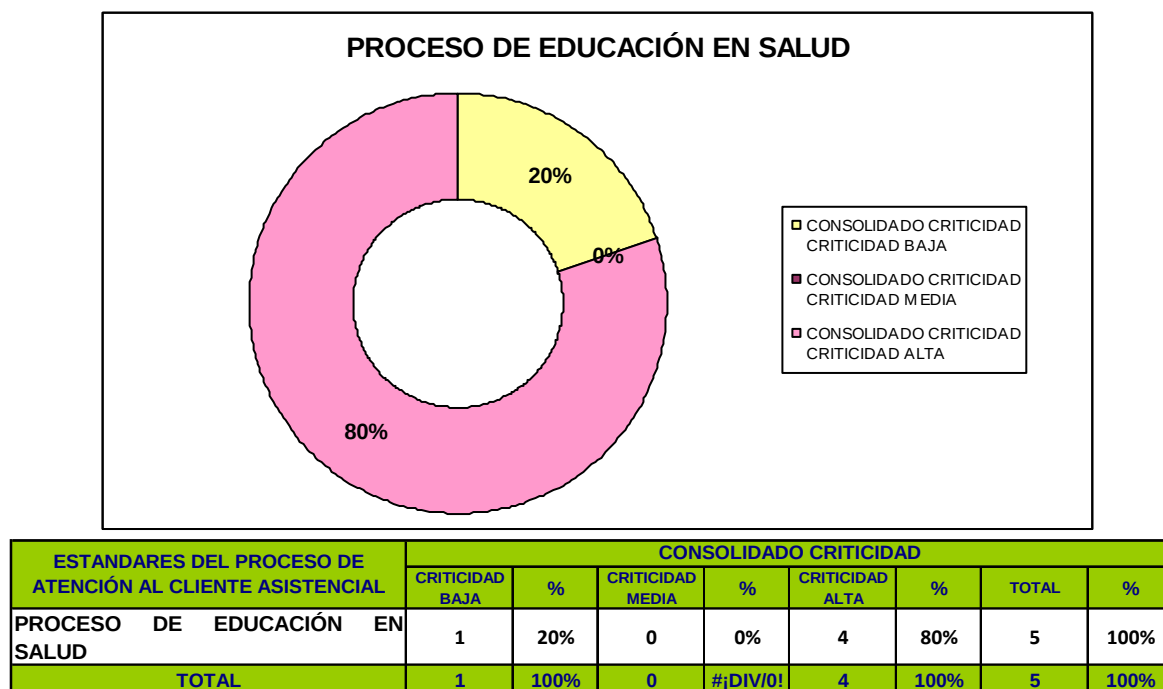
Gráfico 7. Proceso de consulta o atención.



Las oportunidades de mejora de los estándares del proceso de consulta o atención presentan un 24% de alta criticidad, un 38% de criticidad media y un 38% de criticidad baja lo que muestra un proceso de atención del usuario susceptible de ser mejorado en forma importante desde la perspectiva de los estándares de acreditación definidos para este proceso, si bien no es el estándar mas débil es una gran oportunidad de mejora para la UBA Neiva en el proceso de plantear un ciclo preparatorio para asumir el proceso de acreditación.

5.8 EDUCACION EN SALUD

Gráfico 8. Proceso de educación en salud.

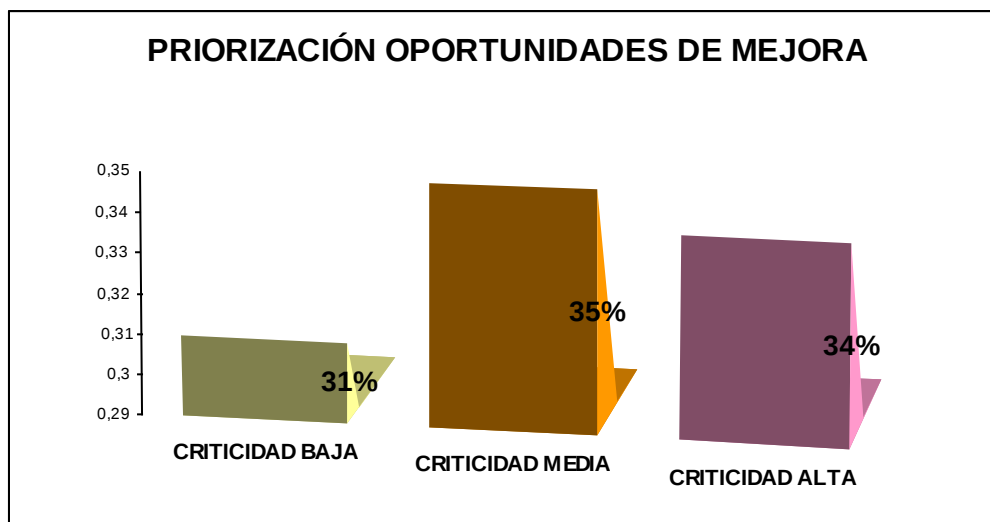


En los estándares del proceso de educación en salud, se encontró que el 80% requieren intervención urgente ya que se ubicaron en una alta criticidad, seguidos con un 20% de las oportunidades de mejora de menor criticidad. Es importante priorizar estas oportunidades de mejora ya que el proceso de educación al usuario es trazador en la recuperación de la salud de los usuarios.

5.9 RESULTADOS DE LA PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LOS ESTANDARES

La siguiente gráfica muestra la distribución de las oportunidades de mejora según nivel de criticidad, luego de aplicarse la matriz de priorización, cuyo resultado permite visualizar que existe un 34% de oportunidades que requieren intervención urgente, seguidas del 35% que deben intervenir de manera prioritaria y un 31% que pueden esperar un poco más para ser intervenidas.

Gráfico 9. Priorización oportunidades de mejora.



Las oportunidades de mejora priorizadas en el proceso de consulta o atención, en su mayoría corresponden a las de criticidad baja y media con un 38% respectivamente y con mayor criticidad un 24%, lo que evidencia que existe aquí un importante número de oportunidades de mejora que requieren intervención prioritaria.

A continuación se muestran los estándares con sus oportunidades de mejora clasificadas según el grado de criticidad:

5.10 ESTANDARES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA CON CRITERIO DE CRITICIDAD ALTA

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN 35. La organización tiene identificados y definidos internamente una serie de fallas (humanas o de sistemas de soporte *[28]) 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.	Realizar seguimiento al comportamiento de los indicadores y al resultado de los planes de mejora implementados
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.	1) Evaluar funcionalidad del proceso. 2) Medir la adherencia al proceso y evaluar dicha adherencia mediante la auditoria de historias clínicas.
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN 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.	Ampliar su revision y aplicabilidad en la atencion de cara a la guia de guias establecida por el MPS
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN 27. La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los procesos de atención.	1) Elaborar guias de reaccion inmediata, 2) Socializar guias de reaccion inmediata y establecer plan de control, indicadores de seguimiento y metas a cumplir
PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN 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 *[29].	1) Socializar e implementar el código azul 2) Seguimiento y evaluación al proceso de referencia y contrarreferencia-Seguimiento a la aplicación de las guías
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN 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.	1) Verificar uso y cumplimiento en la calidad del registro desde el analisis de la Historia Clínica 2) Establecer y parametrizar indicadores para la verificación del cumplimiento de este proceso

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN 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 *[29].	1) Socializar e implementar el código azul 2) Seguimiento y evaluación al proceso de referencia y contrarreferencia-Seguimiento a la aplicación de las guías
DERECHOS DE LOS PACIENTES 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.	1) Medir el grado de adherencia a la información que se está dando y a generar indicadores que permita medir cumplimiento. 2) Mantener la capacitación continua al personal sobre derechos de los usuarios según el plan de beneficios y condiciones de acceso a estos según disposiciones legales del SGSSS 3) Ajustar documento de accesos y beneficios, definir proceso de información para los casos en que el usuario que solicita servicios no tiene derechos a acceder a estos. 4) Conocer información de experiencias exitosas en otras entidades, encuentro y asesoría con expertos.
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE 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.	Formular indicadores que midan el proceso y lograr evaluarlo.
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.	Formular indicadores que midan el proceso y lograr evaluarlo, con el fin de brindar mejor atención.
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN 22. La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención *[26]. En cualquier situación este proceso no será delegable, ni tendrá responsabilidad alguna, al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.	1) Implementar e incentivar al personal en el uso de estos dispositivos con los que cuenta la institución. 2) Evaluar utilidad y gestión en la atención,

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN 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	1) Fortalecer los procesos de evaluación de Historias clínicas y estandarizar la socialización de los resultados 2) Generar indicadores de seguimiento a los resultados de la evaluación de cumplimiento de guías de manejo (adherencia) 3) Documentar e implementar indicadores de evaluación que midan adherencia a guías
PROCESOS DE EDUCACIÓN EN SALUD 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 *[32]. § 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	1) Evaluar plan de capacitación a usuarios 2) Verificar componente educativo en las historias clínicas 3) Revisar y proponer mejoras al proceso ya que no cuenta con metas, objetivos e indicadores 4) Diseñar material educativo para entregar al usuario con resumen de aspectos relevantes de cada tema tratado

5.11 ESTANDARES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA CON CRITERIO DE CRITICIDAD MEDIA

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN 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.	Se revisaran actualizaciones futuras que permitan mejorar la recepción de este tipo de comunicaciones

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN 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	1) Verificar uso y cumplimiento en la calidad del registro desde el análisis de la Historia Clínica 2) Establecer y parametrizar indicadores para la verificación del cumplimiento de este proceso
DERECHOS DE LOS PACIENTES 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.	1) Desarrollar estrategias que permitan evaluar que las directrices emitidas se están aplicando. 2) Socializar a todo nivel los documentos. 3) Ajustar documento, definir proceso de información para estos casos. 4) Conocer información de experiencias exitosas en otras entidades, encuentro y asesoría con expertos. 5) Incluir en el plan de capacitación temas de humanización y sensibilización y acompañarlo de campañas.
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. 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	1) Documentar y socializar el proceso de asignación de citas por el Call Center. 2) Ampliar la efectividad del sistema a todos los servicios asistenciales de las unidades

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE 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.	1) Implementar un sistema de investigacion de causas de inatencion. 2) Ajustar el SOFTWARE de tal forma que permita diferenciar las cauas de inatencion.
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE 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.	Implementar un metodo de estudio que nos permita cumplir con este criterio.
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE 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. § 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 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).	Mejorar el Proceso de compensacion de aportes y acreditacion de afiliacion con el objetivo de que el cargue de los pagos sea oportuno y de esta manera se elimina una barrera de acceso al servicio
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE 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.	Se revisaran actualizaciones futuras que permitan mejor accesibilidad a los usuarios.
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE 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.	Se revisaran actualizaciones futuras que permitan mejor accesibilidad a los usuarios.

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCIÓN 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.	Documentar, estandarizar y socializar el proceso de espera previa a la atención, donde se establezca el tiempo de espera para atención tanto por causas asociadas al usuario como a la oportunidad de la consulta, que incluya la evaluación de la oportunidad en el inicio de la atención, la publicidad de este estandar y el proceso para la información cuando por fuerza mayor no se pueda cumplir este estandar.
PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN 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. § 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.	1) Estructurar la estrategia de empatía y proactividad y hacerla parte de la formación integral del cliente interno 2) Mejorar la monitorización y evaluación permanente del proceso. 3) Fortalecer capacitación de los profesionales y técnicos en atención del servicio.
PROCESO DE CONSULTA O DE 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: § 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.	1) Implementar guías diagnósticas y terapéuticas para las principales patologías tratadas en la Unidad que incluya datos de la historia natural de la enfermedad, manejo farmacológico, recomendaciones y manejo no farmacológico 2) Diseñar indicadores de evaluación del cumplimiento o adherencia a la guía. 3) Establecer y hacer seguimiento al programa de farmacovigilancia, incluyendo plan de capacitaciones al respecto y diseñando mecanismos para las actualizaciones en materia de novedades de medicamentos articulando a nivel local las actividades del comité nacional de tecnofarmacovigilancia

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN 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.	Documentar y estandarizar un proceso de educación al paciente en el manejo integral de su patología que incluya aspectos farmacológicos y no farmacológicos y que incluya declaración de aceptación o no del tratamiento planteado y sus objetivos
PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN 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.	Plantear y aplicar las acciones derivadas de los informes de consultador hiperfrecuente

5.12 ESTANDARES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA CON CRITERIO DE CRITICIDAD BAJA

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
DERECHOS DE LOS PACIENTES 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. 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.	Implementar estrategias que nos permitan aclarar la directriz y así documentar el proceso y socializarlo, replicar la figura del comite de etica a nivel regional y de oficinas y al área de prestación.

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
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.	1) Desarrollar instrumentos que nos permitan medir (o ir recabando resultados) , 2) Elaborar y ejecutar programa de capacitación que garantice sobre el conocimiento comprensión y aplicación de la declaración de los derechos y deberes de los pacientes y del código de ética por parte de los clientes internos y externos en el proceso de atención, que incluya verificación de su efectiva implementación.
DERECHOS DE LOS PACIENTES 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.	1) Desarrollar estrategias que garanticen que el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes y en el código de ética se incluyan en el proceso de inducción del personal. 2) Incluir en la evaluación de desempeño del cliente interno aspectos e indicadores que permitan calificar el cumplimiento de las directrices contenidas en la declaración de los deberes y derechos de los pacientes y en el código de ética se están aplicando. 3) Diseñar e implementar un plan de socialización a todos los niveles de la organización de los documentos planes e indicadores que se diseñen.
DERECHOS DE LOS PACIENTES 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.	1) Desarrollar instrumentos que nos permitan medir el grado de conocimiento que tienen los usuarios sobre los D y D 2) Implementar estrategias que garanticen que previo al acceso a la atención, el usuario reciba información sobre sus deberes y derechos desde el plan de capacitación a usuarios y estrategias de socialización masiva de esta declaración

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE 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.	Se revisaran actualizaciones futuras
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE 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.	Ajustar los resultados hacia una tendencia positiva. - Realizar comparaciones con otras IPS
PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE 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.	1) Documentar el proceso y socializarlo. 2) Revisar experiencia exitosa otras entidades, reunion de expertos
PROCESO DE CONSULTA O DE 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: § 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.	1) Mejorar el proceso de seguimiento y análisis de quejas y reclamos de usuarios por pérdida de la intimidad en el proceso de atención para facilitar la toma de decisiones 2) Implantar y desplegar el proceso hacia todos los servicios de la Unidad de Atención. 3) Culminar con los cambios en instalaciones e infraestructura que permitan cumplir con el estándar en todos los servicios. 4) Seguimiento y retroalimentación para todos los colaboradores, con medición basada en los indicadores 5) Mejorar el control y seguimiento de los indicadores de proceso para la toma de decisiones
PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN 33. La organización define y adopta, cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.	Dar continuidad al proceso de capacitación al personal para disminuir el subregistro de casos de interés en salud mental

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN 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. § 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.	Implementar el proceso
PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN 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 proponer al nivel Nacional las mejoras al sistema de información de la Institución
DERECHOS DE LOS PACIENTES 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.	Disponer del recurso humano y/o Establecer diferentes mecanismos de comunicación ajustados a la población a la que hay que llegar, si son niños, cartillitas para colorear supervisadas por los papas, si son invidentes los derechos y deberes en Braille, si son mudos lenguaje de señas mirando si dentro de los funcionarios hay personas que sepan de ello o tener de disponibilidad a alguien, si son indígenas, etc,
PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE 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. Cuando el prestador de servicios sea parte de una red propia de una EAPB, y sea esta quien programe la atención en el respectivo prestador, además de cumplir con los estándares anteriormente mencionados, también deberá demostrar el cumplimiento de los siguientes.	Diseñar y documentar proceso de información para los casos en que el usuario que solicita servicios a los cuales no tiene derechos a acceder, incluyendo información sobre como acceder a estos.

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
PROCESOS DE EDUCACIÓN EN SALUD 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 proponer mejora el proceso en lo referente a la retroalimentación a los profesionales

6. CONCLUSIONES

Una vez aplicada la metodología y analizados los resultados, se evidencia que la UBA Coomeva EPS Neiva viene desarrollando un proceso de mejoramiento continuo basado en el ciclo PHVA, en el marco de la implementación del sistema de gestión de la calidad definido en la norma ISO y el SOGC; que se convierta en el punto de partida para el proceso de implementación y desarrollo de los estándares de acreditación en salud para las Instituciones ambulatorias; información que se empleara para la priorización de las oportunidades de mejora y definición de planes de mejora.

Si bien es cierto la UBA Coomeva EPS Neiva está inmersa en el proceso de certificación ISO, también es cierto que con el desarrollo de esta auto-evaluación se identificaron importantes oportunidades de mejora que ponen en evidencia un sistema de calidad que debe trabajarse con mayor fuerza, con base en una metodología de mejoramiento como por ejemplo el ciclo PHVA.

Las principales fortalezas que se evidenciaron en la UBA Neiva se relacionan con la estandarización de procesos, su difusión e implementación, encontrando los más relevantes en la sistematización y diseño del software de gestión de la atención llamado Ciklos, que genera indicadores de oportunidad ya sea en forma directa o a través de la interfase que hace con el módulo llamado Sinfonía donde se obtienen reportes de oportunidad entre otros. Otra herramienta bastante desarrollada es el software de gestión de comunicaciones de usuarios o de voz del cliente como se denomina al interior de Coomeva, proceso que se ejecuta en el aplicativo Atentos Coomeva.

En la UBA Coomeva EPS Neiva los estándares con mayor avance en cuanto a la evaluación cuantitativa son los relacionados con el proceso para garantizar el acceso al usuario, el proceso de espera previo a la atención y el proceso de educación en salud.

En la Priorización de las oportunidades de mejora se evidencia en los siguientes estándares el mayor índice de criticidad: proceso de consulta o atención seguida del estándar de derechos de los usuarios.

La Institución ha implementado dentro de su proceso de desarrollo del personal un plan de capacitación que contiene temas relacionados con la implementación del

SOGC y del proceso de acreditación en salud, el cual se ha dirigido básicamente a los cargos directivos.

Se evidencian avances en la mayoría de los procesos que garantizan el cumplimiento de los estándares, aunque se debe revisar el enfoque de acuerdo a los criterios de los estándares de acreditación, diseñar una estrategia de despliegue e implementación de estos y redefinir los tableros de control desde la perspectiva de los indicadores generados, su pertinencia y consistencia, así como las estrategias de medición y comparación a implementar como estrategia de mejoramiento continuo que garantice el aprendizaje organizacional, la transformación de la cultura del servicio centrado en el cliente, y el logro y el mantenimiento de la acreditación en salud para la UBA Neiva.

Existe una motivación especial de las Directivas de Coomeva EPS a nivel local, regional y nacional de generar los cambios estructurales y en los procesos de atención al usuario tendientes a lograr y mantener la acreditación de las UBA con el fin de diferenciarnos en el mercado de la salud por la prestación de servicios centrados en el usuario, con calidad y seguridad en la prestación, para impactar positivamente el nivel técnico y administrativo de las IPS propias (UBA) adherencia y satisfacción de los usuarios.

7. RECOMENDACIONES

7.1 RECOMENDACIONES PARA INTERVENIR LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

La UBA Coomeva Neiva debe acoplar el desarrollo que tiene en procesos, el cual se ha logrado con su certificación en procesos bajo norma ISO 9001 versión 2008 y la filosofía de los estándares de calidad superior establecidos en el Sistema Único de Acreditación, mediante una estrategia de motivación, capacitación, entrenamiento, despliegue, evaluación y mejora continua de los procesos para lograr que el equipo de salud que presta servicios a los usuarios en esta IPS interiorice la filosofía de prestación de servicios centrado en el usuario, con máximos estándares de calidad y seguridad en la atención.

Elegir un líder en la Unidad Básica de Atención UBA Neiva que cuente con el apoyo de la Dirección para que sea el gestor y dinamizador de los procesos que propendan por alcanzar y mantener la acreditación en la IPS, partiendo de la constitución del grupo de planeación y liderazgo desde donde se gestione el desarrollo del plan de acción que incluya tanto el ciclo de preparación como en la ruta crítica, llevando a la Institución hacia la adopción de la acreditación como estrategia de gestión de la calidad complementando el actual sistema de gestión de calidad que se basa en certificación en procesos bajo norma ISO 9001 versión 2008.

Incluir en el proceso de entrenamiento del personal un módulo enfocado en el SOGC y acreditación en salud, dirigido no solo al personal directivo sino a todos los colaboradores de la Institución, lo anterior con el objetivo de empoderar a todos el equipo del proceso de acreditación.

Diseñar una estrategia de comunicación adecuada y asertiva para toda la organización, donde los interesados e involucrados en el proceso estén informados de la reglamentación en calidad y acreditación, sus procesos, la importancia del cumplimiento de los estándares establecidos, y de la capacitación continuada en temas de calidad y la evaluación como herramienta para verificar el aprendizaje institucional y la renovación de la cultura organizacional que propenda por el servicio centrado en el cliente. Fortalecer el rol del colaborador en los procesos de atención y recuperación de la salud del usuario y en la acreditación de la Institución, haciendo uso de recursos tanto convencionales como innovadores y tecnológicos que garanticen la difusión de las estrategias que la IPS implemente para el desarrollo del proceso de acreditación.

Establecer un plan de capacitaciones para el personal de la Unidad Básica de Atención UBA Neiva, que asegure el despliegue de los contenidos filosófico, técnico, conceptual y metodológico de los procesos de calidad que propendan por la acreditación de la Unidad para asegurar la participación activa y productiva de todo el equipo de prestación de servicios en el proceso de acreditación.

Implementar y velar por el mantenimiento de la cultura y calidad del servicio en la UBA Coomeva EPS Neiva, para garantizar la prestación de servicios con excelencia, generando el cambio de cultura de la organización, diseccionándola hacia la prestación de servicios centrado en el cliente.

Para garantizar el respeto por los derechos de los usuarios, se deben establecer clara y puntualmente las actividades que se deben realizar y observar en el desarrollo de los diferentes procesos de accesos y beneficios y de prestación de servicios en unidades propias que tiene establecidos y que desarrolla la Unidad Básica de Atención, así como los mecanismos para darlos a conocer a la población asignada. Estos procesos deben tener una estructura ajustada a la codificación de la plataforma documental con que cuenta la unidad, y establecer indicadores de gestión que permitan medir el grado de observancia y cumplimiento de las actividades definidas por parte del equipo de prestación de servicios de salud.

La institución debe planear, desarrollar y evaluar en forma periódica un plan de capacitación enfocado a consolidar la cultura de respeto de los derechos de los usuarios, haciendo seguimiento continuo al cumplimiento del plan y a la efectividad de este mediante la evaluación de conocimientos impartidos.

En el proceso de atención se hace necesario completar la adopción y estandarización de guías propias de acuerdo al perfil epidemiológico de la Unidad y con criterios de medicina basada en la evidencia, replantear la estructura actual de las guías incluyendo los mecanismos que garanticen el seguimiento y evaluación de la adherencia al tratamiento por parte del usuario, criterios de evaluación de efectos farmacológicos deseados o adversos y su relación con el programa de tecnovigilancia, así mismo que se establezcan los parámetros para evaluación, seguimiento y mejoramiento de la adherencia a las guías de manejo por parte del personal médico de la UBA.

Diseñar, implementar, evaluar y hacer seguimiento a un plan de capacitación y actualización en medicamentos para los profesionales de la salud que prestan sus servicios en la Unidad. En lo referente a mejorar el trato empático entre el medico

y el usuario, se requiere un plan de capacitación y formación integral al profesional de la salud y en general a todos los clientes internos para generar el cambio de la cultura y el aprendizaje organizacional en este aspecto, estableciendo metas e indicadores que permitan evaluar y monitorear el proceso.

Diseñar y estandarizar las guías de reacción inmediata, que complementen los documentos de referencia de eventos urgentes que se puedan presentar en la Unidad que actualmente están estandarizados, generar plan completo de difusión, entrenamiento y evaluación de la ejecución de estas.

Definir, documentar y estandarizar el proceso de información al usuario ante situaciones en que se generan esperas prolongadas, realizar su despliegue y monitorear su implementación, evaluar y hacer seguimiento a su cumplimiento como herramienta de gestión y mejora del criterio de atención con oportunidad. Así mismo se debe estandarizar el proceso de presentación y firma del consentimiento informado especificando que se registre en la historia clínica su aplicación, así mismo generar un libreto de presentación de los consentimientos informados para cada procedimiento que realice la Unidad y que amerite este documento.

Describir en la declaración de derechos de los usuarios que los servicios se prestan sin discriminación alguna que pueda atentar contra estos, desplegar la información e implementar su cumplimiento, evaluación, seguimiento y mejora continua.

En el estándar de educación a los usuarios debe intervenir integralmente, diseñando, estandarizando y desplegando las acciones e intervenciones educativas que debe implementar el equipo de salud en el transcurso del proceso de atención del usuario, en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Debe garantizarse que el usuario adquiera el conocimiento de la historia natural de la enfermedad, de las acciones preventivas en salud, de las actividades intervencionistas farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento y rehabilitación de la patología. Este proceso educativo se debe desplegar a través de todo el proceso de atención, y debe tener en cuenta mecanismos de verificación del cumplimiento de su implementación, evaluación y seguimiento tanto de la implementación como del éxito en la educación del usuario.

Con base en las oportunidades de mejora priorizadas, dar inicio a la formulación de los planes de acción respectivos, que permitan la superación de las brechas

identificadas, y efectuar los respectivos seguimientos y cierre de las acciones propuestas.

BIBLIOGRAFIA

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100 de 1993

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. 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

_____ Decreto 1011 de 2006: Por el Cual se Define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud (SOGC)

_____ 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.

_____ ; Resolución 1446 de 2006 por la cual se adopta el Sistema de Información para la Calidad

PORTOCARRERO M, Julio y otros. Guía practica de preparación para la acreditacion en salud, Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria – Canadian Council on Health Service – Qualimed, Editorial Imprenta Nacional de Colombia, Bogotá D.C. 2007

REFERENCIAS ELECTRONICAS

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

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

<http://repositorio.utp.edu.co/>

[recursos biblioteca.utp.edu.co](http://recursos.biblioteca.utp.edu.co).

ANEXOS

Anexo A. Cronograma de Trabajo.

N.	ACTIVIDAD	FECHA
1	Presentacion del anteproyecto a la Coordinacion de Postgrado de Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad social - Coordinacion de Diplomado en Acreditacion.	JUNIO DE 2011
2	Aprobacion del Anteproyecto por la Coordinacion de Postgrado de Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad social - Coordinacion de Diplomado en Acreditacion.	JUNIO DE 2011
3	Presentacion del anteproyecto ante el Comité de etica Medica de Coomeva EPS para revision y aprobacion.	JUNIO DE 2011
4	Designacion de asesor para el proyecto	JUNIO DE 2011
5	Presentacion del proyecto al asesor	JUNIO DE 2011
6	Reunion del grupo de trabajo para la revision en su totalidad del Manual de Estandares de Acreditacion para IPS Ambulatorias	JULIO DE 2011
7	Primera sesion de Evaluacion: Análisis de los criterios de los estandares, verificacion de la linea de base para los criterios, Calificacion Cualitativa y Cuantitativa del cumplimiento de los estandares de acreditacion para IPS ambulatorias del 1 al 17.	JULIO DE 2011
8	Segunda sesion de Evaluacion: Análisis de los criterios de los estandares, verificacion de la linea de base para los criterios, Calificacion Cualitativa y Cuantitativa del cumplimiento de los estandares de acreditacion para IPS ambulatorias del 18 al 27.	JULIO DE 2011
9	Asesoria de Tesis Dra. Maritaza Roa.	JULIO DE 2011
10	Reunion del grupo de trabajo - ajustes post asesoria	JULIO DE 2011
11	Tercera sesion de Evaluacion: Análisis de los criterios de los estandares, verificacion de la linea de base para los criterios, Calificacion Cualitativa y Cuantitativa del cumplimiento de los estandares de acreditacion para IPS ambulatorias del 28 al 55.	AGOSTO DE 2011
12	Asesoria de Tesis Dra. Maritaza Roa.	AGOSTO DE 2011
13	Reunion del grupo de trabajo - ajustes post asesoria	AGOSTO DE 2011
14	Realizacion de Matriz de Priorizacion	AGOSTO DE 2011
15	Asesoria de Tesis Dra. Maritaza Roa.	AGOSTO DE 2011
16	Reunion del grupo de trabajo - ajustes post asesoria	AGOSTO DE 2011
17	Realizacion de Resultados, Conclusiones y Recomendaciones	SEPTIEMBRE DE 2011
18	Asesoria de Tesis Dra. Maritaza Roa.	SEPTIEMBRE DE 2011
19	Reunion del grupo de trabajo - ajustes post asesoria	SEPTIEMBRE DE 2011
20	Presentacion del informe final a la Coordinacion de Postgrado de Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad social - Coordinacion de Diplomado en Acreditacion.	OCTUBRE DE 2011
21	Realizacion del Articulo Publicable y presentar a la Coordinacion de Postgrado de Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad social - Coordinacion de Diplomado en Acreditacion.	OCTUBRE DE 2011
22	Sustentacion del informe final ante Jurados, Asesora y Coordinadores del Postgrado y el Diplomado	OCTUBRE DE 2011

Anexo B. Matriz de Autoevaluación.

Anexo C. Matriz de Priorización

