

**EVALUACIÓN INTERNA DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN
IMAGENOLÓGÍA EN EL INSTITUTO RADIOLÓGICO DEL SUR: CLIENTE
ASISTENCIAL Y DIRECCIONAMIENTO, PARA IDENTIFICAR SU NIVEL DE
CUMPLIMIENTO O ACCIONES DE MEJORAMIENTO QUE SE DEBEN
IMPLEMENTAR PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DEL
SERVICIO, GESTIÓN DE RIESGOS Y EFICACIA DE LOS PROCESOS**

ANA JANETH ROA LEÓN

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
PROMOCIÓN XV
SAN JUAN DE PASTO
2011**

**EVALUACIÓN INTERNA DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN
IMAGENOLÓGÍA EN EL INSTITUTO RADIOLÓGICO DEL SUR: CLIENTE
ASISTENCIAL Y DIRECCIONAMIENTO, PARA IDENTIFICAR SU NIVEL DE
CUMPLIMIENTO O ACCIONES DE MEJORAMIENTO QUE SE DEBEN
IMPLEMENTAR PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA CALIDAD DEL
SERVICIO, GESTIÓN DE RIESGOS Y EFICACIA DE LOS PROCESOS**

Presentado por:

ANA JANETH ROA LEÓN

**Trabajo presentado como requisito para la obtención del título de
especialista en alta gerencia**

Esp. CARLOS OJEDA

Presidente de tesis

**UNIVERSIDAD DE NARIÑO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
SAN JUAN DE PASTO
2011**

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las ideas y conceptos expresados en el siguiente trabajo son de responsabilidad del autor.

Artículo 1 del acuerdo número 32 de octubre 11 de 1966 emanado del honorable consejo directivo de la Universidad de Nariño.

Nota de aceptación:

Firma del presidente

Firma del jurado

Firma del jurado

San Juan de Pasto, 09 de Marzo de 2011.

Dedicatoria

A mi hija y a mi esposo les agradezco el apoyo, colaboración y el ánimo que me dieron en todo momento para lograr esta meta.

A la doctora Johanna Santacruz por compartir su conocimiento y todo lo que sabe de acreditación y sistemas de calidad en salud.

Agradecimientos

Al Instituto Radiológico del Sur SAS

A Johanna Santacruz Coordinadora de Calidad IRS.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	10
1. ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN	11
1.1 TEMA	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	11
1.4 OBJETIVOS	13
1.4.1 Objetivo general	13
1.4.2 Objetivos específicos	13
1.5 JUSTIFICACIÓN	14
2. MARCO LEGAL	17
2.1 MARCO CONCEPTUAL	19
2.2 MARCO SITUACIONAL	29
3. METODOLOGÍA	32
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	32
3.2 TIPO DE ESTUDIO	32
3.3 DISEÑO METODOLÓGICO	32
4. GLOSARIO DE TÉRMINOS	34
5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	37
6. PRESUPUESTO	38
7. HIPÓTESIS	39
8. REVISAR Y ANALIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD QUE ESTABLECE LAS BASES Y LINEAMIENTOS PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE ACREDITACIÓN	40
9. DECIDIR Y FUNDAMENTAR LA IMPORTANCIA DE LA ACREDITACIÓN DENTRO DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA ORGANIZACIÓN MISIÓN, VISIÓN, POLÍTICA, OBJETIVOS, METAS DE CALIDAD Y COMPROMISO DEL TALENTO HUMANO	43
9.1 VISIÓN	43
9.2 MISIÓN	44
9.3 POLÍTICAS Y OBJETIVOS DE CALIDAD	44
9.4 POLÍTICA DE LA CALIDAD	47
9.5 OBJETIVOS DE LA CALIDAD	47
10. METAS DE CALIDAD Y COMPROMISO DEL TALENTO HUMANO	48
11. PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DIRECCIONAMIENTO	51
12. ESTANDARES CLIENTE ASISTENCIAL	68
12.1 DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE DE LOS PACIENTES	68
13. PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	73
14. PRIORIZAR LOS ASPECTOS CRÍTICOS Y BRECHAS IDENTIFICADAS EN EL DIAGNOSTICO PARA ESTABLECER PLANES DE MEJORAMIENTO QUE COMO METODOLOGÍA GERENCIAL, PERMITAN CONSOLIDAR EL COMPROMISO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD EN LA	

ATENCIÓN EXCELENTE DE SERVICIOS DE SALUD, ASEGURAMIENTO DE LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS Y POTENCIALIZACIÓN DE LOS RIESGOS	85
14.1 ANÁLISIS DE RIESGOS	86
14.2 EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE RIESGO	87
15. DETERMINAR LOS BENEFICIOS ECONÓMICOS DERIVADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ÚNICO DE ACREDITACIÓN	98
CONCLUSIONES	100
BIBLIOGRAFÍA	101
ANEXOS	102

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Políticas y Objetivos para Despliegue de la Planeación Estratégica	45
Tabla 2. Estándares de Gerencia y Cliente Asistencial	49
Tabla 3. Reuniones de Trabajo (Autoevaluación)	49
Tabla 4. Análisis de Riesgos	87
Tabla 5. Cliente Asistencial	89
Tabla 6. Direccionamiento	92

ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Formato de Informe de Autoevaluación	102
Anexo 2. Plan de Acción	114
Anexo 3. Matriz de Priorización	120
Anexo 4. Matriz de Priorización Asistencial	121

RESUMEN

La acreditación como modelo de gestión permita incrementar la competitividad e organización administrativa y la proyección de las Organizaciones de salud.

El enfoque de los estándares permite asegurar un servicio de excelencia, minimizando el riesgo donde se cumple los requisitos para satisfacer integralmente las necesidades de los usuarios.

Los estándares de Direccionamiento son la base fundamental para alinear la organización hacia la búsqueda de un servicio excelente producto de una planificación y previsión óptima de cada uno de los factores que permiten su consecución, porque su desarrollo depende de cómo la alta dirección, está convencida de estos procesos y motiva a todos los miembros del equipo en su búsqueda.

Los estándares de Cliente asistencial en lo referente a derechos y deberes y procesos de acceso al paciente, permite fundamentar un servicio humanizado con igualdad de condiciones y con pleno cumplimiento de los procesos de accesibilidad y oportunidad en la atención de los requisitos del servicio.

Las acciones de mejoramiento que se deriven de las oportunidades de mejora favorecen la solución de algunos inconvenientes que se presentan en la Organización.

ABSTRACT

Accreditation as a management model to increase the competitiveness and administrative organization and the projection of salud.El Organizations standards approach ensures excellence in service, minimizing the risk where it meets the requirements to fully meet the needs of users.

Addressing standards are the foundation for aligning the organization toward the search for excellent service and product planning optimal forecast of each of the factors for achieving them, because their development depends on how senior management is convinced of these processes and encourages all team members in their find.

The Customer care standards regarding rights and duties and patient access processes, can underpin a humanized service with equal conditions and in full compliance with processes accessibility and opportunity in addressing the requirements of service.

The improvement actions arising from the improvement opportunities favor the solution of some problems that arise in the organization.

INTRODUCCIÓN

Con este proyecto de grado, se abordó, el estudio y aplicación de los lineamientos establecidos en la “Guía básica para la acreditación en salud” Ministerio protección social- ICONTEC, con la cual se busca la evaluación interna de estándares de acreditación imagenología en el Instituto Radiológico del Sur, específicamente los de “**Direccionamiento y cliente asistencial**”, de tal manera que se pueda identificar su nivel de cumplimiento (fortalezas con evidencias) o acciones de mejoramiento que se deben implementar para el fortalecimiento de la calidad del servicio en lo referente a la gestión de riesgos, eficacia de los procesos y excelencia en la prestación de servicios.

En la primera etapa se hace un referente en el análisis de las bases normativas que permiten llevar a cabo el proceso de acreditación de acuerdo a las exigencias de las entidades reguladoras y entes de control, porque se parte de hecho que la búsqueda de la Acreditación es el cuarto componente del Sistema Obligatorio de garantía de calidad que inicia con Habilitación, Auditoria, Sistemas de información y por ultimo acreditación lo que quiere decir que no puede pensar en este proceso si no existe las bases para sustentarlos con los procesos previos. En la segunda parte se aborda la importancia de fundamentar la acreditación dentro de la plataforma estratégica de la Organización misión, visión, políticas, objetivos, metas de calidad y compromiso del talento humano considerando que es aquí donde se definen el norte y criterios donde se alinean todos los procesos de la organización en la búsqueda de un objetivo común.

En la tercera parte se describe el proceso de aplicación de la Guía de autoevaluación, partiendo de la conformación y selección de los equipos de autoevaluación de los estándares a estudio, de acuerdo a su perfil y nivel de competencia y la evaluación de cada uno de los estándares, describiendo la realidad institucional frente a las exigencias y documentando las evidencias de las fortalezas o la descripción de las oportunidades de mejoramiento que se hacen necesario implementar para cumplirlas. En la cuarta parte, se abordan los criterios que se toman de referencia para realizar la priorización de las acciones de mejoramiento basadas en el nivel de riesgo, posibilidad de que ocurra (frecuencia) y consecuencias, y la incidencia en el cumplimiento de los factores claves de éxito de tal manera que la aplicación e inversión de recursos se haga con enfoque a las acciones que permitan la minimización de riesgos para asegurar una servicios seguro para los usuarios.

1. ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN

1.1 TEMA

Evaluación interna de estándares de acreditación imagenología en el instituto radiológico del sur: cliente asistencial y direccionamiento, para identificar su nivel de cumplimiento o acciones de mejoramiento que se deben implementar para el fortalecimiento de la calidad del servicio, gestión de riesgos y eficacia de los procesos.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Por qué la evaluación interna de los estándares de acreditación; Cliente asistencial y Direccionamiento son necesarias para que el Instituto Radiológico del Sur identifique su grado de cumplimiento o las oportunidades de mejora que se requieren implementar para mejorar la el servicio de imágenes diagnosticas, con atención de excelencia centrados en el usuario, minimización de los riesgos y agregar valor a los proceso?

1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Instituto Radiológico del Sur es una IPS (Institución prestadora de Salud) adscrita al sistema de seguridad social en salud cuyo objeto es la prestación del servicio de imágenes diagnosticas. Desde su creación en el año 1997, en la ciudad de Ipiales se ha esforzado, por ofrecer un servicio de calidad que genere beneficios a los usuarios.

En concordancia con este propósito, abre una nueva sede en la ciudad de Pasto en Agosto de 2002, con la cual también nace la intención de mejorar sus procesos a través de la implementación de un sistema de gestión de calidad que le permita planear, implementar evaluar, controlar y mejorar las acciones que dirigen la prestación del servicio, razón por la cual en el año 2004 inicia la implementación del modelo de gestión establecido por las normas ISO 9001: 2000, la cual en junio del año 2006 se consolida con la obtención de la certificación nacional por ICONTEC e internacional por IQNET, convirtiéndose en la primera IPS dedicada a este servicio en Nariño en conseguirla.

Este proceso sin duda, ha representado grandes ventajas para la organización en innumerables aspectos, sin embargo cada vez el Sistema Obligatorio de garantía de calidad propuesto por el Ministerio de la protección social a través del Decreto 1011 y resolución 1043 de 2006, ha ido evolucionando sistemáticamente en su nivel de exigencia para garantizar a los usuarios, servicios con mayor aseguramiento de requisitos.

En este sentido no es suficiente quedarse enmarcado solo con en los parámetros de la certificación de calidad, porque su contenido, no está orientado explícitamente en aspectos puntuales para un servicio de salud y aunque por su estructura y metodología es una herramienta fundamental para garantizar las satisfacción de las necesidades de los usuarios e involucrar a los funcionarios en una cultura de calidad y mejoramiento continuo, no contiene los lineamientos específicos y suficientes orientados a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el excelencia del servicio, aseguramiento integral de los procesos para minimizar al máximo los riesgos potenciales a los que se expone el usuario cuando solicita un servicio de salud, lo cual si está claramente definido en los estándares del Modelo de Acreditación, porque va mas allá de la verificación de existencia de la estructura o documentación de procesos.

El desconocimiento y falta de evaluación interna de los estándares definidos para el proceso de imagenología que permite identificar las fortalezas, debilidades, aciertos y desviaciones en los procesos que conforman el servicio del Instituto Radiológico del sur, impide que se oriente un proceso de mejoramiento continuo para fortalecer día tras día la credibilidad, reconocimiento y posicionamiento de la institución, como una entidad comprometida con el propósito de brindar servicios de salud que aseguren cumplimiento integral de las expectativas y necesidades de los usuarios y sus familias.

Además limita la implementación, desarrollo y evaluación de las lineamientos a nivel de direccionamiento gerencial para consolidar los propósitos organizacionales, el desarrollo de habilidades del personal necesarias para ejecutar procesos seguros, eficientes y de calidad, la confiabilidad de los diagnósticos relacionada con el aseguramiento de puntos críticos, la percepción generada en los usuarios para generar fidelización y preferencia frente a otras instituciones y en general la consolidación de un servicio que se desarrolle con integralidad para beneficio de las partes interesadas.

A nivel económico y de rentabilidad se pierde la posibilidad de acceder a importantes beneficios que ofrece la acreditación, porque el mismo hecho de obtener el distintivo, obliga a que todas las Entidades Administradoras de Planes de beneficios, incluyan a las instituciones acreditadas como parte de la red de prestadores, lo cual asegura estabilidad en la demanda de servicios con reconocimiento de tarifas competitivas, la competencia con criterios de calidad y no de precio considerando el hecho de que el paciente tendrá derecho a elegir la institución de su preferencia, acceso a los incentivos económicos a nivel de importación de equipos y pago de aranceles, incremento en la demanda de servicios particulares que se pagan por la calidad, confiabilidad y atención de calidad que se ofrezca.

A nivel de procesos se pueden arriesgar utilidades por reprocesos, incumplimiento de los objetivos, generación de desperdicios de insumos tiempo y recursos, ausencia de cruce y análisis de información, falta de protección de recursos que se puedan agotar en demandas, quejas, reclamos,

reportes de insatisfacción de los usuarios, incumplimiento de la normatividad, generación de glosas por errores en los procesos de facturación, persistencia de errores y fallas potenciales por falta de identificación de causas raíz y determinación de acciones aisladas que no eliminan el problema.

1.5 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general Realizar la evaluación interna de estándares de acreditación imagenología en el instituto radiológico del sur: cliente asistencial y direccionamiento, para identificar su nivel de cumplimiento o acciones de mejoramiento que se deben implementar para el fortalecimiento de la calidad del servicio, gestión de riesgos y eficacia de los procesos.

1.4.2 Objetivos específicos

- Revisar y analizar el cumplimiento de la normatividad que establece las bases y lineamientos para llevar a cabo el proceso de Acreditación.
- Decidir y fundamentar la importancia de la acreditación dentro del plan estratégico de la organización. Misión, visión, política, objetivos, metas de calidad y compromiso del talento Humano.
- Realizar la evaluación interna de los estándares de acreditación en imágenes diagnosticas relacionados con Atención del cliente asistencial, Recurso Humano y Direccionamiento, como herramienta que permite a la Alta gerencia, obtener un diagnostico de las fortalezas, debilidades, desviaciones, aciertos, eficacia y eficiencia de los procesos al comparar los estándares con la realidad institucional, evaluar su enfoque implementación y resultados.
- Priorizar los aspectos críticos y brechas identificadas en el diagnostico para establecer planes de mejoramiento que como metodología gerencial, permitan consolidar el compromiso de mejoramiento continuo de calidad en la atención excelente de servicios de salud, aseguramiento de la gestión de los riesgos y potencialización de los riesgos.
- Determinar los beneficios económicos derivados de la implementación del modelo Único de Acreditación.

1.5 JUSTIFICACIÓN

El mejoramiento continuo es una metodología gerencial inovativa que permite el desarrollo armónico de las organizaciones en concordancia Sistema Obligatorio de garantía de Calidad, el cual está enfocado en 3 aspectos fundamentales; enfoque centrado en el usuario (paciente y su familia), enfoque de mejoramiento continuo de procesos institucionales y enfoque sistemático de las organizaciones.

La estructura del Modelo Único de acreditación, concebido por el Ministerio de la protección social como un proceso de evaluación interna y autoevaluaciones sistemáticas, es una opción para que las instituciones de salud como el Instituto Radiológico del sur, fortalezcan sus acciones hacia una atención de excelencia, gestión y minimización de los riesgos derivados del servicio y la potencialización de los procesos, porque la comparación con estándares superiores de calidad específicos para cada servicio, permite realizar un diagnóstico sobre el desempeño de la organización, identificando las fortalezas con las que se cuenta para este propósito y las debilidades sobre las que se debe trabajar y orientar los planes de mejoramiento que conllevan a cumplir con el objetivo de mejoramiento de los procesos para alcanzar mejores resultados de integralidad en el servicio ofrecido.

El desarrollo del mejoramiento continuo, por el mismo de hecho de tener un enfoque sistemático y continuo, involucra a todo el personal de una institución, niveles directivos, operativos y de apoyo, además introduce métodos cuantitativos; estadísticas, indicadores, análisis de datos y otras herramientas gerenciales que permiten evaluar entre otras cosas la utilización adecuadas de recursos, la duplicidad de procesos, el trabajo innecesario, el cumplimiento de metas y objetivos establecidos.

Entre Las ventajas que se derivan de la implementación de la ruta crítica de acreditación, se pueden citar:

A nivel de la implementación de los entandares de direccionamiento; permite el desarrollo de herramientas para que los órganos directivos orienten en forma clara a la institución, en la búsqueda de las metas organizacionales que define el rumbo que se debe tomar el servicio ofrecido y las estrategias de acción como se puede cumplirlas, además permiten ejercer el liderazgo en lo referente a la ejecución diaria de los procesos y el comportamiento que deben seguir los trabajadores, lo cual además asegura que haya uniformidad en la calidad del servicio que se busca ofrecer a los usuarios, el cumplimiento sistemáticos de las necesidades definidas en cada una de las partes interesadas y el cumplimiento dinámico de la plataforma estratégica donde se definen los horizontes y las metas a las que se quieren llegar.

La evaluación de los estándares del proceso del proceso al cliente asistencial permite consolidar los criterios necesarios para garantizar el camino adecuado en el que se debe desarrollar la relación paciente- procesos de la organización y lograr el cumplimiento de las expectativas y necesidades en materia de excelencia en el servicio y seguridad de los procesos. Establecen lineamientos que permiten integrar en forma coordinada los diferentes servicios, el equipo de trabajo y en general todas las actividades relevantes que se deben desarrollar para una buena prestación del servicio enfocada en el paciente y su grupo familiar, además permiten la identificación y control de los puntos críticos del proceso, desde el momento que solicita el servicio hasta la entrega

de sus resultados y demás acciones implícitas que se deben controlar para lograr la potencialización de los procesos.

A nivel de estándares de gerencia del recurso humano, se logra un enfoque de participación y reconocimiento de los clientes internos como un factor preponderante para lograr el mejoramiento continuo, porque propone herramientas que genera el empoderamiento y motivación de los colaboradores de la institución, en la gerencia del día a día de los procesos, la importancia sus opiniones en la toma de decisiones, la implementación y consolidación de las acciones que se requieren ser definidas para fortalecer el servicio. Los resultados que se pueden conseguir con este enfoque son los que permiten encaminar a la organización a una transformación, porque genera una nueva cultura de trabajo donde el principal objetivo es el aseguramiento integral de la calidad para que se vea reflejada en la aceptabilidad de los usuarios frente al servicios y la satisfacción que sientan los colaboradores en el desempeño sus funciones y desempeño profesional.

Adicionalmente se reflejan beneficios como la generación de competitividad en el mercado basada en criterios de calidad, toma de decisiones basada en resultados, minimización de sobrecostos por acciones inseguras, fidelización de usuarios, desarrollo de acciones sistemáticas orientadas a evitar, prevenir y resolver las situaciones que generan problemas y no conformidades relacionadas con la consecución de los objetivos y optimización de procesos para beneficio de usuarios y la organización, también permite el desarrollo de estrategias para el análisis real de las causas y orientación de acciones eficaces para eliminarlas.

Al concebirse la Acreditación que va mas allá de la verificación de existencia de la estructura o documentación de procesos, fortalece día tras día la credibilidad, reconocimiento y posicionamiento de la institución, como una entidad comprometida con el propósito de brindar servicios de salud que aseguren cumplimiento integral de las expectativas y necesidades de los usuarios y sus familias, la confiabilidad de los diagnósticos relacionada con el aseguramiento de puntos críticos, la percepción generada en los usuarios para generar fidelización y preferencia frente a otras instituciones y en general la consolidación de un servicio que se desarrolle con integralidad para beneficio de las partes interesadas.

A nivel económico y de rentabilidad se accede a importantes beneficios que porque el mismo hecho de obtener el distintivo, obliga a que todas las Entidades Administradoras de Planes de beneficios, incluyan a las instituciones acreditadas como parte de la red de prestadores, lo cual asegura estabilidad en la demanda de servicios con reconocimiento de tarifas competitivas, la competencia con criterios de calidad y no de precio considerando el hecho de que el paciente tendrá derecho a elegir la institución de su preferencia, acceso a los incentivos económicos a nivel de importación de equipos y pago de aranceles, incremento en la demanda de servicios

particulares que se pagan por la calidad, confiabilidad y atención de calidad que se ofrezca.

2. MARCO LEGAL

Las bases legales sobre las cuales se justifica y fundamenta la viabilidad en el desarrollo la temática a estudio, tienen su soporte en el siguiente contexto normativo:

Ley 100 de 1993 Ministerio protección social; en la cual se define que el sistema de salud establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

Ley 1122 de 2007, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Su objeto es realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

Decreto 1011 de 2006 Ministerio protección social; por el cual se establece el Sistema obligatorio de garantía de calidad de la Atención de salud del Sistema General de seguridad social en Salud, en cuyo campo de aplicación están incluidas Los prestadores de servicios de Salud, incluidas las IPS de imágenes diagnosticas, aquí se consolidan la características a la que debe apuntar la calidad de atención accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad y se describen los 4 componentes del sistema: Sistema Único de Habilitación, La Auditoria para mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el sistema único de Acreditación y el Sistema de información para la calidad.

Resolución 1043 Ministerio protección social; en la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de Servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención, enfatiza el cumplimiento de los estándares de capacidad tecnológica y científica para cada uno de los servicios, incluidas las condiciones mínimas de calidad que deben cumplir las instituciones de imágenes diagnosticas, las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera y capacidad técnico administrativa.

Guías de auditoría. Ministerio protección social; en la cual se establecen las Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y desarrollo del PAMEC, Plan de auditoría para el mejoramiento de calidad. (Anexo técnico 2).

Resolución 1474 DE 2002. Ministerio protección social. Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

Resolución 1445 de 2006 Ministerio protección social. Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se generan los anexos técnicos que contemplan el desarrollo del proceso de Acreditación:

Anexo técnico 1. Capítulo 5 en el cual se define el Manual de estándares de acreditación para las instituciones que ofrecen servicios de imagenología referentes a

- Estándares del proceso de atención al cliente – asistencial
- Referencia y contrareferencia
- Direccionamiento
- Programa de mejoramiento continuo de la calidad
- Gerencia
- Gerencia del recurso humano
- Gerencia del ambiente físico
- Gerencia de sistemas de información.
- Gestión de la tecnología
- Estándares específicos para sedes ambulatorias integradas en red

Anexo técnico 2. En el cual se define los Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud.

Circular 030 de 2006 Superintendencia Nacional de Salud. En la cual se definen las instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de las IPS.

Resolución 1446 de 2006 Ministerio protección social; Por el cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

Resolución 13437 de 1991 en el cual se definen los derechos y deberes del usuario, a los cuales se debe apuntar en los primeros estándares de cliente asistencial.

2.1 MARCO CONCEPTUAL

La acreditación en salud concebida como un proceso de autoevaluación que las organizaciones deben realizar frente a estándares superiores, está basada en una metodología de mejoramiento continuo que orienta acciones hacia fortalecimiento de los servicios y por ende hacia la satisfacción de los usuarios y demás partes interesadas.

ICONTEC. Como organización responsable de llevar a cabo el proceso de evaluación del cumplimiento de estándares de acreditación y decidir el otorgamiento, expone varios conceptos significativos que definen el proceso de acreditación, entre las que se destacan el hecho de concebirla como, “Proceso de evaluación interna, que como actividad independiente y objetiva de garantía y consulta, está concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización” en este mismo sentido establece que “La evaluación interna ayuda a la organización a cumplir con sus objetivos, con un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno”¹. Al hablar de evaluación interna o autoevaluación como la herramienta sobre la cual se define la metodología de implementación de acreditación, la define como “Instrumento esencial para conocer las fortalezas, debilidades, desviaciones, aciertos, eficacia, eficiencia, economía, legalidad y mejoras de los sistemas de la institución”. “de igual manera la define como “Revisión de procesos para confrontarse con los estándares de acreditación....debe conducir a la identificación, levantamiento, implementación y mejoramiento de los procesos, al aprendizaje institucional frente a unos estándares óptimos”².

EL MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Como organismo encargado de la dirección y orientación de la normatividad referente a los procesos de Implementación de acreditación, establece como fundamentos relevantes de la intencionalidad de este proceso la “Mejora de los resultados de atención en salud, centrados en el usuario, que va más allá de la verificación de la existencia de la estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados” y como propósito de sus resultados que “El certificado de acreditación en salud centra sus acciones en el usuario certificándole que cuando acuda a recibir servicios en la institución acreditada tendrá una altísima probabilidad de recibir una atención en salud de excelencia.....exponiéndose al mínimo de riesgos derivados de la atención en salud”.

El mejoramiento continuo como uno de los focos fundamentales del proceso de acreditación, es una metodología de amplios propósitos y resultados que el Ministerio la define como “Sistema gerencial que involucra gerentes, el primer nivel directivo y profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos para alcanzar mejores resultados en la atención de sus clientes, usuarios y su familia”³.

Este modelo gerencial que adopta el sistema de Acreditación, ha sido ampliamente definido por otros autores, los cuales han sido acertadamente

¹ COLOMBIA. ICONTEC INTERNACIONAL. Proceso para la acreditación en salud. s.l. s.n., 2004, 1 p.

² Ibíd., p.1.

³ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo técnico 2 lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud. Bogotá: s.n., 2006. 2 p.

citados en la referencia citada. Entre los conceptos más destacables encontramos.

James Harrington (1993), para él mejorar un proceso, significa cambiarlo para hacerlo más efectivo, eficiente y adaptable, qué cambiar y cómo cambiar depende del enfoque específico del empresario y del proceso.

Abell, D. (1994), da como concepto de Mejoramiento Continuo una mera extensión histórica de uno de los principios de la gerencia científica, establecida por Frederick Taylor, que afirma que todo método de trabajo es susceptible de ser mejorado (tomado del Curso de Mejoramiento Continuo dictado por Fadi Kbbaul).

L.P. Sullivan (1994), define el Mejoramiento Continuo, como un esfuerzo para aplicar mejoras en cada área de la organización a lo que se entrega a clientes.

Eduardo Deming (1996), según la óptica de este autor, la administración de la calidad total requiere de un proceso constante, que será llamado Mejoramiento Continuo, donde la perfección nunca se logra pero siempre se busca.

El Mejoramiento Continuo es un proceso que describe muy bien lo que es la esencia de la calidad y refleja lo que las empresas necesitan hacer si quieren ser competitivas a lo largo del tiempo.

En este mismo documento, se describe "La importancia de esta técnica gerencial radica en que con su aplicación se puede contribuir a mejorar las debilidades y afianzar las fortalezas de la organización. A través del mejoramiento continuo se logra ser más productivos y competitivos en el mercado al cual pertenece la organización, por otra parte las organizaciones deben analizar los procesos utilizados, de manera tal que si existe algún inconveniente pueda mejorarse o corregirse; como resultado de la aplicación de esta técnica puede ser que las organizaciones crezcan dentro del mercado y hasta llegar a ser líderes". Como un aspecto fundamental dentro de la conceptualización del mejoramiento continuo es importante hacer referencia en la importancia de Por qué mejorar? Frente a lo cual argumenta uno de los autores de referencias del texto. Harrington (1987), "En el mercado de los compradores de hoy el cliente es el rey", es decir, que los clientes son las personas más importantes en el negocio y por lo tanto los empleados deben trabajar en función de satisfacer las necesidades y deseos de éstos. Son parte fundamental del negocio, es decir, es la razón por la cual éste existe, por lo tanto merecen el mejor trato y toda la atención necesaria"⁴.

Los dos ejes fundamentales en los que está orientada la acreditación y el proceso de autoevaluación y mejoramiento que implica su metodología, se definen como "LA EXCELENCIA EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y

⁴ ANALISIS DE MERCADOS, [online]. 2009 [citado el 21 enero de 2011] www.monografias.com/trabajos/mejorcont.shtm/

MINIMIZACIÓN DE RIESGOS” estos dos conceptos son definidos de diferentes esferas entre las que podemos destacar, por una parte el concepto del Ministerio de protección social, donde se define “Cuando se aplica el MCC, la meta es identificar, satisfacer y exceder las necesidades y expectativas de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad” “ El enfoque de satisfacer a los usuarios implica un compromiso de la organización para hablar con ellos, entenderlos, traducir esas necesidades en productos y servicios y finalmente verificar si los resultados cumplieron esas expectativas o se hace necesario promover acciones de mejoramiento”⁵.

La calidad de atención en salud depende del cumplimiento de unos determinantes específicos básicos que definen el proceso de prestación del servicio tal es el caso de Accesibilidad, Oportunidad, Pertinencia, Continuidad, los cuales se deben ejecutar ampliamente desde el proceso de habilitación. Sin embargo la Acreditación hace mucho énfasis en el determinante referente a la “Seguridad del paciente” que se define por norma como “El conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (2. Decreto 1011 de 2006).

Sobre este requisito fundamental se han generado amplias conceptualizaciones entre las que podemos destacar la definida por la “Organización mundial de la salud” donde se menciona; “La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud”. “Colombia impulsa una Política de Seguridad del Paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas”⁶.

El centro de Gestión Hospitalaria al referirse al tema de seguridad del paciente expone “Más aún, la interrelación que hay entre calidad y seguridad es tal, que puede afirmarse que cuando el trabajo en calidad se centra en la seguridad, las demás dimensiones de la calidad tienen que incorporarse. Es difícil, sino imposible, imaginarse una atención segura que no es efectiva, oportuna, equitativa o centrada en el paciente.

Adicionalmente, una atención segura, es decir, libre de errores y eventos

⁵ COLOMBIA. MINISTERIO PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo Técnico 2. Op. Cit., 3 p.

⁶ COLOMBIA. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, [online]. 2006 [citado el 20 enero de 2011] Informe global Ibeas. Seguridad del paciente, [www. Organización panamericana de la salud.](http://www.OrganizaciónPanamericanaDeLaSalud.org)

adversos, es menos costosa y necesariamente tiene que ser prestada por profesionales competentes”⁷.

Sobre el mecanismo para llevar a cabo el proceso la seguridad del paciente propone “trabajarse simultáneamente dos frentes:

- “Mejoramiento de procesos, cuyo resultado final son procesos de atención seguros. Esto se hace con herramientas basadas en la evidencia, que se articulan entre sí mediante una secuencia lógica de identificación y análisis de eventos adversos, que busca, finalmente, diseñar barreras de seguridad que complementen los estándares de atención.

Las herramientas de análisis pertenecen a una de dos grandes categorías: análisis retrospectivo, es decir, a partir de un error o de un evento adverso que ya ocurrió; y análisis prospectivo, es decir, basado en una forma de pensamiento que identifica qué puede fallar, por qué puede ocurrir la falla y qué efectos tiene dicha falla en caso de que ocurra.

- Cambio cultural hacia una cultura de seguridad con las características definidas en la estrategia. Antes de implementar las herramientas sugeridas para promocionar la cultura deseada, debe medirse, mediante una herramienta confiable, es decir, válida y precisa, la cultura actual con respecto al tema de seguridad.

En la medida en que la organización diseñe e implemente procesos seguros y su cultura sea de seguridad, la atención que reciben sus pacientes será segura”⁸.

MÉTODOS DE OPERACIÓN DE LA MEJORA CONTINÚA

- “Análisis y evaluación de la situación existente para identificar áreas para la mejora; el establecimiento de los objetivos para la mejora; la búsqueda de posibles soluciones para lograr los objetivos; la evaluación de dichas soluciones y su selección; la implementación de la solución seleccionada; la medición, verificación, análisis y evaluación de los resultados de la implementación para determinar que se han alcanzado los objetivos; la formalización de los cambios”.
- “Para asegurar el futuro de la Organización y la satisfacción de las partes interesadas, la dirección de la Organización debería crear una cultura que implique a las personas de manera activa en la búsqueda de oportunidades de mejora del desempeño de los procesos, las actividades y los servicios”.
- Comparando el desempeño con respecto otras Organizaciones y con respecto a las mejores prácticas reconociendo y recompensando la consecución de mejoras.

⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, [online]. 2008 [citado el 20 enero de 2011] Modelo de Seguridad del paciente, [www. Cgh.org.co](http://www.Cgh.org.co).

⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL [online]. 2008 [citado el 20 enero de 2011] Modelo de Seguridad del paciente, [www. Cgh.org.co](http://www.Cgh.org.co).

- Dicho proceso para la mejora continua debería utilizarse como una herramienta para mejorar la eficacia y la eficiencia internas, así como para mejorar la satisfacción de los Clientes y de las otras partes interesadas.

BENEFICIOS:

- Las personas de la organización son la mejor fuente de ideas para la mejora continua y escalonada de los procesos y a menudo participan como grupos de trabajo.
- Las personas de la organización implicadas deberían estar dotadas de autoridad, apoyo técnico y los recursos necesarios para los cambios asociados con la mejora.

Análisis: Se deberían identificar y verificar las causas raíz del problema.

- Identificación de soluciones posibles: Se deberían explorar alternativas para las soluciones. Se debería seleccionar e implementar la mejor solución: por ejemplo, una que elimine las causas raíz del problema y prevenga que vuelva a suceder.
- Evaluación de los efectos: Se debería confirmar que el problema y sus causas raíz han sido eliminados o sus efectos disminuidos, que la solución ha trabajado, y que se ha logrado la meta de mejora.
- Implementación y normalización de la nueva solución: Se deberían reemplazar los procesos anteriores con el nuevo proceso para prevenir que vuelva a suceder el problema o sus causas raíz.
- Evaluación de la eficacia y eficiencia del proceso al completarse la acción de mejora: Se debería evaluar la eficacia y eficiencia del proyecto de mejora y se debería considerar la posibilidad de utilizar esta solución en algún otro lugar de la organización.

La posibilidad de alcanzar niveles superiores de calidad por medio del Modelo de Acreditación tiene sus antecedentes en Colombia desde la ley 100 de 1993 Art 186 donde se “Creo el Sistema general de Seguridad Social en Salud, en la que se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la calidad de los servicios de salud”

Este procesos se empieza a consolidar aun mas, cuando con participación del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, el Consejo Canadiense de Acreditación en Salud y Qualimed empresa mexicana para el análisis y revisión del Sistema de Garantía de Calidad y el Ministerio de Salud emitieron el Decreto 2309 de 2002, el que 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”. El cual fue de obligatorio cumplimiento para todas las entidades de salud, de tal manera que se vayan sentando las bases para un mejor desempeño de los servicios de salud.

Como modelo de calidad la acreditación en salud, “tuvo en cuenta los avances de acreditación desarrollados en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia y los principios y estándares de acreditación desarrollados por ISQUA (International Society for Quality in Health Care), que en el año 2000

fue denominado como Programa internacional para la Acreditación de organizaciones de salud”⁹.

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

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

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

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

LA ATENCIÓN EN ACREDITACIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE. Como parte fundamental de la acreditación tiene amplias dimensiones y juega un papel fundamental en su estructuración, La calidad de atención “Puede verse afectada por la intervención de múltiples instituciones y personas, numerosos profesionales o técnicos de la salud, y la gran variedad de servicios ofrecidos. Todos estos ítems pueden presentar fallas y afectar al paciente de manera individual cuando la prestación del servicio no se coordina adecuadamente y se despersonaliza”.

Como resultados de esta situación, puede generarse insatisfacción de los usuarios, incumplimiento de los estándares que describen la excelencia en la atención y reproceso, por esta razón “la organización deben coordinar y articular todas las actividades, desde que el paciente llega a la institución directamente...hasta que sale” para garantizar que cada uno de sus procesos cumpla las necesidades de los usuarios¹⁰.

Enfocar un servicio en el cliente, implica conocer integralmente sus necesidades y hacerlas conocer por todas las partes involucradas “Como características esenciales de la evaluación de calidad centrada en el cliente se consideran las siguientes: Involucra a los clientes, Involucra todos los niveles, Enfatiza el mejoramiento de procesos para alcanzar mejores resultados, Evalúa la coordinación con otros servicios que son necesarios para la continuidad de la atención”. Todo proceso tiene éxito en una organización cuando hay direccionamiento “ El respaldo y compromiso gerencial son factores claves para

⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Guía Básica para la acreditación en salud”. Bogotá: s.n., s.f. página 11

¹⁰ Ibíd., p. 13.

el éxito de los procesos del mejoramiento de la calidad y son los directivos los responsables del desarrollo de esta cultura”.

Para lograr un impacto representativo de las acciones que la organización desarrolle para beneficio de los usuarios es conveniente que “En la evaluación continua de procesos y resultados es necesario cuantificar aquellos procesos críticos que afectan directa o indirectamente la seguridad de las intervenciones de salud, en un alto volumen, y puedan generar altos costos”¹¹.

La seguridad del paciente como otro de los ejes y pilares fundamentales de la acreditación fue ampliamente orientada por el Ministerio de la protección social en la guía “Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente” documento en el cual se precisan sus conceptos, alcance y aplicación. “La Seguridad del Paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias” su propósito nace de “prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y de ser posible eliminar la ocurrencia de Eventos adversos para contar con instituciones seguras y competitivas”

Para obtener un resultado efectivo en el mejoramiento de la salud del enfermo se hace necesario que cada proceso que interviene se realice en forma adecuada y coordinada con los demás. “En sistemas tan complejos, alguno o algunos de esos procesos pueden salir mal, por causas no siempre atribuibles a la negligencia de un individuo en articular, sino mas bien explicables por la concurrencia de errores de planeación o de ejecución durante el desarrollo de los procesos de atención en salud, impactando negativamente en el paciente” “Es necesario establecer básicamente que “el compromiso y la cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar, y coordinar acciones que realmente alcancen logros efectivos. Los problemas de seguridad del paciente son inherentes a la atención en salud”¹².

Como elementos para la estructuración de la política de seguridad en las instituciones contempla diversa actividades entre las que podemos definir “Las barreras de seguridad que previenen la ocurrencia del evento adversos la cual incluye:

- “Identificación y análisis de los eventos adversos y los incidentes, para identificar sus causas y las acciones para intervenirlos. A partir del análisis causal se deben diseñar e implementar prácticas seguras en los diferentes procesos de atención.
- Defunción política Institucional de Seguridad del Paciente, en la cual la alta gerencia de las instituciones debe demostrar y ser explícita en el compromiso con la seguridad del paciente como estrategia, indispensable para un entorno seguro y promover una transformación hacia una cultura de seguridad.

¹¹ *Ibíd.*, p. 14.

¹² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. s.l.: s.n., s.f. p. 2 y 3

- Metodología para la evaluación de incidencia y ocurrencia de eventos adversos.
- Metodologías para el análisis y manejo de los eventos adversos.
- Profundización de la cultura organizacional.
- Definición de protocolos para el manejo de los pacientes¹³.

El trabajo de implementación de estándares de acreditación trae retribuciones importantes para las organización las cuales se describen acertadamente en la Guía Básica para la acreditación¹⁴.

“Beneficios de la acreditación en salud”.

- Mejoramiento de la imagen y credibilidad ante los clientes y comunidad en general.
- Trabajar continuamente en el mejoramiento de los procesos centrado en la vida, la salud y seguridad de los usuarios.
- Hacer pública su condición de acreditado u se destaquen entre sus pares por haber logrado reconocimiento de una entidad externa y haber incido un proceso de mejoramiento continuo de la excelencia.
- Reducción de costos de no calidad.
- Motivación a los usuarios para ejercer el derecho a la libre elección.

El Ministerio de la protección social e ICONTEC entidades responsables del direccionamiento de los procesos de acreditación, definen una metodología que orienta a las organizaciones en el proceso de iniciar este camino hacia la excelencia el cual se denomina RUTA CRÍTICA DE ACREDITACIÓN. El cual se compone de 2 etapas.

- **Preparación para la acreditación.** “Después de conseguir la habilitación arranca con la “Decisión firme y sincera de mejorar. Implica analizar y estudiar cada uno de los estándares y comparar contra ellos el desempeño organizacional, evaluándolo tanto en su enfoque como en su implementación y resultados. Este ejercicio le ofrece a la organización un claro diagnóstico de los aspectos críticos hacia los cuales debe priorizar sus acciones de mejoramiento, las cuales deben ser desplegadas en la organización”

- **“Ruta Crítica (o ciclo de aplicación):** inicia cuando la institución toma la decisión de aplicar al proceso formal de acreditación y su autoevaluación le indica que ha alcanzado un nivel de cumplimiento de los estándares que le permiten estimar una probabilidad razonable de “pasar” la evaluación por parte del ente acreditador, cumple con los prerrequisitos para aplicar formalmente y ha obtenido la aprobación luego de la verificación de la habilitación. Si el ciclo de preparación para la aplicación a la acreditación se ha desarrollado correctamente es de esperarse que la ruta crítica termine en el otorgamiento de la acreditación. No obstante existe la posibilidad de que la institución no “pase”

¹³ Ibíd., p. 9-12

¹⁴ Guía Básica para la acreditación. Op.cit., p. 17.

la evaluación por parte del ente acreditador, en cuyo caso se le abren dos opciones:

- Iniciar de inmediato nuevas acciones de mejoramiento que le permitan corregir las deficiencias existentes y de nuevo volver a aplicar.
- O Apelar la decisión de acreditación, si en su concepto considera que tiene argumentos suficientes para demostrar ante el ente acreditador el cumplimiento.

Los lineamientos y componentes que definen la calidad esperada para un servicio seguro y de excelente calidad a los usuarios, está definida puntualmente en cada uno de los estándares que consolidaron en el Manual de acreditación para cada servicio asistencial. Existen para el caso de los servicios de imágenes diagnosticas estándares que apuntan básicamente al fortalecimiento de criterios propios del servicio, determinando sus riesgos.

Existen 6 grupos de estándares: Direccionamiento, Gerencia, Recurso Humano, Cliente asistencial, Tecnología y Ambiente físico. Es importante para comprender su contenido hacer referencia a las definiciones establecidas en el “Manual de estándares de Acreditación”, Anexo 1 Resolución 1474 de 2002.

“ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN.

- Los estándares reflejan PROCESOS ORGANIZACIONALES DE DIA A DIA “, “no son más que esquematizar el “deber ser” de la operación optima diaria de una organización”.
- “Responden a una serie de niveles de desempeño superior a los contemplados en el sistema único de habilitación”.
- “Los estándares no incluyen, dentro de su redacción o nivel de compromiso, ninguna norma legal. Lo anterior quiere decir que todos los estándares, así como aquellos que tengan criterios, representan un nivel de exigencia por encima de los requerimientos mínimos legales, ya sea del sistema general de seguridad social en salud o de otro sistema diferente”.
- “Los estándares proveen el QUE, es decir, los procesos o niveles de desempeño que se quiere obtener, más no dan él COMO, o sea, la forma de conseguir el cumplimiento. Esto último es prerrogativa de cada institución, la cual puede implementar modelos de gestión nacionales o internacionales para la consecución del logro del estándar¹⁵.

Ampliando con mayor precisión los 2 grupos de estándares que se van intervenir en este trabajo correspondientes a Cliente Asistencial y Direccionamiento se hacen siguientes presiones

¹⁵ MISNISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL, “Manual de estándares de Acreditación”, Anexo 1 Resolución 1474 de 2002. 284. p.

“ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE – ASISTENCIAL”. Señalan el camino lógico de la relación paciente – procesos de la organización dentro de un sistema discreto de atención a unas necesidades en salud.

“Pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los diferentes servicios, personas y elementos clave de la atención frente al paciente y su familia. Parte de la base de lo que técnicamente debe estar desarrollado por la organización para una buena prestación del servicio, sino que además de estar técnicamente bien hecho, debe estar centrado en el usuario y su familia”.

“Es así que entonces se describe todo un proceso de atención a los clientes desde que estos llegan a la organización a solicitar un servicio, hasta aquellas labores que podrían resultar “invisibles” para dicho cliente, tales como la monitorización de la calidad o la preparación interna de una serie de procesos que garanticen una verdadera calidad de la atención en toda la organización, tales como las primeras secciones, dedicadas a desarrollar unos mecanismos internos que proporcionen un trato digno y respetuoso al cliente”¹⁶.

“DIRECCIONAMIENTO”. “Contar con un método formal que defina el rumbo que debe tomar la organización y las estrategias o acciones para cumplir tal cosa... orientar y ejercer el liderazgo dentro de la organización, entendiendo que se convierte a su vez en la pieza fundamental para direccional la ejecución diaria de los procesos y el comportamiento de los trabajadores”.

“Los órganos de direccionamiento de la organización deben estar en permanente capacidad de desarrollar, implementar y desplegar esa serie de competencias organizacionales que orienten a la institución hacia la calidad. De esta manera se promueve que estos órganos de gobierno estén involucrados explícitamente en la continua orientación de la institución hacia procesos de mejoramiento y contribuir en el despliegue de esa orientación hacia los diferentes niveles de decisión”¹⁷.(16)

Cada uno de los estándares mencionados anteriormente cuenta con una particularidad en común: el Proceso de Mejoramiento Continuo.

Este proceso, que parte desde su planeación misma, pasando por las labores de monitorización, identificación de prioridades y su puesta en marcha, con su correspondiente evaluación de resultados y comunicación de los mismos, “Hace parte integral del núcleo a donde quiere apuntar el Sistema Único de Acreditación, esto es, que la organización no se conforme con demostrar que cuenta con un proceso plasmado en documentos técnicos, sino que a partir de ese planteamiento inicial se desarrollen unos enfoques y se cuente con

¹⁶ Ibid., p. 286.

¹⁷ Ibid., p. 309.

evidencia y soportes que permitan a la propia organización y al público en general constatar su compromiso con las labores de calidad”¹⁸.

2.2 MARCO SITUACIONAL.

EL INSTITUTO RADIOLOGICO DEL SUR es una Empresa Nariñense, fundada en la ciudad de Ipiales en el año de 1996, donde inicio prestando los servicios de ECOGRAFÍAS Y RX CONVENCIONAL DEL NIVEL I, su destacada competencia profesional, reconocimiento dentro del gremio médico y sobre todo la voluntad por contribuir al desarrollo integral de la región en el sector salud, motivaron la apertura de su nueva sede, en la ciudad de Pasto, el día 1 de abril del año 2002. En esta, se amplió la cobertura hacia el nivel III de complejidad en atención, con el establecimiento de TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA, ECOGRAFÍA DOPPLER COLOR Y BIOPSIAS; servicios que le permitieron ampliar su cobertura de atención con instituciones no solo de los municipios del departamento de Nariño si no también del Putumayo, lo cual le permitió consolidarse como una de las mejores instituciones de imágenes diagnósticas.

Además como parte del mejoramiento continuo y credibilidad que día a día fue adquiriendo gracias al nivel de competencia profesional de su personal Médico y Tecnológico y a las nuevas necesidades de la población, en el mes de mayo del año 2005 se dio apertura en la sede de Pasto a los servicios de RX Y MAMOGRAFÍAS y en el año 2006 al servicio de ECOGRAFÍAS 4D.

En cumplimiento de las metas previstas en la visión de la organización y con el firme propósito de trabajar cada día en brindar un mejor servicio a los usuarios, la empresa amplio su cobertura de servicios con la apertura de otras 2 sedes en 2 de los municipios más importantes del Departamento que son Túquerres y La Unión Nariño donde se prestan los servicios de RADIOLOGÍA CONVENCIONAL, ECOGRAFÍAS Y MAMOGRAFÍAS con los cuales se busca fortalecer la accesibilidad de los usuarios.

Parte de la proyección desarrollado por la organización gracias a la alta confiabilidad de los diagnósticos, la credibilidad en la labor desarrollada y el desarrollo tecnológico, permitió que en febrero del año 2010, se nos llamara para que hacer el Instituto Radiológico del Sur habilite la unidad de radiología de la Clínica de Especialidades las Américas, que se creó con la incitativa de importantes empresas y especialistas entre las que se destaca la participación de EMSSANAR como la EPS con mayor número de afiliados del Departamento siendo esto un gran logro para la empresa porque puede ampliar su alcance hacia los servicios hospitalarios y urgencias.

Como principales competidores a nivel de instituciones de imagenología en el tercer nivel de complejidad encontramos en el orden de importancia, MEDINUCLEAR, Palermo Imagen e Imágenes Diagnosticas Freyre, que al

¹⁸ *Ibíd.*, p. 309.

igual que el Instituto son IPS privadas.

A nivel de instituciones hospitalarias que también prestan estos servicios encontramos Hospital Departamental, Hospital San Pedro, Clínica Fátima. En el primer nivel de complejidad para el servicio de radiología convencional encontramos que algunos hospitales de primer y segundo nivel garantizan este servicio en algunos municipios.

La financiación de recursos más representativos del instituto, está basada fundamentalmente en recursos derivados de la contratación que se suscribe con las EPS, encargadas de la Administración del régimen subsidiado que reciben recursos del estado para la población de bajos recursos, pobre y vulnerable EMSSANAR, MALLAMAS, ASMET SALUD, IDSN, las EPS contributivas que se alimentan de los recursos de los aportes contributivos: EPS SANITAS, COLSANITAS, NUEVA EPS, SALUDCOOP, COOMEVA, MEDICOOP, UDENAR, COSMITET. Por otra parte también se alcanzado los recursos derivados de la adjudicación de procesos de licitación o Invitaciones publicas como el caso de las contrataciones de la POLICÍA NACIONAL, Y LA ESE PASTO SALUD, responsable de la cobertura de servicios de primer nivel del municipio. Se sostiene contrataciones derivadas de otras IPS como el caso de PROFAMILIA, CLÍNICA FÁTIMA, IPS SURSALUD.

Adicionalmente pero en menores proporciones se cuenta con otros ingresos derivados de instituciones de regímenes especiales, que manejan ingresos particulares con importantes descuentos para los usuarios, tal es el caso de PROTEGEMOS Y SERINAR y de servicios particulares directos que llegan directamente por recomendación o la gestión de mercadeo.

Se destacan como factores diferenciadores del Instituto respecto a la competencia, la disponibilidad de las diferentes sedes en los municipios más estratégicos del Departamento, y el hecho de ser la única empresa con certificación de calidad ICONTEC porque le han permitido alcanzar un reconocimiento representativo y han favorecido las contrataciones integrales de servicios, logrando un posicionamiento significativo de la organización. Adicionalmente, la certificación de calidad ha permitido fortalecer la credibilidad y confiabilidad de los servicios, sumado al cumplimiento integral de la normatividad vigente frente a los diferentes organismos de control.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN: OBSERVACIÓN, DESCRIPTIVO, EXPLICATIVO

La consecución de los objetivos planteados en esta investigación, se llevara a cabo teniendo en cuenta los parámetros del **“ENFOQUE CUANTITATIVO”**, el cual utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y provocar hipótesis establecidas previamente. Confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población”¹⁹.

3.2 TIPO DE ESTUDIO

Teniendo en cuenta que el proyecto de investigación planteado, busca llegar a la implementación práctica dentro del contexto donde se estudia, y pretende comprobar una hipótesis de tercer nivel, el alcance que tiene esta investigación llega hasta la fase EXPLICATIVA “Va mas allá de la descripción de conceptos y fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos”....” Su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da este, o porque se relacionan dos o más variables. Sin embargo, se debe desarrollar una fase descriptiva abordadas en investigaciones preliminares que permita explorar las cualidades, características y variables internas que identifican los diferentes elementos que conforman el problema, que permita medir, evaluar o recolectar datos dimensiones o componentes del fenómeno sometido a investigación y análisis²⁰.

3.3 DISEÑO METODOLÓGICO

El plan de acción, que nos indica el camino para llegar a obtener la información que se desea recoger con los datos y precisar los detalles de la investigación se realizara siguiendo los lineamientos del DISEÑO EXPERIMENTAL , en el cual se manipulan intencionalmente una o más variables independientes (supuestas causas, antecedentes), para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes (supuestas efectos consecuentes) dentro de una investigación de control para el investigador.

La recolección de los datos que permitan estructurar la investigación se realizó a través de fuentes primarias como las encuestas, observación, cuestionarios, entrevistas, sondeos, estadísticas y fuentes secundarias referentes a la revisión

¹⁹ HERNÁNDEZ SANPIER, Roberto. Metodología de la investigación. s.l.: s.n., s.f. p. 5.

²⁰ *Ibíd.*, p. 126.

bibliográfica, revisión documental y herramientas que permiten la obtención de información y el procesamiento del conocimiento a que se desea llegar en la investigación.

4. GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGO. Son todas aquellas intervenciones que se hacen en estructuras o en procesos de atención en salud para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE. Identificar, satisfacer y exceder las expectativas y necesidades de los usuarios, de sus familias, del nivel directivo, de los profesionales de la salud y de la comunidad. Para el éxito en la implementación del MCC, la organización debe orientar sus acciones hacia los usuarios. Implica un compromiso continuo de la organización para hablar con ellos, entenderlos, traducir esas necesidades en productos y servicios y finalmente verificar si los resultados de la atención cumplieron con dichas expectativas y promover acciones de mejoramiento.

ATENCIÓN DE SALUD. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

BARRERA DE SEGURIDAD. Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

CALIDAD: Es el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos. Edwards Deming: "la calidad no es otra cosa más que "Una serie de cuestionamiento hacia una mejora continua"."Conjuntos de acciones sistematizadas y continuas, tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impiden el mejor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes a través de cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacionales".

CLIENTE, PACIENTE Y/O USUARIO. (Consumidor de servicios de salud): quien obrando libre y objetivamente informado, toma decisiones de elección, que premian o castigan a las instituciones de salud, convirtiéndose de esta

manera en la principal herramienta para el control de la calidad y, por ende, esta última en un elemento fundamental de la competencia.

CULTURA DE SEGURIDAD. Ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente que se da en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad.

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN. Lineamientos orientados a evaluar la capacidad que la institución posee de brindar, Los estándares evaluarán la organización integralmente. En su contenido está dirigido al proceso de atención de los usuarios, centro y razón de ser de una organización de servicios de salud.

EVENTO ADVERSO. Es el resultado de una atención en salud que de manera no intencional produjo daño. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

FALLA DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

GARANTÍA DE LA CALIDAD Acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las acciones que se emprendan para corregir sus deficiencias.

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

MEJORA DE LA CALIDAD: orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad. Los requisitos pueden estar relacionados con cualquier aspecto tal como la eficacia, la eficiencia o la trazabilidad.

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (MCC) Filosofía y un sistema gerencial, que involucra los gerentes, el primer nivel directivo y los profesionales de la salud en el mejoramiento continuo de los procesos, para alcanzar mejores resultados en la atención de sus clientes/usuarios y sus

familias. Este enfoque mira la organización con enfoque sistémico y la entiende como un continuo clínico administrativo cuya finalidad es alcanzar resultados de la atención en salud ofrecida al paciente introduce métodos estadísticos y herramientas gerenciales que reducen la utilización inadecuada de los recursos, la duplicidad de procesos y el trabajo innecesario.

RIESGO Es la probabilidad que un incidente o evento adverso ocurra.

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

SISTEMA DE GESTIÓN DEL EVENTO ADVERSO. Se define como el conjunto de herramientas, procedimientos y acciones utilizadas para identificar y analizar la progresión de una falla a la producción de daño al paciente, con el propósito de prevenir o mitigar sus consecuencias.

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD: Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del sistema general de seguridad social en salud para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible. Va más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados”

5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN TEMA DE INVESTIGACIÓN.	X				
FORMULACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.	X				
DEFINICIÓN OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS Y JUSTIFICACIÓN.	X				
REVISIÓN MARCO LEGAL.	X				
DOCUMENTACIÓN MARCO CONTEXTUAL.		X			
DOCUMENTACIÓN MARCO CONCEPTUAL.		X			
DOCUMENTACIÓN GLOSARIO DE TÉRMINOS.		X			
SELECCIÓN METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN.		X			
DEFINICIÓN DE HIPÓTESIS.			X		
EVALUACIÓN INTERNA ESTÁNDARES DE CLIENTE ASISTENCIAL. DEFINICIÓN FORTALEZAS Y DEBILIDADES.			X	X	
EVALUACIÓN INTERNA ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO. DEFINICIÓN FORTALEZAS Y DEBILIDADES.			X	X	
ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE ESTÁNDARES FRENTE AL GRADO DE CUMPLIMIENTO LA REALIDAD INSTITUCIONAL. ARGUMENTACIÓN DE SU APORTE EN EL FORTALECIMIENTO DEL SERVICIO Y CONTROL DE RIESGOS.			X	X	
SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO.				X	
DEFINICIÓN DE PROPUESTA DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA LAS ACTIVIDADES PRIORIZADAS.				X	
ANÁLISIS DE CÓMO LA INTERVENCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PRIORIZADAS PARA MEJORAR, CONTRIBUYE AL FORTALECIMIENTO Y CONTROL DE RIESGOS EN EL SERVICIO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS DEL INSTITUTO RADIOLÓGICO DEL SUR.				X	
CONCLUSIONES.					X

6. PRESUPUESTO

ACTIVIDADES	AGO
HORAS PERSONAL TÉCNICO ASISTENCIAL PARA AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES. 15 HORAS MENSUALES POR TÉCNICO. 3 TÉCNICOS \$10.000 PESOS LA HORA. TOTAL: 3 MESES.	\$1.350.000
HORAS PERSONAL PROFESIONAL ASISTENCIAL PARA AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES. 8 HORAS MENSUALES RADIÓLOGO. \$82.000 PESOS LA HORA. TOTAL: 3 MESES.	\$1.968.000
HORAS PERSONAL PROFESIONAL ADMINISTRATIVO PARA AUTOEVALUACIÓN DE ESTÁNDARES. 15 HORAS MENSUALES POR PROFESIONAL. 4 PROFESIONALES \$12.000 PESOS LA HORA. TOTAL: 3 MESES.	\$2.160.000
PAPELERÍA Y ÚTILES.	\$ 500.000
GASTOS VARIOS.	\$ 500.000
EMPASTADA Y LEGALIZACIÓN TRABAJO.	\$ 400.000
TOTAL PRESUPUESTO.	\$ 7.378.000

7. HIPÓTESIS

¿La evaluación interna de los estándares de cliente asistencial y direccionamiento establecidos para la acreditación de servicios de Imagenología, la cual establece el nivel de cumplimiento o acciones de mejoramiento que se deben implementar; permite que el Instituto Radiológico del Sur fortalezca la excelencia en la calidad del servicio, gestión de riesgos y fortalecimiento de los procesos?

8. REVISAR Y ANALIZAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD QUE ESTABLECE LAS BASES Y LINEAMIENTOS PARA LLEVAR A CABO EL PROCESO DE ACREDITACIÓN

Pensar en desarrollar la implementación del proceso de acreditación, como herramienta que busca ofrecer excelencia en la prestación de servicios para minimizar los riesgos a los que se expone un usuario dentro de un proceso de atención, “es una necesidad imperiosa para cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. El Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la atención en salud SOGCS tiene en su filosofía el Mejoramiento continuo el cual debe llevar a la búsqueda de niveles superiores de calidad, así como el de generar en las organizaciones la cultura de la calidad es un trabajo continuo y de toda la organización por lo que se requiere conocer y orientar la mentalidad de cada uno de los colaboradores hacia la calidad de los procesos de las entidades de salud”²¹.

Partiendo de este concepto, la decisión de iniciar el proceso de acreditación, en el Instituto Radiológico del Sur, no corresponde a una actividad aislada o de intuición, sino que más bien hace parte del nuevo escalón que se hace necesario atravesar en el camino que se ha venido marcando desde el año 2002, cuando la institución se convenció de la importancia del enfoque de calidad en los sistemas de salud propuesto por el decreto 2309 y resolución 1439 de 2002 del Ministerio de protección social, el cual motivo para que se empezaran a vislumbrar los innumerables beneficios de generar un modelo organizacional de calidad, de ahí que paralelo al cumplimiento de los estándares básicos que exigía y que se cumplieron a cabalidad, la organización empezó a buscar nuevos enfoques y modelos que fundamentaran con mayor amplitud la calidad de los servicios de imagenología, que buscaban fortalecer dentro de la región, es así como se empezó el proceso de implementación del modelo ISO 9001:2000, el cual fue una herramienta significativa que permitió no solo orientar las exigencias normativas, sino que además empezó a construir una cultura de calidad que se convertiría en el motor para enfocar la prestación del servicio y el cual se consolidó finalmente cuando junio del año 2006, se logró la certificación nacional por ICONTEC e internacional por IQNET.

Justamente a finales de este mismo año, se expide el decreto 1011 y resolución 1043, con la cual se hace más énfasis a los procesos de mejoramiento con la exigencia del PAMEC (Plan de auditoría de mejoramiento de la calidad) y se empieza a involucrar el tema de seguimiento a riesgos en el capítulo 9, además que en este mismo año la SUPERSALUD, expide la resolución 1446 de 2006 y circular 030 en la cual se empieza con la exigencia de generar los indicadores trazadores de mayor relevancia en los diferentes servicios de salud.

²¹ COLOMBIA. UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA. [online]. 2008 [citado el 20 enero de 2011] www.umng.edu.co/www/section-3957.jsp

Para el instituto, el contar con el modelo de enfoque basado en procesos del ISO 9001:2000, fue de gran relevancia para acoplarse a estas nuevas exigencias normativas, porque dentro su enfoque no era extraño hablar de indicadores, auditorías internas y procesos de mejoramiento que fácilmente se pudieron implementar y fueron abonando el terreno para tener mayor convencimiento sobre la importancia de enfoques de calidad en salud para mejorar la satisfacción integral de las necesidades de los usuarios. En octubre de 2009, cuando finalmente los entes de control realizan la visita de verificación se obtiene un cumplimiento integral de todos los estándares, sin necesidad de planes de mejoramiento u observaciones, definitivamente la integración que se logro del modelo de habilitación y el modelo de la ISO, apporto significativamente en su cumplimiento sistemático y continuo. La certificación se ha sostenido durante 5 años consecutivos logrando resultados satisfactorios que han ido fortaleciendo el desempeño de la organización, no solo a nivel de prestación de servicios si no de a nivel administrativo para el cumplimiento de objetivos y contención de costos de no calidad generados por la falta de control y reprocesos.

En definitiva, todo este trabajo ha logrado fundamentar las bases necesarias para que la organización este convencida de que el ciclo de mejoramiento continuo es la herramienta de renovación y proyección de las organizaciones hacia el cumplimiento de sus propósitos y que la calidad es un estilo de vida, que se de instalar en cada una de las actividades del día a día, para lograr la generación de beneficios recíprocos para el usuario, la organización y la comunidad.

Hacen parte de los resultados obtenidos de este trabajo, la estructuración del mapa de procesos en el cual se describe la interacción y secuencia que existe entre las diferentes áreas de la organización, la caracterización de cada una en la cual se describen las etapas claves del planear, hacer, verificar y actuar, se define la matriz de los indicadores trazadores de mayor relevancia para cada proceso, los cuales están enfocados en la monitorización de los criterios de calidad relevantes del servicio, organizacionales y de mejoramiento, los cuales periten evaluar resultados de cada procesos respecto a las metas y objetivos propuestos. Sin duda, parte fundamental de los beneficios está en la estructuración de la documentación que refiere las actividades de cada proceso, incluidas las guías y protocolos que estandarizan los criterios técnicos y científicos de los diferentes servicios asistenciales y la identificación de los riesgos de mayor relevancia y prevalencia en el servicio.

9. DECIDIR Y FUNDAMENTAR LA IMPORTANCIA DE LA ACREDITACIÓN DENTRO DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA ORGANIZACIÓN. MISIÓN, VISIÓN, POLÍTICA, OBJETIVOS, METAS DE CALIDAD Y COMPROMISO DEL TALENTO HUMANO.

La clave para que todo proyecto, que la empresa desee emprender, sea factible de alcanzar, debe ser alineado y direccionado desde la plataforma estratégica, la cual define el norte hacia el cual todas de cada una de las unidades funcionales y miembros de la organización encaminan su propósitos, de ahí, que es preciso replantear los lineamientos de la que actualmente está definida para el Instituto Radiológico del Sur, considerando que tenemos como fin, la búsqueda de la acreditación, donde se deben articular componentes y metas precisas que la estructura actual no aborda integralmente.

9.1 VISIÓN

Partiendo del referente conceptual que define el fin de la visión como. La imagen del futuro deseado que buscamos crear con nuestros esfuerzos y acciones. Es la brújula que guiará a líderes y colaboradores. Será aquello que nos permitirá que todas las cosas que hagamos, tengan sentido y coherencia y conforme a lo que se busca lograr: Debe ser factible alcanzarla, motivadora e inspiradora, compartida, clara, sencilla, de fácil comunicación. “Debe tener resonancia con todos los miembros de la organización y permitirles sentirse orgullosos, emocionados, y ser parte de algo mucho más grande que ellos mismos. Una visión debe potenciar las capacidades de la organización y la imagen de sí misma” y revisando nuestra visión actual que establece:

“Para el año 2015, consolidar a la institución, como líder en la prestación del servicio de imágenes diagnóstica, destacada por su cultura de servicio al usuario y confiabilidad diagnóstica, cumplimiento de los estándares de calidad, innovación en la tecnología, responsabilidad social, y cobertura en el Departamento de Nariño, con cobertura en el departamento de Nariño, suroccidente Colombiano”.

Es necesario replantear las metas y el fin buscado, entonces si nuestra meta futura es la acreditación, nuestra visión debe contemplar ser “La primera Institución de imágenes diagnósticas en el suroccidente en lograr la acreditación en el año 2013, reconocida por la excelencia en la prestación del servicios y preservación de la seguridad del paciente” que son las dos esferas fundamentales donde se enfocan sus resultados. Hablar de como líder en la prestación del servicio de imágenes diagnóstica, cumplimiento de los estándares de calidad, innovación en la tecnología, cobertura en el departamento de Nariño, suroccidente Colombiano”, son proyectos que la organización ya ha alcanzado en gran medida y que están explícitos en el servicio, por ende no son un meta futura para alcanzar.

9.2 MISIÓN

La definición de misión se concibe como, “la razón de ser de una persona, equipo y empresa, con lo que le permite existir, lograr su sostenibilidad o rentabilidad”, describe el propósito general de la organización, HOY constar de 3 partes”:

- Descripción de lo que la empresa hace.
- Para quién está dirigido el esfuerzo, el mercado objetivo.
- Presentación de la particularidad, lo singular de la organización, el factor diferencial.

Desde este concepto, la misión de la empresa cumple con gran parte de los requisitos y componentes, sin embargo, es preciso declarar el compromiso de estar trabajando por la “seguridad del paciente” y una atención con “trato digno y humanización” que haga la diferencia y que empiece a fundamentar el camino hacia la excelencia.

9.3 POLÍTICAS Y OBJETIVOS DE CALIDAD

La acreditación es un proyecto que se debe abordar desde todos los componentes de una organización, porque su fundamentación tiene un costo económico y representa esfuerzos financieros que se deben considerar para la implementación, de ahí que es necesario definir las políticas y objetivos financieras, orientación del programa de aplicación de seguridad del paciente, cumplimiento de derechos y deberes del usuario, sistemas de información, y mantenimiento y renovación de la tecnología y ambiente físico de tal manera que se puedan abordar los lineamientos y estrategias por las cuales se garantice el despliegue hacia todas las unidades funcionales y su enfoque sea sistemático y basado en resultados cuantificables que enfoquen los fines de la acreditación como herramienta para lograr excelencia en la prestación de servicios y minimización de riesgos controlando las variables que inciden y aseguran directa o indirectamente en los procesos de atención.

Tabla 1. Políticas y Objetivos para Despliegue de la Planeación Estratégica

TEMA.	POLITICA	OBJETIVOS
DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO.	Promover el cumplimiento y respecto de los derechos y deberes del usuario en todas las instancias de la organización para garantizar un trato digno y humanizado.	Establecer metodologías que permitan el despliegue y cumplimiento sistemático de la declaración de los deberes y derechos de

		los pacientes, promoviendo el entrenamiento de los clientes externos y la definición de herramientas para evaluar que son comprendidos por los usuarios.
SEGURIDAD DEL PACIENTE.	Preservar la seguridad del paciente en cada una de las etapas de prestación del servicio, aplicando metodologías que faciliten el compromiso del personal hacia el desarrollo de actos seguros que ofrezcan bienestar al usuario.	Consolidar el programa de seguridad del paciente, en el cual se consoliden las herramientas necesarias para identificar, gestionar, evaluar y analizar los diferentes riesgos que se pueden derivar en la atención, definiendo las barreras de control más pertinentes que eviten su ocurrencia.
FINANCIERO.	Promover la generación de ingresos suficientes y su administración para generar equilibrio económico de las actividades de la organización. Utilizar medios de financiación con fondos propios o provenientes del endeudamiento, para la toma de decisiones en inversión, teniendo en cuenta las tasas de rendimiento y los proyectos de inversión que generen beneficios futuros.	Lograr que la empresa genere maximización del valor en el mercado y sus accionistas, con la utilización y optimización de los recursos, planeación estratégica para que la empresa opere eficientemente, de acuerdo con los proyectos y sus necesidades.
SISTEMA DE INFORMACION.	Disponer de la información suficiente y pertinente para facilitar el análisis, evaluación de desempeño y toma de decisiones en las diferentes unidades funcionales administrativas y operativas y que además permita responder a las necesidades de clientes internos y externos.	Diseñar los procesos necesarios de la gerencia de la información para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas directamente

		relacionadas con el proceso de atención a un cliente.
AMBIENTE FÍSICO Y TECNOLOGIA.	Minimizar los riesgos y consecuencias adversas derivadas del ambiente físico, para garantizar el bienestar del paciente, su familia y colaboradores.	Identificar y establecer procesos y metodologías orientados a garantizar la seguridad y calidad del entorno donde se desarrollan los procesos organizacionales.

Fuente: Esta investigación.

9.4 POLÍTICA DE LA CALIDAD

Ofrecer un servicio de imágenes diagnósticas que asegure el cumplimiento de los estándares de calidad, integralidad, mejoramiento continuo de sus procesos, con personal idóneo, capacitado, comprometido, desarrollo tecnológico, cobertura y valor científico, capaz de satisfacer las necesidades de los usuarios, los contratantes y sostener el liderazgo, rentabilidad y desarrollo de nuestra empresa.

9.5 OBJETIVOS DE LA CALIDAD

- Brindar un servicio amable, seguro y oportuno
- Prestar una atención con personal idóneo y comprometido con los fines de la empresa.
- Capacitar permanentemente al personal tanto en el aspecto técnico y científico, como de apoyo, para mejorar el servicio al usuario.
- Garantizar el mejoramiento continuo de los procesos para brindar lo mejor a nuestros usuarios, razón de ser de nuestra organización.
- Disponer de la tecnología biomédica apropiada.
- Garantizar el cumplimiento de las especificaciones de los insumos utilizados en los procedimientos, para asegurar la calidad de los resultados.
- Realizar todos los servicios basados en protocolos científicos y procedimientos técnicos.
- Garantizar el grado de satisfacción y cumplimiento de los servicios y compromisos ofertados a las instituciones contratantes.

10. METAS DE CALIDAD Y COMPROMISO DEL TALENTO HUMANO

La acreditación como proyecto debe construirse con metas a corto y largo plazo, las cuales solo se alcanzan cuando se ha logrado la sensibilización y participación del personal que hace parte del procesos operativos y asistenciales, porque son ellos quienes tiene la responsabilidad de hacer el despliegue de las estrategias y lograr que éstas cumplan el objetivo propuesto, por tal razón es definitivo que se construyan líneas de acción y participación a través del empoderamiento de los diferentes líderes de área que a la vez deben los multiplicadores con cada miembro de su equipo de trabajo . Las líneas de base que permiten fundamentar la acreditación en este aspecto se constituyen con:

- Conformación de la alta dirección, con responsabilidades y roles, para definir las directrices, brindar acompañamiento y proveer los recursos.
- Selección de los líderes de cada unidad funcional, con acompañamiento y asesoramiento continuo, los cuales tendrán la función de reorientar las metas hacia cada unidad funcional y el equipo de personas que la conforman.
- Definición de planes de acción que tracen el camino hacia la acreditación.
- Enfoque de organización de actividades basados en modelo 5W 1H en el cual se define que se va hacer, cuando, como, quien es el responsable, donde y cuanto cuesta, de tal manera que se trabaje sobre compromisos y tareas debidamente planificadas para aplicar las estrategias, herramientas y metodologías que permitirán lograr el cumplimiento de cada estándar.
- Sin duda, parte fundamental para lograr que las metas se cumplan y el trabajo por los responsables sea proactivo en la búsqueda de la meta es la SUPERVISION Y MONITORIZACION CONTINUA, para garantizar que lo planificado se desarrolle en los tiempos estipulados y se finalmente se consigan los resultados esperados.
- Realizar la evaluación interna de los estándares de acreditación en imágenes diagnosticas relacionados con Atención del cliente asistencial (Derechos y deberes del paciente, procesos para garantizar el acceso al paciente) y Direccionamiento, como herramienta que permite a la Alta gerencia, obtener un diagnostico de las fortalezas, debilidades, desviaciones, aciertos, eficacia y eficiencia de los procesos al comparar los estándares con la realidad institucional, evaluar su enfoque implementación y resultados.

Para llevar a cabo el proceso de autoevaluación de estándares de acreditación, se toma de referencia y punto de partida, los lineamientos establecidos en la “Guía práctica de preparación para la acreditación en salud. Ministerio de la Protección Social” para la Conformación de equipos de trabajo, los cuales según esta, se deben conformar considerando que “Sean líderes por cada área de la organización como dueño de proceso y personal con responsabilidad y perfiles relacionados con los estándares ha evaluar quienes entienden el proceso y pueden analizar integralmente su componentes por ser cliente o tener relación con su desarrollo”, de ahí que los equipos que

se conformaron en la organización para la evaluación de los estándares en estudio es organizados por los cargos que en la organización tienen la competencia para abordar integralmente cada componente:

Tabla 2. Estándares de Gerencia y Cliente Asistencial

ESTANDARES DE GERENCIA.	ESTÁNDARES DE CLIENTE ASISTENCIAL.
Gerente. Líder de área contable. Subgerencia y Calidad. Contador. Tesorero.	Director científico. Coordinador Tecnólogos. Coordinadora transcripción y ecografías. Coordinador atención al usuario. Técnicos.

Fuente: Guía práctica de preparación para la acreditación en salud. Ministerio de la Protección Social – Organización Panamericana de la Salud. Diciembre 2005.

Una vez conformados los equipos, se comenzó de lleno con el proceso de AUTOEVALUACIÓN de estándares, tomando de referente los conceptos y fines dispuestos para este proceso en las guías del ministerio e ICONTEC por las cuales se orienta el proceso de acreditación.

Tabla 3. Reuniones de Trabajo (Autoevaluación).

REUNIONES DE TRABAJO PARA AUTOEVALUACIÓN.
1- Lectura rápida y general de los estándares ó de los referentes a utilizar para la realización del auto diagnóstico de cada uno de los equipos.
2- Lectura del estándar a evaluar: El grupo en pleno, estudiará y homologará el enfoque del criterio asignado como responsabilidad del grupo para trabajar el proceso de auto evaluación.
3- Diligenciamiento de las conclusiones frente a lo analizado en el formato diseñado para tal fin. Análisis y anotación de las oportunidades de mejoramiento (debilidades), respecto al lineamiento de los estándares. Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios, relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados por la organización.

Fuente: Guía práctica de preparación para la acreditación en salud. Ministerio de la Protección Social – Organización Panamericana de la Salud. Diciembre 2005.

“La autoevaluación debe analizar y estudiar cada uno de los estándares para comparar contra ellos el desempeño organizacional tanto en su enfoque, implementación y resultados”.

“Mantener las evidencias que soportan las fortalezas de los estándares, evaluar su efectividad y organizar la información”.

Guía 1” Como realizar la autoevaluación para el mejoramiento de la atención en salud”.

“Evaluar el nivel de cumplimiento de los estándares en la realidad institucional detectando y soportando las fortalezas, oportunidades de mejora debilidades, desviaciones, acierto, eficacia, eficiencia, economía, legalidad y mejoras”.

ICONTEC. Proceso para la acreditación en salud. Ruta critica.

Para lograr que el enfoque de evaluación de cada estándar de Direccionamiento y cliente asistencial se haga con objetividad y precisión a la hora de valorar su grado de cumplimiento en el Instituto radiológico del sur, sin caer en la sobrevaloración o minimización de lo que se tiene, fue preciso tener presente para la evaluación de cada uno:

- 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.
- Implementación: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.
- Resultados: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

11. PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DIRECCIONAMIENTO

ESTÁNDAR 1

Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.

Fortaleza. La alta dirección demuestra su compromiso en el desarrollo del direccionamiento estratégico generando los espacios para la construcción y socialización de los criterios que están incluidos en la plataforma estratégica, los cuales hacen referencia a la calidad en la prestación del servicio que se ofrece a los usuarios, y que han sido concertados con el personal directivo, operativo y de apoyo con el fin de lograr una visión integral y participativa en su estructura.

La dirección de la entidad ha invertido recursos económicos para facilitar el desarrollo de modelos de sistemas de gestión de calidad (ISO 9001:2008) los cuales sirvieron de base para definir los lineamientos apropiados para cumplir con las directrices y propósitos de la organización.

Convencidos de la importancia de los sistemas de gestión, los directivos se han comprometido, facilitado y aprobado los tiempos laborales para que el personal pueda desarrollar todas las actividades de implementación y capacitación propuestas por la organización.

Evidencias:

- Matriz de Planeación Estratégica
- Las actas de reunión para la construcción, socialización y evaluación del direccionamiento estratégico.
- Las evaluaciones y talleres en los cuales se ha realizado el despliegue pertinente.

Oportunidades de Mejora:

- Es conveniente que la alta dirección, para fortalecer su participación y compromiso establezca revisiones y seguimientos periódicos al direccionamiento estratégico con resultados de acciones e indicadores de cada proceso, que permitan evaluar su cumplimiento y eficacia de manera oportuna para la toma de decisiones, sin esperar las revisiones por la dirección que se están realizando anualmente para dar cumplimiento al proceso de certificación (ISO 9001:2008).
- Es necesario organizar una estructura directiva que represente la alta dirección de la organización y que permita una integración y despliegue de los propósitos en cada una de las unidades de servicio de la organización, los

cuales se deben reunión con una periodicidad definida para evaluar el desempeño de la organización y orientar las decisiones con apoyo de los órganos directivos, para cumplir las metas, objetivos y estrategias establecidas en el direccionamiento estratégico que busca mantener y fortalecer el norte de la organización.

ESTÁNDAR 2

La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicio de referenciarían con su competencia.

Fortalezas

La organización conoce el campo de acción en el cual se desarrolla la prestación de los servicios; clientes potenciales clasificados por tipos de regímenes (contributivo, subsidiado, particulares y vinculados), competidores en todos los niveles de complejidad (I, II y III). Normatividad vigente y reguladora de los servicios, incluidas las responsabilidades en materia ambiental, entes de fiscalización y control, modalidades de contratación (Evento, Capacitación, paquetes integrales y particulares).

A nivel de cliente interno se han realizado encuesta de clima organizacional con el cual se evaluaron aspectos relacionados a la comunicación dentro de la organización y entre compañeros, , la evaluación de los jefes en el cumplimiento de objetivos, pertenencia, motivación, condiciones ergonómicas y ambientales, evaluación de puestos de trabajo (autonomía, capacidades), reconocimientos, remuneraciones, reglas e incentivos.

Está estructurado e implementado el programa de Salud Ocupacional, con la conformación del COPASO (Comité Paritario de Salud Ocupacional), Programa de Higiene y Seguridad Industrial, con los cuales se han identificado los riesgos profesionales derivados de las actividades desarrolladas en cada puesto de trabajo y se han establecido las estrategias, herramientas y capacitaciones para prevenir accidentes y enfermedades ocupacionales.

En conocimiento de las necesidades manifestadas por el cliente interno se han desarrollado capacitaciones orientadas al crecimiento personal, mejoramiento del ambiente laboral, solución y superación de diferencias y conflictos, socialización del reglamento interno de trabajo, manejo positivo y efectivo de las faltas laborales y acoso laboral.

Se han realizado estudios del Entorno económico: en el cual se han analizado aspectos como el PIB, PIB PERCÁPITA, Desempleo, Inflación, Revaluación, Altas tasa de Interés, Relaciones Internacionales, Crisis Económica, Bloques Económicos, Tratados de Libres Comercio; Entorno Social: Desempleo,

religión, economía del rebusque, inseguridad, poca planificación familiar, malos hábitos alimenticios creencias, falta de talento humano especializado en la región; Entorno tecnológico: TIC, equipos, redes de comunicación, sistemas de seguridad, software administrativos y financieros, nuevos equipos tecnológicos. Entorno Jurídico: Cambio permanente en las normas y leyes, Nuevas reglamentaciones, Crisis e inestabilidad del sistema jurídico; Entorno Ambiental: Fenómenos naturales, Clima, Recursos Hídricos.

En este mismo sentido, también se cuenta con un trabajo de análisis, en el cual se abordaron las 5 fuerzas competitivas en una organización; representadas por amenaza de sustitutos, poder de negociación de compradores, poder de negociación de proveedores y amenaza de competidores potenciales, rivalidad entre competidores existentes y un análisis BENCHMARKING que incluye; Empresas competidoras, factores claves del éxito, Matriz de Perfil Competitivo, Radar de Valores, Radar de Valores Sopesados, Interpretación y recomendaciones.

A nivel interno se cuenta con análisis de información, Financiera referente a: Nivel de Endeudamiento, activos, flujo de Caja y Liquidez, cartera, software financiero; Talento Humano: bienestar Social, proceso de Selección Personal, evaluación del Desempeño, clima Organizacional, capacitación Talento Humano, recurso Humano Especializado, incentivos Laborales; Operativa: Insuficiente planta física, optimización recursos tecnológicos, estandarización de los procesos, falta de adquisición de últimas tecnologías, eficiente servicios de Atención de Peticiones, Quejas y Reclamos, alto nivel de satisfacción de los usuarios, eficiencia en la prestación de los servicios; Ventas y mercadeo: Conocimiento del mercado, alto nivel de venta de servicios, alto nivel de posicionamiento, publicidad efectiva y pertinente, diversificación de mercados, exclusividad en la prestación de servicios en algunas empresas, poco nivel de ventas de contado; Gestión de calidad y gerencial: Alianzas estratégicas, Certificación ICONTEC, Sistema de Auditoría Interna Eficiente, Matriz de evaluación de factores externos (MEFE), matriz de evaluación de factores internos (MEFI) y matriz DOFA.

En lo que refiere al conocimiento de las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención, se cuenta con información correspondiente a:

- Encuestas de satisfacción que se realizan para evaluar factores claves que determinan la calidad en la prestación del servicio en cada uno de los servicios tales como atención telefónica, amabilidad, atención en facturación, información sobre exámenes y su preparación, cumplimiento de cita no mayor a 40 minutos, profesionalismos y atención del médico y tecnólogo, orden y aseo de las instalaciones, atención de requerimientos, quejas y reclamos, entrega de resultados.
- Estudio y estrategias de monitorización de los factores de calidad del sistema Obligatorio de garantía de calidad en el cual se definen los pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y SEGURIDAD.

- Reporte de necesidades y solicitudes, manifestadas por medio del buzón de sugerencias, y quejas o reclamos manifestados personalmente.

Elementos que han permitido el enfoque del servicio al cumplimiento de las necesidades y que han aportado información relevante para evaluar el grado de satisfacción y cumplimiento de las expectativas.

En general toda la información descrita, ha permitido evaluar el contexto de acción en el que se ejecuta el servicio del Instituto radiológico del Sur y ofrece un panorama fundamental de los aspectos en los que se deben intervenir desde los planes estratégicos para cumplir con los propósitos.

Evidencias

- Evaluación del clima organizacional.
- Listado de clientes potenciales.
- Estudios de la competencia.
- Lectura del entorno económico.
- Estudio del plan estratégico.

Oportunidades de Mejora:

A pesar de que toda la información descrita, ha permitido evaluar el contexto de acción en el que se ejecuta el servicio del Instituto radiológico del Sur, esta solo se ha intervenido con actividades aisladas, por lo cual es necesario:

- Fortalecer el análisis de las variables que permiten la lectura del entorno, con participación de representantes de todas las unidades funcionales, para abordar con una visión más integral el contexto y enriquecer los argumentos necesarios para fundamentar la planeación estratégica.
- Desarrollar y aplicar herramientas de evaluación y medición que permitan fortalecer la cuantificación más precisa respecto a los % de participación en el mercado de servicios, análisis de datos financieros, evaluación integral de las perspectivas del talento humano en la organización y la de los usuarios; usando encuestas en las cuales se pueda conocer de las fuentes primarias la descripción de los criterios y variables que aborden y describan con precisión las necesidades y expectativas.

ESTANDAR 3

Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico (incluyendo los valores, misión y visión) de la organización de acuerdo a los cambios del entorno.

Fortaleza

La organización ha realizado revisiones anuales del direccionamiento estratégico, incluyendo misión, visión, política de calidad y objetivos de la organización, basados en la metodología establecida en el requerimiento de la norma ISO 9001-2008; en estas revisiones se contemplan aspectos referentes a los cambios o nuevas exigencias normativas, las necesidades del paciente, las nuevas expectativas de la organización y las necesidades de los trabajadores. En estas revisiones se han evaluado el grado de cumplimiento que la organización ha alcanzado frente a cada uno de los componentes, involucrando a todo el personal de la organización para lograr una valoración integral. Con base en los resultados obtenidos se han realizado los ajustes necesarios y se ha replanteado los criterios que se deben incluir en este direccionamiento, es así como en el última evaluación realizada 23 de febrero 2010, se contemplo la necesidad de enfatizar en la SEGURIDAD, CONFIABILIDAD, ATENCIÓN y CULTURA DE SERVICIO Y RESPONSABILIDAD SOCIAL, como factores claves de éxito en el servicio.

Evidencias

- Actas de revisión por la dirección.
- Actas de redefinición y ajuste de plataforma estratégicas.
- Versión actualizada de la matriz de criterios de planeación.

Oportunidades de Mejora

- Incluir dentro del proceso gerencial la responsabilidad de revisar el direccionamiento estratégico con una frecuencia semestral, o eventual dependiendo de las necesidades identificadas, estableciendo claramente los criterios que se deben considerar en esta evaluación.
- Considerar como parte de los criterios para la estructuración del direccionamiento estratégico la competencia del mercado, el entorno ambiental, la familia del paciente y la relación con la comunidad.
- Identificar y definir los valores representativos para la institución teniendo en cuenta la prestación del servicio, las directrices organizacionales, las necesidades de la comunidad y el paciente y las expectativas que se desean lograr.
- Es necesario reajustar el direccionamiento estratégico, articulando los elementos fundamentales de acreditación relacionados con el cumplimiento de los derechos y deberes, políticas continuas de seguridad del paciente, de tal manera que exista un alineamiento claro de la organización hacia estos propósitos que garantizan una excelencia en la prestación del servicio.

ESTANDAR 4

Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.

Fortalezas

Como parte del desarrollo del direccionamiento estratégico, la organización ha establecido variables y objetivos orientados a cada uno de los procesos de las unidades funcionales, lo cual ha permitido desarrollar estrategias y acciones que promueven su implementación, consolidación y ejecución por todo el personal. Muchas de ellas han sido monitoreadas, a través de indicadores que permiten evaluar el grado de cumplimiento y eficacia por cada unidad funcional y por ende de toda la organización. Es así que se han alineado estrategias, objetivos e indicadores para evaluar los criterios de calidad en cada proceso asistencial: pertinencia, accesibilidad, continuidad, oportunidad y Seguridad, los cuales han generado información relevante que ha permitido la toma de decisiones de mejoramiento y ajustes de procesos.

Evidencias

- Matriz de indicadores.
- Graficas de tendencia de resultados.
- Planes de mejoramiento.

Oportunidades de Mejora:

- Documentar como parte del proceso de direccionamiento los lineamientos que se deben tener en cuenta para la definición y generación de planes estratégicos orientados a su cumplimiento, dentro de los cuales se contemple criterios de priorización, mecanismos de participación de las diferentes unidades funcionales y acciones que cada una debe tener en cuenta para desarrollar sus propias estrategias en relación con las de la organización y la atención del paciente.
- Para lograr una aplicación y desarrollo integral de cada uno de los componentes que soportan el funcionamiento eficiente de la organización en todas sus esferas de acción es necesario que se estructuren objetivos estratégicos, objetivos financieros, objetivos de crecimiento, objetivos de Responsabilidad Social, objetivos a corto plazo, estrategias, recursos, presupuestos, responsables, seguimiento y control, los cuales se consoliden en planes de acción, que sean cuantificables en tiempo y en resultados para garantizar su desarrollo oportuna, pertinente y continuo de tal manera que las metas organizaciones se puedan lograr orientadas a lograr la satisfacción del cliente externo e interno, la sostenibilidad financiera y la proyección.
- Es necesario definir criterios de priorización en la implementación y desarrollo de los planes de acción para cumplir los objetivos, los cuales se deben evaluar por el riesgo que pueden representar para determinar así su criticidad o severidad y en la repetitividad o frecuencia en que ocurre.
- Considerar como fuente de referencia para la consolidación del plan estratégico, la información identificada en la lectura del entorno, la cual permita el planteamiento de estrategias más coherentes a la realidad en la

acciona la organización y lograr la intervención oportuna y acertada de estos factores.

ESTANDAR 5

Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.

Fortalezas

Están definidos líderes dentro de la organización encabezados por directivos, coordinadores de sede y coordinadores de área, los cuales están comprometidos y son responsables del cumplimiento y desarrollo de las políticas, directrices y proyectos organizacionales, que se definen en pro del mejoramiento de la prestación del servicio, cumplimiento de la normatividad, posicionamiento y cobertura en el mercado, mejoramiento de la rentabilidad, optimización de recursos y mejoramiento del clima laboral. La socialización y seguimiento a estos planes se ha logrado a través de reuniones generales y específicas por área, capacitaciones generales, auditorías internas, chequeos, conciliaciones, presentación de informes de resultados, indicadores de gestión, encuestas de satisfacción, análisis de datos y acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Evidencias

- Organigrama que define líneas de dirección.
- Actas de reunión con definición de compromisos.
- Actas de capacitación.
- Informes de auditoría.

Oportunidad De Mejora

A pesar de que se ha logrado el despliegue de las directrices organizacionales, estas no corresponden a una actividad secuencial, planificada y organizada por lo cual es conveniente:

- Estructurar un plan de comunicación que defina los lineamientos para garantizar un despliegue oportuno, eficiente y sistemático de las políticas organizacionales estructuras en los planes estratégicos, hacia todas las unidades operativas, administrativas y financieras, de cada una de las sedes alineadas a la organización. El plan debe incluir reuniones periódicas de retroalimentación, evaluación y planteamiento de nuevos proyectos y reuniones periódicas de cada líder con sus áreas o unidades a cargo en forma sistemática.

- Desarrollar estrategias de socialización y seguimiento del plan estratégico, a través de la definición y consolidación de planes estructurados de acuerdo a las responsabilidades de cada unidad funcional, en la cual se establezcan las metas, acciones, responsables, mecanismos, lugares y las fechas establecidas para valorar el cumplimiento y evaluación de la eficacia de acuerdo a los objetivos planteados, y que sirvan de referencia para conocer los resultados que determinan el grado de difusión y aplicación que se haya logrado.

ESTANDAR 6

Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.

Fortalezas

Como parte de las directrices organizacionales para la toma de decisiones, desarrollo de proyectos y evaluación integral del desarrollo de la empresa se han efectuado reuniones de Junta Directiva y Gerenciales, en las cuales el Área Financiera, socializa los Estados Financieros, Razones Financieras, Estado de Cartera Clientes y las Cuentas por Pagar Corrientes. Adicionalmente se analizan el nivel de productividad y facturación por empresa y tipo de servicio, costos de operación por cada uno de ellos, promedios de venta, análisis de posicionamiento frente a la competencia, ventajas y desventajas en precios y prestación de servicios.

Con base en esta información la Alta Gerencia determina la inversión de recursos en la adquisición de nuevos equipos, adecuaciones de estructura, definición de estrategias y planes de mercadeo, alternativas para la contención de costos, viabilidad financiera para adquisición de créditos y leasing, aperturas de nuevas sedes, proyecciones de venta y facturación de servicios, definición de alternativas para la corrección de falencias detectadas frente a la competencia respecto a la prestación del servicio, análisis socio-económico del entorno para identificar la conveniencia del mercado, ajustes para la optimización de procesos e información.

La organización ha sido generosa en la inversión de recursos en los proyectos relacionados con el mejoramiento de la calidad, seguridad en los servicios, capacitación y entrenamiento del personal, los cuales se han concebido como parte integral del costo del servicio, y beneficios que se ven reflejados en la fidelización de los usuarios, confiabilidad con las EPS, y disminución de los reprocesos que generan costos de no calidad.

Evidencias

- Actas de reunión, socialización y toma de decisiones junta directiva.
- Conclusiones y decisión de proyectos de inversión y mejoramiento de procesos para mejoramiento de servicios.

Oportunidades de Mejora

- Desarrollar un presupuesto de Ingresos, Costos y Gastos, teniendo en cuenta los históricos y comportamiento de la empresa, con el fin de hacer seguimiento y control de manera periódica (trimestralmente).
- Estructurar un proceso que defina los criterios que se deben considerar integralmente para el análisis de viabilidad financiera de las inversiones que requiere la organización, donde se determinen las bases y lineamientos para el desarrollo de los diferentes planes y proyectos a ejecutar, asegurando que haya un seguimiento a los compromisos y tareas establecidas en cada reunión de Junta de Socios y de Gerencia y permita balancear las decisiones en costo- beneficio para lograr aseguramiento de recursos. En este sentido es necesario precisar la generación de recursos derivados de la recuperación oportuna de cartera, ampliación de los mercados de acción, análisis de costos para generar mayor competitividad, reducción y control de las principales causas de desperdicio y la reevaluación de costos innecesarios, logrando de esta manera mayor fluidez de recursos para la financiación de nuevos proyectos.
- Consolidar un cronograma donde se establezcan reuniones periódicas para realizar una evaluación sistemática y organizada de la información para la toma de decisiones de inversión y estudios de viabilidad, los cuales se fundamenten en argumentos y estudios de conveniencia y análisis.

ESTANDAR 7

Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:

Fortalezas

Existe un sistema de gestión de calidad donde están definidos objetivos orientados a monitorear los criterios y variables claves en la calidad de la prestación del servicio que satisfacen las necesidades de los usuarios, entre los cuales se cuenta con: Indicadores de oportunidad en la programación y oportunidad en la atención de los diferentes servicios de imagenología, los cuales miden el número de días transcurridos desde la solicitud de la cita hasta su asignación y el tiempo transcurrido entre la cita asignada y la hora de

atención. Su verificación se realiza cada mes y cuando los resultados muestran desviaciones de la meta se toman las acciones pertinentes para su control.

De igual manera se realizan encuestas de satisfacción donde se evalúan las diferentes etapas de la prestación del servicio desde que el paciente llega hasta que es despachado con sus resultados, estas se realizan con un muestreo mensual y se consolida la información estadística cada cuatro meses para analizar las fortalezas o definir las acciones de mejora orientadas a corregir los aspectos que hayan generado inconformidad; en este mismo sentido se dispone de un buzón de sugerencias donde los usuarios pueden registrar su queja, reclamo o sugerencia frente al servicio recibido para luego ser analizada, tramitada y respondida. Con base en esta información también se realizan planes de mejoramiento que permiten corregir las causas detectadas para evitar que se vuelvan a presentar con otros usuarios. Se cuenta con los procedimientos de quejas y reclamos manifestadas personalmente o vía telefónica y procedimiento de quejas y reclamos por buzón de sugerencias. Los cuales orientan las actividades que se deben desarrollar para evaluar y gestionar la satisfacción integral de los usuarios. El análisis de la información se realiza con todas las áreas involucradas incluida la alta gerencia de tal manera que haya una visión integral de la información y las conclusiones o planes de mejora que se definan, sean pertinentes y coherentes para satisfacer las expectativas y necesidades de los usuarios.

Se hace monitorización de indicadores relacionados con la seguridad del paciente cuantificando los eventos adversos, fallas en manejo terapéutico por daño de placas o fallas en los reportes del diagnósticos, sobreexposición a radiaciones y otros relacionados con los criterios de calidad que evalúan el servicio.

Adicionalmente se realizan encuestas de satisfacción orientadas a las diferentes EPS, IPS, ESE y demás entidades con las que se tienen contratos, donde se puede visualizar el grado de conformidad en la calidad de la prestación del servicio ofertado por la organización, el cual determina el nivel de canalización de usuarios que realiza y la continuidad de los contratos. Tanto la información de los resultados de los indicadores, como los resultados de la satisfacción de los clientes hacen parte de la información que ingresa en el proceso de revisión por la dirección que hace parte de los requerimientos de la norma ISO 9001-2008 y de los cuales se concluye la conveniencia y la capacidad del sistema frente a los requerimientos del usuario y demás partes interesadas.

Evidencias

- Tabulación y análisis de indicadores.
- Acciones correctivas, preventivas y planes de mejora.
- Graficas con resultados de evaluación de satisfacción del usuario y EPS, con el análisis y planes de mejora correspondientes.
- Reportes de indicadores a las EPS y entes de control.

- Reportes de análisis de eventos adversos.

Oportunidades de Mejora

- Estructurar el proceso de cliente oculto, llevando estadísticas y evaluaciones periódicas que permitan analizar la oportunidad en la atención de los diferentes servicios.
- Realizar una campaña que incremente el uso del buzón de sugerencias por parte de los usuarios con el fin de evaluar con mayor amplitud su grado de aceptación con los servicios ofrecidos por la entidad.
- Identificar y diseñar nuevas estrategias que permitan realizar trazabilidad sobre el cumplimiento integral de todas las etapas de atención al usuario para identificar las brechas que impidan el cumplimiento de los objetivos.
- Establecer procesos de retroalimentación de los resultados de los indicadores hacia todos los niveles de la organización de tal manera que se conozca el desempeño de la organización y se planteen soluciones integrales en los casos que los datos no se ajusten a las metas.

ESTANDAR 8

Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, el cual está alineado con el direccionamiento estratégico de la organización.

Fortaleza

Están documentados manuales de procesos y procedimientos en la parte gerencial, operativa y de apoyo. Procesos gerenciales como gestión gerencial, gestión de calidad y auditorías internas; operativos como atención al usuario, imágenes diagnosticas (TAC, ecografía, Rayos X, mamografías, estudios especiales y biopsias); de apoyo como recurso humano, mantenimiento, compras y contabilidad, los cuales definen las actividades y responsabilidades que debe cumplir el personal en los diferentes cargos. Estas actividades están alineadas a cumplir con lo propósitos generales de la organización definidos en la plataforma estratégica, referentes a la calidad en la prestación del servicio y la optimización de procesos. Con base en esa información se enfoca los procesos de entrenamiento y desempeño que deben realizar las personas designadas para cada función, el cual es comunicado por otros funcionarios que han tenido responsabilidad en el proceso.

Evidencias

- Documentación de cada proceso.
- Evaluación de procesos de inducción y actas de entrenamiento.
- Evidencias de capacitaciones internas y externas.

Oportunidad de Mejora

- Se debe organizar las etapas necesarias que consoliden un proceso adecuado e integral para llevar a cabo una orientación optima del personal desde su contratación, lineamientos para la evaluación del periodo de prueba y seguimiento periódico en el desempeño donde se tome en consideración todas las actividades estratégicas establecidas por la organización en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos y metas respecto a la calidad en la prestación del servicio, optimización y aseguramiento de procesos y recursos.
- Definir las herramientas que dentro de los procesos de orientación permitan ubicar a los clientes internos en el contexto general de la empresa; plataforma estratégica, objeto social, servicios, normas, políticas y demás directrices que se consideren básicas para lograr una adherencia integral del personal, que no solo se enfoque en las actividades propias del proceso.
- Establecer la metodología para evaluar las actividades de orientación desarrolladas, donde se registre los criterios evaluados, los resultados obtenidos frente a estos y las oportunidades o debilidades que se deben reforzar.
- Generar indicadores que permitan evaluar la eficacia de todas las etapas de direccionamiento generadas al personal para determinar su competencia y habilidades en el desarrollo del cargo.
- Es necesario que existan medios y espacios de soporte, acompañamiento y capacitación al personal de la organización incluidos líderes y personal responsable de implementar las actividades contempladas en el plan estratégico, en el cual se les pueda orientar y asesorar sobre el cumplimiento y cumplimiento eficiente de las metas, el cual puede incluir referenciación de personal externo experto.

ESTANDAR 9

Existe un proceso por medio del cual el personal de la institución sustenta su gestión ante la junta directiva o comités especiales creados para tal fin.

Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.

- Elaboración de conceptos o documentos técnicos.
- Entrega de informes sobre solicitudes específicas.
- Los líderes están activamente involucrados en el seguimiento del desempeño

Fortalezas

Dentro de la organización se llevan a cabo reuniones mensuales del Área Financiera con la Junta Directiva, en las cuales se exponen la situación

financiera y contable de la empresa, el comportamiento de los ingresos, costos y gastos; además se hace un análisis de las operaciones crediticias que la organización tiene con las entidades financieras con el objeto de determinar la viabilidad de nuevas inversiones.

Los datos que permiten organizar la información que se socializa ante la junta directiva se obtiene de reportes generados por las diferentes unidades funcionales que incluye: reportes de facturación, inventarios, productividad por empresa y personal contratado, costos y gastos de la operación, comportamiento de la cartera.

También se lleva a cabo reuniones de fin de mes, en las cuales participan todos los colaboradores de la organización, donde se socializa el desempeño y actividades ejecutadas en el mes, donde se exponen las dificultades generadas en el desarrollo del proceso para plantear alternativas de solución o reforzar la aplicación de las actividades contempladas en los procesos y las responsabilidades asignadas a cada cargo.

Está implementado como herramienta de seguimiento, desempeño y control de los procesos, la entrega mensual de las tareas que debe cumplir cada área orientada en los resultados de las diferentes actividades de la prestación del servicio, directrices organizacionales y gestión de los procesos. Con base en las cuales se evalúa el cumplimiento de los indicadores propuestos, las funciones de cada cargo y el autocontrol realizado a las diferentes no conformidades presentadas, para generar acciones correctivas, preventivas o de mejora, permitiendo realizar los ajustes necesarios a cada proceso encaminados a fortalecer el desempeño.

EVIDENCIAS

- Actas de reunión de junta.
- Reporte de tareas mensuales por área.
- Informes y reportes de resultados.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Organizar un cronograma en el cual cada unidad funcional representada por sus líderes, presente un informe sobre el desempeño, desarrollo y mejoramiento de los procesos tanto a los órganos directivos como a las demás unidades funcionales, de tal manera que se garantice una retroalimentación integral que permita conocer los resultados obtenidos y reforzar los aspectos que estén interactuando, afecten a otros procesos y en general a toda la organización.
- Consolidar como resultado de la socialización; planes de mejoramiento encaminados a controlar todas las situaciones que impidan el normal funcionamiento de las actividades y fortalecimiento de los procesos. De igual manera, se requiere establecer un mecanismo que permita, sustentar y soportar la viabilidad y conveniencia de las decisiones que se tomen en

relación a los diferentes aspectos de la organización, basados en conceptos técnicos y económicos suficientes.

- Establecer metodología que permitan realizar el seguimiento de la integralidad y eficacia en la implementación de acciones proyectos y demás directrices organizacionales establecidas para la consecución de los diferentes objetivos, propósitos y toma de decisiones en consenso con los órganos directivos.

ESTANDAR 10

Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.

Fortalezas

Los miembros de la Junta Directiva están altamente comprometidos en procesos de formación continuada, tanto en aspectos administrativos como en aspectos técnicos y científicos propios del servicio, dependiendo del grado de afinidad y responsabilidad que tiene cada uno. En lo administrativo se ha participado en diferentes capacitaciones formales e informales, como la realización de especializaciones en alta gerencia, manejo efectivo de las faltas laborales, normatividad vigente aplicable al sector salud, procesos de mejoramiento de la calidad, metodologías para la motivación del cliente, mantenimiento del cliente y otros estudios que han permitido fortalecer las prácticas y lineamientos administrativos. Por la parte técnica científica se ha asistido a congresos nacionales e internacionales de radiología e imágenes diagnósticas en todos los campos, lo cual ha permitido mejorar y reforzar las prácticas y protocolos de atención, fortalecimiento y actualización de nuevas tecnologías en equipos biomédicos.

Existe participación de la Junta Directiva en los procesos de capacitación internos, los cuales se han estructurado con temas relacionados con el direccionamiento pertinente en el que se deben encaminar las instituciones de salud a nivel de la implementación de sistemas de garantía de calidad, procesos de facturación, contratación y calidad en la atención al usuario; Entre los que podemos citar, lineamientos orientados a mejorar la seguridad del paciente, prevención de eventos adversos y minimización de riesgos.

De igual manera los miembros de la Junta Directiva se retroalimentan de la información y responsabilidades financieras y tributarias relacionadas con el objeto social de la organización a través de las reuniones realizadas con el Departamento Contable, la cual sirve de referencia o base para la toma de decisiones.

Evidencias

- Certificado de capacitaciones externas.

- Actas de reunión con evidencia de asesoramiento.
- Informes y conceptos técnicos.
- Retroalimentación y despliegue de temáticas a nivel interno.

Oportunidad de Mejora

- Incluir dentro de los procesos de formación de la Junta Directiva, metodologías que permitan la consolidación y desarrollo de reuniones exitosas en las cuales se definan claramente los objetivos y haya una planificación de los temas a tratar para optimizar la consecución de resultados.
- Estructurar planes de capacitación orientados a la junta directiva, en los cuales se haga retroalimentación sobre las diferentes etapas de consolidación del proceso de acreditación, su responsabilidad, el direccionamiento de los diferentes procesos, la viabilidad en la implementación de los programas de seguridad del paciente, Tecnovigilancia, derechos y deberes, sistemas de de información, estrategias de mercadeo, BENCHMARKING y demás conceptos que son necesarios para lograr un enfoque integral donde se definan nuevas estrategias y conceptos para lograr fortalecimiento en la calidad de la atención de los usuarios, sus familias y la proyección de la organización.

12. ESTANDARES CLIENTE ASISTENCIAL.

12.1 DERECHOS Y DEBERES DEL PACIENTE DE LOS PACIENTES

ESTÁNDAR 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.

FORTALEZAS:

Se han realizado procesos de sensibilización con el personal sobre la importancia de cumplir los derechos y deberes en todo el proceso de atención y se han enfocado actividades desde los procedimientos de atención que permiten su cumplimiento. La dirección promueve su cumplimiento.

EVIDENCIAS:

- Actas de reuniones mensuales.
- Procesos y procedimientos del proceso de atención.
- Capacitaciones.
- Instructivos de privacidad del paciente y programación de servicios.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Establecer una política, objetivos y estrategias con los cuales la organización orientara desde el plan estratégico el cumplimiento de los derechos y deberes del usuario en todo el proceso de atención del usuario, el cual se despliegue a las unidades funcionales.
- Definir herramientas que permitan monitorear sistemáticamente el cumplimiento de las directrices e implementar acciones de mejora cuando se requiera

ESTÁNDAR 3

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.

FORTALEZAS

La organización ha realizado sensibilización por medio de capacitaciones donde se ha comunicado la existencia de los derechos y deberes, su

importancia para la atención a los usuarios de las cuales se ha realizado evaluación escrita y talleres.

EVIDENCIAS

- Actas de reuniones mensuales.
- Procesos y procedimientos del proceso de atención.
- Capacitaciones.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Elaborar estrategias para la divulgación de los derechos y deberes del usuario, que permitan que la organización capacite continuamente al cliente interno desde los procesos de inducción hasta la formación continua, garantizando su aplicación sistemática.
- Acondicionar los derechos y deberes del usuario acordes a los requerimientos y necesidades de la organización.
- Establecer metodologías de comunicación que garanticen la divulgación del conocimiento a las diferentes unidades funcionales.
- Programar evaluaciones periódicas y listas de chequeo para verificar su aplicación y entendimiento. De acuerdo a los resultados realizar las acciones de mejora pertinentes.

ESTÁNDAR 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.

FORTALEZAS

Se ha elaborado material didáctico, como cartelera informativa en la cual tiene la publicada la información de derechos y deberes, a disposición de los usuarios en la sala de espera.

EVIDENCIAS

Cartelera y publicación de derechos.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Diseñar las estrategias que le permitan a la organización medir el impacto y la eficacia de la divulgación de los derechos y deberes hacia los usuarios tales como videos, entrega de volantes, comunicación personalizada por el personal que lo atiende.
- Desarrollar mecanismos de verificación para validar el conocimiento y comprensión de los derechos y deberes de los usuarios a través de encuestas, entrevistas, llamadas telefónicas etc.

- Evaluar si los mecanismos implementados por la organización logran evidenciar que los usuarios conocen sus derechos y deberes durante y después de la prestación del servicio.

ESTÁNDAR 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.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Incluir en las estrategias de difusión de los derechos y deberes del usuario acciones de comunicación dirigidas a los acompañantes, donde se tenga en cuenta a los pacientes con limitaciones físicas y/o mentales en todo el proceso de atención que contemple métodos de evaluación y verificación para validar su eficacia.
- Establecer que el personal de asistencial informe en cada etapa de atención, los derechos a los familiares de los pacientes que acompañan a pacientes que no puedan comprender el contenido por si solos.

ESTÁNDAR 6

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.

FORTALEZAS

Se cuenta con un procedimiento de atención a los usuarios en el cual se tienen definidos algunos lineamientos para la atención a usuarios que no tienen acceso al servicio por su afiliación al S.S.S.S, específicamente se cuenta con manual de tarifas especiales con descuentos que facilitan su cobertura.

EVIDENCIAS

- Manual de tarifas especiales.
- Lineamientos para tramitar solicitud de usuarios.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Actualizar y complementar los mecanismos de atención a usuarios que por razones implícitas al sistema de afiliación al sistema de seguridad social en

salud no puedan acceder a algunos servicios incluida la información de acceso a servicios por medio del ente territorial, garantizando su conocimiento y aplicación sistemática por el personal de las diferentes unidades funcionales que tengan relación con esta actividad; evaluando su eficacia a través de los mecanismos regulares de verificación de los procesos.

ESTÁNDAR 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.

FORTALEZAS

Dentro de los procesos que definen la atención y prestación de servicio a los usuarios desde la recepción, toma de exámenes y entrega de los resultados, no se establece ningún tipo de discriminación relacionada con la condición médica, sexo, edad, ideología porque su enfoque es integral y equitativo.

EVIDENCIAS

- Documentación del proceso asistencial.
- Programación de agendas y servicios.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

- Incluir dentro del código de ética, lineamientos orientados a garantizar que el proceso de atención se realice enmarcado en el respeto a las diferencias; reforzando con actividades de sensibilización con las áreas involucradas incluyendo actividades de monitorización a través de observación directa y evaluación continua de los procesos.

13. PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE

ESTÁNDAR 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.

FORTALEZAS

La organización dispone de un equipo de profesionales Radiólogos, Ginecólogos y Tecnólogos con amplias opciones en disponibilidad de horarios durante las jornadas de atención para los diferentes servicios, lo cual permite que los pacientes puedan elegir con quien prefieren la atención.

EVIDENCIAS

- Programación de agendas con diferentes profesionales.
- Contratos del personal, horarios de atención.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Actualizar los procesos de asignación de citas, incluyendo como parte de las actividades de accesibilidad para los usuarios la información sobre la posibilidad que tiene de elegir al profesional que desea le practique el examen.
- Capacitar al personal de atención al usuario y en general a todo el personal de la organización sobre este requisito de accesibilidad para garantizar su divulgación y aplicación sistemática.
- Evaluar con los usuarios a través de encuestas de satisfacción y otros mecanismos implementados, si esta actividad se está cumpliendo por el personal de citas.

ESTÁNDAR 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.

FORTALEZAS

- Se cuenta con un sistema de programación de citas (agenda sistematizada) para cada uno de los servicios, en el cual se asigna un tiempo determinado por cada procedimiento. Se tienen definidos unos tiempos determinados para los diferentes estudios, su complejidad y de acuerdo al criterio de los

profesionales, estos son determinados teniendo en cuenta que permitan una atención segura y de calidad.

EVIDENCIAS

- Instructivo de tiempos de asignación de citas por cada servicio.
- Tiempos definidos en capacidad instalada.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Estandarizar los tiempos requeridos para la asignación de las citas, en consenso con todos los profesionales, de tal manera que se garantice la uniformidad de criterios de programación en tiempo de los diferentes estudios según su nivel de complejidad.
- Implementar criterios de supervisión en el cual se pueda verificar que la programación de agendas se está haciendo acorde a los tiempos definidos, haya uniformidad con todos los especialistas y se cumplen los tiempos programados para cada paciente.

ESTÁNDAR 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.

FORTALEZAS

- Están definidos los tiempos promedio de atención para cada servicio tanto en la atención como la programación de citas. Como resultado de estos análisis se han realizado planes de mejora que le garantiza a la organización mejores resultados y calidad de los servicios en el que se ha incluido el ajuste de capacidad instalada en equipos y profesionales para dar cobertura a las contrataciones.
- Se cuenta con sistemas de información que permiten generar los indicadores de oportunidad de los diferentes servicios mensualmente.
- La organización hace seguimientos de los datos que aportan los indicadores para continuar mejorando.

EVIDENCIAS

- Instructivo de tiempos de asignación de citas por cada servicio.
- Planes de mejoramiento.
- Reportes de actualización de documentos.
- Registros de reporte de indicadores de oportunidad mensuales.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Publicar y socializar con todo el personal de las unidad asistencial y demás relacionadas con el procesos, los resultados de los indicadores de oportunidad que se obtienen cada mes, de tal manera que pueda monitorear el grado de cumplimiento no solo respecto a las metas definidas si no en comparativo con los datos de meses anteriores.
- Documentar las conclusiones mensuales y socializar las acciones de mejora que se establezcan para corregir o prevenir que se incumplan las metas de tal manera que su aplicación se efectiva. Evaluar las acciones que se hayan establecido en análisis previos para validar si fueron eficaces y lograron controlar las situaciones que representaron problema para estandarizar su aplicación.
- Es necesario cuantificar los tiempos de espera en el proceso de facturación desde que el paciente llega hasta que se remite a los diferentes servicios.

ESTÁNDAR 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.

FORTALEZAS

Por medio de los registro de no conformidades, quejas y reclamos se ha podido detectar y analizar algunas de las causas que generan inatención de los usuarios las cuales han sido gestionadas definiendo las acciones correctivas para evitar que se vuelvan a presentar y que han estado encaminadas al fortalecimiento de procesos, metodologías de citación de pacientes, preparaciones, presentación de estudios previos, cambio de autorizaciones.

EVIDENCIAS

- Acciones correctivas, preventivas, no conformidades, quejas y reclamos, acciones de mejora.
- Respuesta de quejas.
- Circulares internas.
- Actualización de documentos.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Definir los lineamientos que permiten canalizar por cada día y en los diferentes servicios, las causas de inatención de los usuarios. Elaborar registro para facilitar el reporte de datos y la tabulación de la estadística que

permita identificar la repetitividad de las diferentes causas que se hayan identificado u otras que se puedan detectar. Incluir como parte de las tareas mensuales que debe reportar cada área.

- Analizar los resultados de la información reportada para identificar las causas por las cuales se genera la inatención que pueden derivarse de error en los procesos o en la información y de esta manera establecer los planes de mejora pertinentes para evitar que ocurran.

ESTÁNDAR 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.

FORTALEZAS

Por medio de las actividades de seguimiento que se realizan con regularidad a las diferentes entidades contratantes, reportes de quejas y reclamos y encuestas de satisfacción, se ha podido detectar diferentes situaciones que han impedido el fácil acceso de los usuarios a los servicios de la organización, pudiendo detectar entre otras causas, dificultades con la contestación de los teléfonos, trámite en el cambio de autorizaciones, falta en disponibilidad de agendas de los especialistas y errores en la información, permitiendo de esta manera que la organización desarrolle alternativas para contrarrestar estas limitaciones que afectan no solo al usuarios si no a la organización.

EVIDENCIAS

- Encuestas de satisfacción.
- Acciones correctivas, preventivas, no conformidades, quejas y reclamos.
- Reportes de visitas externas.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Consolidar estrategias viables y de mayor precisión para mejorar el proceso de contestación del teléfono de asignación de citas enfocadas básicamente a mejorar la habilidad para el manejo del conmutador, dotación de diademas para facilitar el procesos de comunicación, capacitación personalizada por el proveedor del servicio.
- Mejorar la promoción y utilización de la página web de la institución como mecanismo para acceder con mayor facilidad a la programación de citas.
- Estudiar la posibilidad de contratación de Call center para monitorear con mayor acertividad el proceso de asignación en que lleva a cabo la asignación de citas.
- Ampliar la cobertura de agendas para el servicio de ecografías, de tal manera que haya mayor disposición de cupos para los usuarios.
- Consolidar la información que aportan las entidades y estudiarlas con el equipo de trabajo para definir las acciones de mejora.

ESTÁNDAR 13

La organización tiene definidas unas guías o instructivos, con criterios explícitos, y cuando el examen o procedimiento así lo requiera, donde se establecen una serie de necesidades de preparación previa del paciente para la realización del examen.

FORTALEZAS

Existe un manual de preparaciones, el cual está apoyado por unos protocolos previamente revisados y aprobados por la dirección científica de la organización y que sirve de guía en el momento de asignar las citas a usuarios que requieren los diferentes exámenes para los cuales hay necesidad de seguir una preparación específica y que ha facilitado que los estudios se tomen con las condiciones apropiadas para garantizar un reporte confiable.

EVIDENCIAS

- Manual de preparaciones.
- Actas comité técnico científico.
- Registro de modificación de documentos.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Implementar métodos de control y seguimiento a dichos manuales y protocolos para verificar que el personal lo conozca integralmente, lo aplique en forma sistemática y lo trasmita a los usuarios con la precisión adecuada.
- Indagar con los usuarios la facilidad de comprensión en la información que se le brinda. Implementar indicador que permita evaluar el porcentaje de incumplimiento que presenten los usuarios sobre las indicaciones e identificar las causas para determinar acciones de control que eviten la reincidencia. Mantener volantes disponibles con la información y las observaciones que se requieran realizar.

ESTÁNDAR 14

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.

FORTALEZAS

La oficina de atención al usuario conoce por datos informales, las entidades a las cuales puede acudir un usuario cuando su respectiva EPS no cubre el servicio solicitado, es el caso de la orientación que se le da para que tramiten

su requerimiento por medio del Instituto Departamental de salud, cuando sean subsidiados o por medio de Comité técnico científico cuando sean contributivos.

Adicionalmente, se cuenta con un manual de tarifas que define descuentos especiales, el cual se toma de referencia para dar la opción a los usuarios de que puedan acceder como particulares al servicio solicitado.

EVIDENCIAS

- Manual de tarifas especiales.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Complementar el instructivo de atención al usuario, especificando los lineamientos para orientar al paciente en los casos de servicios no cubiertos especificando las indicaciones cuando sean subsidiados o contributivos.

ESTÁNDAR 15

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).

FORTALEZAS

Se dispone de un instructivo y proceso para atención al usuario y asignación de citas en el cual se registran los métodos, procedimientos y directrices necesarias para legalizar el acceso de los usuarios a los diferentes servicios, adicionalmente se cuenta con un ficha técnica de información de contratos en la cual se definen los requisitos que de acuerdo a la entidad se deben acreditar. Como sistema de información se cuenta con el software Salud IPS, donde se registra la información de las diferentes citas asignadas al paciente. Las citas se asignan vía telefónica y existe personal entrenado para este fin.

Para la verificación de derechos de usuarios se dispone de acceso a la página de Base de datos única de afiliados del FOSYGA en la cual se comprueba la entidad a la cual pertenece el usuario, además que todos los servicios son legalizados por medio de autorización lo cual indica que la entidad previamente a verificado su permanencia y derechos sobre os servicios.

EVIDENCIAS

- Instructivo de asignación de citas.
- Ficha técnica de contratos.
- Autorización de servicios.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Organizar y redistribuir las funciones del personal encargado de la asignación de citas, para que esté brinde una atención personalizada a cada usuario.
- Dinamizar el proceso de asignación de citas por medio de la página web de la organización.

ESTÁNDAR 16

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.

FORTALEZAS

Se cuenta con un sistema de información en el cual se brinda al usuario la disponibilidad de servicios de acuerdo a un portafolio. La organización cuenta agendas en las cuales se especifica los horarios de atención, el profesional que va a realizar el estudio y en el evento en que se presente un inconveniente con la atención se aplica el plan de contingencia para contactar otro profesional y tecnólogo o reprogramar las citas. Para la ubicación geográfica del lugar donde se presta el servicio se cuentan con volantes (chapolas) con la dirección de la sede principal y dirección de las entidades y EPS de la cual vienen remitidas.

EVIDENCIAS

- Sistema de información.
- Listado de servicios.
- Circulares internas.
- Plan de contingencia.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Es necesario establecer mecanismos de evaluación a los funcionarios de atención al usuario en el que se pueda verificar la competencia en el conocimiento e información sobre los diferentes criterios que se deben informar a los usuarios al momento de asignarle la cita y la actualización continua de los documentos que refieren información sobre los datos de las entidades contratantes y los contactos.

- Evaluar por medio de los usuarios si esta información se está transmitiendo en forma clara y completa.
- Implementar un mecanismo oportuno y eficiente para la notificación de novedades en la programación de agendas para evitar incomodidades a los usuarios.

ESTÁNDAR 17

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.

FORTALEZAS

La empresa cuenta con un manual de admisiones donde se describe el proceso de asignación de citas, en el cual se encuentra especificado que al paciente se le debe entregar información completa respecto a la fecha, hora, preparaciones, tipo de examen que se va a realizar.

La información es almacenada en el modulo de citas del SALUD IPS. Cuando la cita es asignada personalmente, esta información es registrada al reverso de la autorización que la EPS ha generado para que se tome el respectivo estudio. En el caso de programación de citas de exámenes complejas, las citas se asignan personalmente con el propósito de garantizar que el usuario conozca y comprenda las pautas necesarias para la realización de su estudio.

EVIDENCIAS

- Procedimiento de asignación de citas, validación y canalización de servicios.
- Sistemas de información.
- Volantes de preparación.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Registrar en el documento donde se anota los datos de la cita, el nombre del profesional que lo va a atender para completar la información y estar pendiente que en el caso de algún cambio en este sentido, se debe informar previamente al usuario. Cuando la cita sea telefónica comunicar al usuario verbalmente y pedirle que tome nota de la información.
- Implementar un mecanismo por el cual se pueda remitir a cada usuario, la información sobre su cita y el día anterior se pueda establecer un recordatorio para garantizar su asistencia.

ESTÁNDAR 18

Referente a las guías o instructivos para la asignación de citas, se debe garantizar que:

- Estas guías o instructivos se usan en el sitio que asigna las citas, desde el momento mismo en que el paciente solicite la autorización para la realización de un examen.
- La organización garantiza que estos protocolos son revisados periódicamente y cada actualización es enviada al sitio donde se asigna la cita.
- Se garantiza que se deja constancia (física o dentro del sistema de información) sobre las recomendaciones dadas a paciente para su preparación.

FORTALEZAS

Se cuenta con un Manual de preparaciones y recomendaciones discriminadas para los diferentes tipos de examen, el cual permanece en el área de atención al usuario; adicionalmente se dispone de volantes informativos que se entregan a los pacientes para que tenga en cuenta al momento de preparar y asistir a la cita.

En caso de ser necesario modificar, actualizar o mejorar se realiza la discusión con el comité médico, técnico científico para ser posteriormente enviado al área de asignación de citas. Para las citas asignadas de manera personal, la organización deja constancia sobre las recomendaciones dadas a pacientes para su preparación con un sello ubicado al reverso de un documento que conforma el paquete clínico.

EVIDENCIAS

- Manual de preparaciones.
- Actas comité técnico científico.
- Registro de modificación de documentos.
- Volantes de preparación.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Definir un cronograma en el cual se defina una frecuencia determinada para la revisión y evaluación de la aplicación de los lineamientos del Manual de preparaciones, las dificultades y los principales inconvenientes en el cumplimiento por parte de los usuarios y la atención de los pacientes, de tal manera que se realicen las mejoras y ajustes pertinentes. Buscar una metodología por la cual se pueda enviar al correo electrónico las indicaciones de los usuarios que hayan solicitado el examen vía telefónica para mejorar su cumplimiento.

- Registrar en el documento donde se anota los datos de la cita, la entrega de la preparación y en la agenda del sistema cuando haya sido telefónica. Enviar a los sitios de autorizaciones de las diferentes EPS contratantes copia de volantes o manual de referencia con las indicaciones y recomendaciones de los estudios que se realicen para que sean entregados directamente al paciente al momento de recibir la autorización, brindar información al personal para resolver dudas o inquietudes sobre su aplicación. Garantizar que todas las actualizaciones sean entregadas y modificados en cada entidad cuando hayan variaciones para garantizar continuidad en las remisiones.

ESTÁNDAR 19

Los tiempos definidos serán utilizados dentro del proceso de asignación de citas para el manejo de solicitud de citas, y programación, que hagan los pacientes.

FORTALEZAS

La organización ha estipulado determinados tiempos para la realización de estudios convencionales, tomografía, mamografías y estudios complejos como ecografías Doppler, biopsias y estudios especiales, considerando el espacio requerido para garantizar calidad y seguridad de los servicios prestados.

EVIDENCIAS

- Instructivo de asignación de citas por cada servicio.
- Agenda de citas.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Estandarizar los tiempos de programación para todos los profesionales de tal manera que haya uniformidad en los criterios.
- Evaluar los tiempos de realización considerando el enfoque de aplicación del los protocolos de seguridad del paciente.

ESTÁNDAR 20

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.

FORTALEZAS

- El sistema de información con el que cuenta la organización ha permitido llevar un control de orden, la hora y el profesional asignado para la atención de los pacientes a través de una agenda la cual se imprime y se entrega al responsable de cada servicio desde el día anterior, esto permite que el personal involucrado conozca de antemano la manera y el orden como va a atender a los usuarios.

EVIDENCIAS

- Agenda de citas.
- Procedimientos de los diferentes servicios.
- Instructivo de liquidación de copagos.

OPORTUNIDAD DE MEJORA

- Establecer que en momento en que se asigna la cita al paciente, se le informa sobre el valor que debe cancelar como copago del servicio o cuota moderadora según la entidad de la cual es remitido de tal manera que venga preparado con los requisitos y no se retrase el proceso de atención.

14. PRIORIZAR LOS ASPECTOS CRÍTICOS Y BRECHAS IDENTIFICADAS EN EL DIAGNOSTICO PARA ESTABLECER PLANES DE MEJORAMIENTO QUE COMO METODOLOGÍA GERENCIAL, PERMITAN CONSOLIDAR EL COMPROMISO DE MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN EXCELENTE DE SERVICIOS DE SALUD, ASEGURAMIENTO DE LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS Y POTENCIALIZACIÓN DE LOS RIESGOS

Después de haber identificado las oportunidades de mejoramiento que se deben trabajar tanto en los procesos de Direccionamiento como en los asistenciales, es necesario que se priorice su gestión e implementación para llevar a cabo la formulación de los planes de mejoramiento.

Para llevar a cabo este ejercicio se tomaron de referencia 2 criterios:

En primera instancia, el establecido en la Guía de preparación para la acreditación en salud del Ministerio de la protección social, en la cual se establece los siguientes lineamientos para “La tarea de identificar o dar prioridad a los procesos” donde define que para “Desarrollar el monitoreo y mejoramiento implica tener claro que es posible monitorear y mejorar solo unos cuantos procesos al mismo tiempo y que el equipo debe poner los procesos que quiere mejorar en orden de prioridad para llegar a un acuerdo en cuanto a lo que necesita mejorar y a la forma cómo va a invertir sus recursos” y en el cual se establecen algunas preguntas que se pueden considerar antes de tomar la decisión como:

- ¿Existen algunos procesos que presentan un alto riesgo para los pacientes u otros clientes?.
- ¿Qué procesos se realizan con mayor frecuencia o un alto volumen?
- ¿Qué procesos no están funcionando bien o son propensos a generar problemas.

En segundo instancia, lo establecido en la “Guía metodológica para la implantación del programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud”. En la cual se define como mecanismo de priorización “Que se deben evaluar opciones basándose en una determinada serie de criterios explícitos denominados factores críticos de éxito de la institución, aspectos que si todos los miembros de la institución contribuyen a cumplir permitirán el logro de los objetivos y metas institucionales,” y que establece además que se deben “identificar los procesos que mejorando a corto plazo tiene mayor impacto en:

- El mejoramiento institucional.
- Los resultados de la atención a los pacientes.
- El desempeño y eficiencia de la organización.
- La posibilidad de que se pueda generar un riesgo.
- La generación de sobrecostos.

Guía metodológica para la implantación del programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud”. Página 3.

Los factores de éxito que acuerdo al consenso a los equipos de autoevaluación de determinaron para la el Instituto Radiológico del Sur son:

- Calidad de la atención al usuario.
- Sostenibilidad Financiera.
- Satisfacción del cliente externo.
- Satisfacción del cliente interno.

14.1 ANALISIS DE RIESGOS

La evaluación del riesgo como criterios de priorización, se abordo teniendo como referencia los parámetros establecidos en la NTC 5254, en la cual se establece que “El nivel de riesgo se determina combinando la consecuencia y la posibilidad” donde además “Permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los riesgos y la importancia de sus consecuencias, pag 48.

La calificación y la selección de los riesgos, se puede lograr, aplicando la siguiente matriz de evaluación y respuesta a los riesgos citada a continuación.

Tabla 4. Análisis de Riesgos

Frecuencia	Valor			
Alta	3	15 Zona de riesgo moderado Prevenir el riesgo	30 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la entidad Compartir	60 Zona de riesgo inaceptable Evitar el riesgo Prevenir el riesgo Proteger la entidad Compartir
Media	2	10 Zona de riesgo tolerable Aceptar el riesgo Prevenir el riesgo	20 Zona de riesgo moderado Prevenir el riesgo Proteger la entidad Compartir	40 Zona de riesgo importante Prevenir el riesgo Proteger la entidad Compartir
Baja	1	5 Zona de riesgo aceptable Aceptar el riesgo	10 Zona de riesgo tolerable Proteger la entidad Compartir	20 Zona de riesgo moderado Proteger la entidad Compartir
	Gravedad	Leve	Moderada	Catastrófica
	Valor	5	10	20

Fuente: Gabriel Jácome NORMA TECNICA COLOMBIANA DE GESTION DEL RIESGO NTC 5254. Matriz de Evaluación y Respuesta a los Riesgos.

14.2 EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE RIESGO

Siguiendo los lineamientos de la NTC 5254 /2006 en la cual se define: “El propósito de la EVALUACIÓN DEL RIESGO es tomar decisiones, basadas en los resultados del análisis del riesgo, sobre los riesgos que necesitan tratamiento”, la “comparación del nivel de riesgo hallado durante el proceso de análisis con los criterios de riesgo establecidos al considerar el contexto” y que se debe “ tener en cuenta los objetivos de la organización y oportunidad que podría resultar” Y que “El TRATAMIENTO DE RIESGO implica la identificación de opciones para tratarlos, la valoración, la preparación e implementación de los planes de tratamiento”.

Se desarrollaron 2 matriz de priorización; una para los estándares de Direccionamiento y otra para los de Cliente Asistencial, donde en cada una, se evaluó el enfoque de los estándares respecto al riesgo que puede representar el hecho de no contar con los herramientas y lineamientos para cumplirlo, la frecuencia de situaciones y la cantidad de procesos que se han visto afectados o donde se han generado dificultades relacionadas con su ausencia y aquellos que tienen gran incidencia en el cumplimiento de los objetivos de ofrecer servicios de excelente calidad con enfocado en la minimización de riesgos potenciales a los usuarios y la organización. De igual

manera en esta matriz se analizo el nivel de impacto que cada estándar tiene sobre los criterios claves de éxito que son considerados importantes para la organización, determinando como su ausencia afecta o incide en que estos no se puedan cumplir.

De acuerdo a la clasificación de cada estándar según riesgo y posibilidad y la calificación de 5, 3 y 1 en el grado de impacto sobre el cumplimiento de los factores claves de éxito, a nivel de estándares de Direccionamiento se priorizo los estándares 1, 2, 4, 5, 6 Y 8 y en Cliente Asistencial se priorizaron estándares 1, 2, 3, 4, 11, 12, 13 y 18.

Tabla 5. Cliente Asistencial

CLIENTE ASISTENCIAL.		
ESTANDAR	RIESGO	CONSECUENCIAS
1-4	Incumplimiento y falta de garantía de los derechos y deberes del usuario en las etapas del proceso asistencial.	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción del usuario. • Procesos sin los lineamientos requeridos para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios. • Incompetencia del personal para enfocar un servicio integral al paciente respetando sus exigencias. • Desconocimiento de los usuarios. • Quejas y reclamos. • Pérdida de credibilidad en el servicio. • Demandas y tutelas. • Sanciones por incumplimiento de normatividad.
11	Falta de seguimiento y desconocimiento de las causas de inatención en la prestación del servicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de usuarios. • Incumplimiento de contrato. • Información insuficiente para evaluar el desempeño de los procesos de atención al usuario. • Falta de capacitación y habilidad del personal. • Incapacidad de la organización para cumplir con las demanda de servicios. • Falta de capacidad de los procesos asistenciales para garantizar una atención integral a los usuarios.

12	Fallas en la accesibilidad de los usuarios al servicio.	<ul style="list-style-type: none"> • Fallas en la optimización del uso de medios tecnológicos. • Desvió de usuarios a otras IPS. • Disminución de ingresos por decremento de la facturación. • Inoportunidad en la atención de citas causando inconformidad del usuario. • Agendas de citas sin los cupos requeridos. • Personal si las habilidades necesarias para atender las necesidades de los usuarios. Incumplimiento de contrato. • Falta de cobertura en el servicio de ecografías perdiendo ingresos.
13	Inatención de usuarios por fallas en el cumplimiento de recomendaciones y preparaciones necesarias por falta de claridad y comprensión de la información.	<ul style="list-style-type: none"> • Inoportunidad en la realización de procedimientos. • Retraso en la continuidad del manejo y tratamiento de los usuarios. • Reprogramación de pacientes. • Quejas, reclamos e inconformidad de los usuarios. • Perdida de recursos por cambio de autorizaciones. • Información incompleta y obsoleta que impide una atención eficiente a los usuarios. • Reprocesos y pérdida de credibilidad en el servicio. • Recomendaciones obsoletas sin las especificaciones necesarias. • Confusión y falta de

		comprensión por los usuarios, de la información que se entrega para seguir las preparaciones.
18	Errores en la preparación de usuarios por falta de actualización de protocolos, información obsoleta y falta de registros.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de documentos que permitan asegurar el cumplimiento integral de las recomendaciones. • Reprogramación de usuarios que incumplen la preparación por no recibir las actualizadas. • Falta de evidencias que permitan exigir al usuario el cumplimiento de las recomendaciones. • Inoportunidad en la realización de procedimientos. • Retraso en la continuidad del manejo y tratamiento de los usuarios. • Quejas, reclamos e inconformidad de los usuarios. • Reclamaciones de contratos. • Errores en la retroalimentación de cambios sobre preparaciones y recomendaciones. • Retrasos en la atención por reprocesos administrativos.

Fuente: Esta investigación.

Tabla 6. Direccionamiento

DIRECCIONAMIENTO		
ESTANDAR	RIESGO	CONSECUENCIAS
1	Ausencia de compromiso y participación de los órganos directivos en el proceso de direccionamiento estratégico.	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de orientación de metas y objetivos claros en los cuales converjan las acciones que realiza la

		<p>organización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de direccionamiento reactivos del día a día que no son previsivos. • Ausencia de apoyo en recursos y espacios de trabajo para la concertación. • Falta de proyección de la empresa para generar competitividad en el mercado, crecimiento de la rentabilidad, potencialización de fortalezas y manejo de las debilidades. • Carencia de evaluación de resultados y elementos de monitorización que permitan controlar el desempeño de la organización. • Ausencia en la planificación de decisiones y proyectos de mejora. • Debilidad para eliminar los problemas. • Debilidades en el despliegue de la información y comunicación hacia todas las unidades funcionales. • Ausencia de estrategias claras y eficientes para encaminar la organización en cumplimiento de objetivos. • Realización de actividades aisladas que impiden la integración de todas las unidades funcionales.
2	Desconocimiento, falta de análisis e intervención de los aspectos concernientes a la realidad del entorno en el que se desempeña la organización, la información	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de coherencia entre las actividades desarrolladas y la realidad en la que se desempeña la organización.

	<p>directa de las necesidades requeridas por los usuarios, su familia y necesidades y expectativas de los clientes internos.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Falta de competitividad por desconocer y no actuar frente a las acciones que hace las demás entidades que prestan el mismo servicio.• Errores en la proyección de estrategias suficientes y eficientes para intervenir con precisión el cumplimiento de las necesidades y expectativas detectadas de las partes interesadas.• Inversión de recursos en actividades innecesarias.• Intervención insuficiente de mercados.• Pérdida de fidelización de usuarios y contratos.• Ausencia de herramientas que permitan mejorar la fidelización de los usuarios y entidades contratantes.• Falta de proyección y planificación de factores diferenciadores.
--	--	---

4	<p>Carencia de un plan estratégico donde se estructuren los objetivos, estrategias, recursos, presupuestos, responsables, seguimiento y control, que desde el punto de vista financiero, de calidad, crecimiento, responsabilidad Social le permitan a la organización encaminar sus esfuerzos hacia la consecución de metas con resultados que favorezcan su fortalecimiento y crecimiento en beneficio de todas las partes interesadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Improvisación en el desarrollo de las actividades y estrategias de acción y operación de la institución. • Unidades funcionales sin un objetivo y meta hacia donde deben fundamentar sus esfuerzos. • Falta de coordinación y trabajo en equipo de las unidades funcionales afectando la comunicación. • Decisiones sin fundamentos y propósitos claros. • Desorganización en la distribución de recursos e inversiones. • Inoportunidad en la intervención de las debilidades que afectan la prestación del servicio. • Errores en la comunicación y retroalimentación de los resultados que se buscan obtener para lograr una buena prestación del servicio. • Falta de evaluación en el desempeño y aportes que las diferentes áreas deben generar para lograr que las metas de la organización se realicen sistemáticamente y se puedan cumplir con buen término. • Falencias en el desarrollo oportuno de planes de mejoramiento para corregir las debilidades que impiden el cumplimiento de las necesidades y expectativas de las partes interesadas. • Debilidades en el
---	---	---

		<p>posicionamiento, credibilidad y aceptación de servicios.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausencia de responsabilidad y cumplimiento de tiempos y compromisos en el desarrollo de tareas generando reprocesos.
--	--	--

5	Falta de participación y empoderamiento de los líderes de las diferentes sedes y unidades funcionales en la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso y debilidad en el cumplimiento de las metas y proyectos. • Desinformación y falta de alineación de todos los procesos hacia la unificación de los objetivos organizacionales. • Ausencia de acciones de motivación y monitorización continúa para evaluar el desempeño y resultados. • Carencia de compromisos y actitudes negativas. • Falta de retroalimentación y despliegue de la información para garantizar su cumplimiento continuo. • Errores en el empoderamiento para permitir el desarrollo del liderazgo. • Individualismo y acciones aisladas que impiden uniformidad en los propósitos generales.
6	Debilidad en la distribución y disponibilidad de recursos para soportar las necesidades del servicio, nuevos programas y proyectos de la organización.	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de criterios para analizar y evaluar la viabilidad financiera en la aplicación de nuevos proyectos. • Falta de planificación de ingresos costos y gastos que tengan en cuenta los históricos lo cual puede generar incumplimiento o sobrecostos por el desfase en los recursos que se invierten. • Errores en la organización y previsión oportuna y eficiente de recursos para cubrir necesidades, sin tener en cuenta criterios de priorización de acuerdo a la urgencia y mayor relevancia. • Decisiones de inversión improvisadas sin una evaluación concienzuda que permita determinar su viabilidad y conveniencia. • Desvío de recursos, sacrificando la falta de cobertura y disponibilidad de elementos

		fundamentales para garantizar un excelente prestación de servicios.
8	Falencias en los parámetros de orientación al personal de acuerdo a los lineamientos establecidos en el direccionamiento estratégico.	<ul style="list-style-type: none"> • Fallas en la continuidad del cumplimiento de los objetivos y directrices organizacionales enfocadas a la prestación del servicio. • Errores y desfases en la aplicación de procesos. • Falta de habilidad y competencia para el cumplimiento de las funciones encomendadas generando reprocesos y sobrecostos. • Mala imagen de la organización. • Quejas y reclamos de los usuarios.

Fuente: Esta investigación.

El proceso de identificación y caracterización de consecuencias de los riesgos que se pueden derivar de la ausencia de estándares que se priorizaron se realizó con participación de la alta dirección y los líderes de las diferentes áreas involucradas, de esta misma manera se realizó el enfoque de las propuestas y estrategias de mejora con los cuales se busca mejorar el cumplimiento y realización para minimizar su impacto.

Los planes de mejora tanto para estándares de Direccionamiento como Cliente asistencial, se establecen en el formato 5W-1h que corresponde al anexo 2 en el cual se registran con claridad el "QUE" donde se indica la acción de mejora a realizar, "QUIEN" Donde se describe la responsabilidad del cargo que tiene la responsabilidad de aplicarlas, el "COMO" Forma como se va a mejorar, método de implementación. "CUANDO" donde se indica la fecha límite de cumplimiento de actividad, "DONDE" que indica la extensión de las medidas implementadas y CHECK LIST en el cual se deja evidencia del seguimiento de que se cumplió la actividad.

15. DETERMINAR LOS BENEFICIOS ECONÓMICOS DERIVADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ÚNICO DE ACREDITACIÓN

Considerando los ejes fundamentales de la acreditación: Seguridad del paciente, humanización de la atención, gestión de la tecnología, y enfoque de riesgo los beneficios económicos que se pueden derivar de cada uno están representados con los siguientes fundamentos.

- Minimización de los riesgos de demandas, tutelas y procesos jurídicos que se deriven de una mala atención que haya causado daño o lesiones a los pacientes.

- Asegura que la alta confiabilidad de los servicios se mantenga y se promueva con los usuarios, generando fidelidad en el uso de los servicios y mejora su satisfacción. .
- Evita reprocesos por repeticiones derivadas de actos inseguros que impliquen inversión de recursos adicionales.
- Minimiza las quejas de mala atención y errores médicos que generan la pérdida de confianza de los usuarios y al contrario genera mayor referenciación, promoviendo así el posicionamiento de los servicios.
- Optimización y control de recursos utilizados en la prestación del servicio.
- Favorece el desempeño laboral de los colaboradores asistenciales y operativos hacia el cumplimiento de metas y evaluación de resultados, lo cual permite asegurar el cumplimiento de objetivos y la toma de decisiones oportunas para mejorar la estabilidad financiera de la organización.
- Permite mejorar las estrategias de negociación con las entidades contratantes basada en la calidad de los servicios y no en el juego de tarifas de quien da más, porque está dado la exigencia de que las entidades deben tener contratado como parte de su red a todas las instituciones que hayan alcanzado la acreditación.
- Aprovechamiento de la importación libre de aranceles que permite la importación de tecnología biomédica para renovarla y brindar mayores posibilidades de competitividad a la organización y beneficios en la atención al usuario.
- Protege los recursos de la organización al facilitar la identificación y gestión oportuna de los riesgos presentes en los procesos administrativos, financieros, de recurso humano, tecnología y operativos, porque establece métodos de prevención que evitan su ocurrencia y no se generan los sobrecostos que se pueden derivar cuando hay reactividad frente a estos para solucionarlos con todas sus consecuencias.
- Genera mayor competitividad y posicionamiento de los servicios, lo cual favorece el incremento en el nivel de venta de servicios y un sostenimiento económico de la organización.
- Favorece la toma de decisiones basada en hechos y datos permitiendo una inversión segura de recursos y esfuerzos, que por falta de información puede conllevar a pérdidas y desvío de recursos, pueden poner en riesgo la estabilidad de la organización.
- Permite la planificación de estrategias de contingencia pertinentes, para abordar y manejar con eficiencia las situaciones que se presenten sin incurrir en improvisaciones que requieran inversiones innecesarias.
- Ofrece herramientas gerenciales para el control de procesos, promoviendo la evaluación en el uso adecuado de los recursos, control de inventarios, ajuste de metas de crecimiento y estudio de costos del servicio.

El Doctor Carlos Edgar Rodríguez, expone en su artículo, “Panorama actual de los incentivos de acreditación” de la revista de La Asociación Colombiana de Radiología que el “PRESTIGIO, se considerada como el incentivo más importante por el sello de acreditación que incluye el logo ISQUA lo cual le da a las instituciones la connotación de instituciones evaluadas con modelo

de talla internacional. Los sellos de calidad tienen finalidades concretas, entre otras brindar a los usuarios la confianza de adquieren o utilizan un bien o servicio que cumple especificaciones de calidad” de igual manera “en la medida que se avance en la difusión de la información sobre los alcances los usuarios empezaran a aumentar sus preguntas y exigencias sobre instituciones que cumplan estos requisitos”²².

²² PANORAMA ACTUAL DE LOS INCENTIVOS DE ACREDITACIÓN. Revista de La Asociación Colombiana de Radiología. Octubre 2009. p. 8.

CONCLUSIONES

- La acreditación como modelo de gestión permita incrementar la competitividad e organización administrativa y la proyección de las Organizaciones de salud.
- En el enfoque de los estándares permite asegurar un servicio de excelencia, minimizando el riesgo donde se cumple los requisitos para satisfacer integralmente las necesidades de los usuarios.
- Los estándares de Direccionamiento son la base fundamental para alinear la organización hacia la búsqueda de un servicio excelente producto de una planificación y previsión óptima de cada uno de los factores que permiten su consecución, porque su desarrollo depende de cómo la alta dirección, está convencida de estos procesos y motiva a todos los miembros del equipo en su búsqueda.
- Los estándares de Cliente asistencial en lo referente a derechos y deberes y procesos de acceso al paciente, permite fundamentar un servicio humanizado con igualdad de condiciones y con pleno cumplimiento de los procesos de accesibilidad y oportunidad en la atención de los requisitos del servicio.
- Las acciones de mejoramiento que se deriven de las oportunidades de mejora favorecen la solución de algunos inconvenientes que se presentan en la Organización.

BIBLIOGRAFÍA

HERNÁNDEZ SANPIER, Roberto. Metodología de la investigación. s.l.: s.n., s.f. 689 paginas

ICONTEC INTERNACIONAL. Proceso para la acreditación en salud. s.l.: s.n., 2004. 9p.

MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN, Anexo 1 Resolución 1474 de 2002. 368p

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo técnico 2 lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud. Bogotá: s.n., 2006. 17p

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente. s.l.: s.n., s.f., 12 p.

ICONTEC, Guía básica para la acreditación. s.l.: s.n., s.f. 17 p.

ANEXOS

Anexo 1. Formato de Informe de Autoevaluación

 INFORME DE AUTOEVALUACIÓN STÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES ACREDITADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE IMAGENOLÍA PARTE 2 - AUTOCALIFICACIÓN	ES-P-AS-01-F-036 V 00 2010-09-17		
INSTRUCCIONES PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO			
<p>1. Para el diligenciamiento de este formato tenga en cuenta la oportunidades de mejoramiento de la evaluación anterior en los estándares que aplique y para la totalidad de los estándares, describa el cumplimiento de las mismas teniendo en cuenta los desarrollos y avances posteriores, así como la relación de las evidencias que soportan el cumplimiento de dichas oportunidades de mejoramiento, los resultados específicos y las tendencias. Relacione documentos, políticas institucionales, informes consolidados de procesos y resultados, informes de indicadores, gráficos de tendencias, informes de auditoría, actas de comités, modelos y programas, manuales, reglamentos, códigos, guías, aplicativos, formatos, instructivos entre otros.</p> <p>La calificación, las fortalezas y las oportunidades de mejoramiento son para el estándar, no para los criterios. Los criterios indican lo que se debe tener en cuenta para el cumplimiento del estándar.</p> <p>Proceda a calificar individualmente cada estándar previa calificación de las 10 variables para cada uno: Sistemática y amplitud, proactividad, ciclo de evaluación y mejoramiento, despliegue en la institución, despliegue al cliente interno y/o externo, pertinencia, consistencia, avance de la medición, tendencia y comparación. Para la calificación final del estándar utilice el promedio, la moda, la mediana o el valor menor y califique el estándar. Indique cual medida utilizó para la calificación de los estándares. Adicionalmente califique cada grupo de estándares y registre la calificación. Los estándares relacionados corresponden al original del manual de la Resolución 1445.</p> <p>2. El equipo evaluador podrá revisar durante la visita de evaluación, información adicional, documentos, aplicativos, realizar entrevistas con usuarios, familiares, trabajadores y proveedores, asociaciones de usuarios, Juntas Directivas y demás partes interesadas.</p> <p>3. ¡FAVOR IMPRIMIR POR EL ANVERSO Y REVERSO DE LAS HOJAS! en dos (2) copias. Este formato diligenciado igualmente debe remitirse en medio magnético.</p>			
ESTANDARES	CALIFICACIÓN	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO
2. ESTÁNDARES DE APOYO			
2,1 ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO			
1. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.			

<p>2. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.</p>			
<p>3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico (incluyendo los valores, misión y visión) de la organización de acuerdo a los cambios del entorno. Esta definición contempla al menos los siguientes criterios:</p>			
<p>§ La relación de la organización con la comunidad que sirve. § Los cambios normativos § La competencia en el mercado § El medio ambiente § Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el paciente y su familia. § Aspectos que guían la ética de la organización. § La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. § La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios</p>			
<p>4. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.</p>			
<p>§ Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior planeación, implementación y evaluación. § La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización y del proceso de atención al cliente.</p>			
<p>5. Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.</p>			
<p>6. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la</p>			

<p>organización.</p>			
<p>7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:</p> <p>§ Oportunidad de la atención por tipos de servicios. § Utilización de servicios por afiliado. § Satisfacción global del cliente con la atención recibida. § Calidad de la atención.</p>			
<p>8. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, el cual está alineado con el direccionamiento estratégico de la organización.</p> <p>9. Existe un proceso por medio del cual el personal de la institución sustenta su gestión ante la junta directiva o comités especiales creados para tal fin.</p> <p>9.1 Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.</p> <p>§ Elaboración de conceptos o documentos técnicos.</p> <p>§ Entrega de informes sobre solicitudes específicas.</p> <p>§ Los líderes están activamente involucrados en el seguimiento del desempeño</p>			
<p>10. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.</p> <p>§ Todos los integrantes de la junta directiva reciben orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así mismo, de cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo. § Especial énfasis debe ser puesto en la filosofía, políticas y procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias.</p>			
<p>11. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.</p>			

<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. 			
<p>§ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección[1]. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. 			
<p>§ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen[2]: Ø Seguridad Ø Continuidad Ø Coordinación Ø Competencia Ø Aceptabilidad Ø Efectividad Ø Pertinencia Ø Eficiencia Ø Accesibilidad Ø Oportunidad</p>			

<p>12. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior. § Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. § En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. § Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. § Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Ø Alto riesgo. Ø Alto volumen. Ø Alto costo.</p>			
<p>13. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento. § El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. § El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. § La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. § Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. § Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. § Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas</p>			

<p>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC. § Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. § Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. § Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad.</p>			
<p>TOTAL ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO</p>			
<p>2.2 ESTÁNDARES DE GERENCIA</p>			
<p>1. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.</p>			
<p>2. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso considera:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una metodología para la identificación de las necesidades. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La descripción del proceso de atención al cliente y sus necesidades específicas por tipo de cliente y para cada una de las fases del proceso. 			
<p>3. Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad, incluido el Manual de Calidad de la Organización. El soporte es demostrado a través de:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización. 			

<p>4. La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional[1], acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario. Las metas y objetivos:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proveen orientación para el proceso de atención del cliente. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia. 			
<p>5. La gerencia de la organización promueve mecanismos de colaboración y coordinación para el mejoramiento organizacional o de procesos entre diferentes dependencias o departamentos.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se tienen hechos y datos de estas acciones colaborativas. 			
<p>6. La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente y el sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos.</p>			
<p>7. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. La monitorización incluye:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las actividades específicas de monitoreo y mejoramiento. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La evaluación del logro de las metas y objetivos 			
<p>8. Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ética establecido por la organización. El respeto por el cliente incluye:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dignidad personal. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Privacidad. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguridad. 			

<p>9. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una política clara emanada de la alta gerencia, que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y compañeros de trabajo 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación a los trabajadores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Información y educación a los clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas. 			
<p>10. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.</p>			
<p>11. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la organización y de cada unidad funcional. Lo anterior es logrado a través de:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de prioridades en el plan. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación de los recursos disponibles. 			
<p>12. Existe un proceso para la protección y control de los recursos. Lo anterior se logra a través de:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medición de la productividad. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Costeo. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorización de los presupuestos. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejo de inventarios. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manejo de seguros. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomento de la cultura del buen uso de los recursos. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditoría de procesos. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguimiento de contingencias cubiertas por ATEP y SOAT. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades. 			

<p>13. Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, esta (la delegataria) debe garantizar que:</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se cuenta con un proceso de evaluación externa de calidad, con criterios explícitos, al delegado, previa delegación. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evalúa periódicamente al delegado. Este último conoce de antemano el proceso y los criterios con los cuales va a ser evaluado 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se cuentan con mecanismos de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el delegado, en los cuales se cuenta con participación de profesionales y técnicos de este último. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se cuenta con procesos diseñados previamente de resolución de conflictos entre las partes. 			
<p>14. El PMCC cuenta con un plan escrito, cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización cuenta con un documento formal, aceptado por los órganos de dirección, donde se incluye sus objetivos, estrategias, actividades, recursos, responsabilidades y responsables. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización provee el soporte y los elementos necesarios para este programa. 			
<p>§ El programa de garantía de calidad cuenta con el respaldo de un equipo líder interdisciplinario y un líder organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad, encargado de hacerle seguimiento periódico, el cual reporta directamente a los órganos de dirección[1]. Lo anterior no elimina la necesidad que estos órganos de dirección le hagan seguimiento al mismo.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización debe garantizar que cuenta con evidencia del trabajo realizado por dicho comité. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. Las actividades del PMCC deben hacer explícito dentro de sus objetivos el impacto de las actividades sobre el paciente y el cliente interno. 			

<ul style="list-style-type: none"> ▪ La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores cuantificables de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica para cada uno. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados y/o frente a una línea de base con información proveniente de la misma organización. 			
<p>§ Los aspectos de la calidad que son considerados como objetivos a lograr dentro de las acciones programadas incluyen[1]:</p> <p>Ø Seguridad Ø Continuidad Ø Coordinación Ø Competencia Ø Aceptabilidad Ø Efectividad Ø Pertinencia Ø Eficiencia Ø Accesibilidad Ø Oportunidad</p>			
<p>15. La organización garantiza la implementación del PMCC mencionado en el estándar anterior.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se garantiza que las actividades se realizan completas y dentro del periodo de tiempo asignado en el cronograma de trabajo. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En caso que las actividades no se realicen completas, o fuera del tiempo programado, se soportará con evidencia del por qué de dichas modificaciones. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se deben identificar, previo a la implementación de las actividades de mejoramiento, las potenciales barreras de dicha implementación y se realizará un análisis del perfil de riesgo de cada una de estas barreras. 			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las actividades estarán categorizadas por prioridad de implementación. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Ø Alto riesgo. Ø Alto volumen. Ø Alto costo. 			
<p>16. El PMCC cuenta con un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios, a los cuales se les implementó actividades de mejoramiento.</p>			

<p>§ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. § El anterior método formal amerita que esté basado en análisis estadístico. § La organización debe soportar evidencia del uso de ese análisis estadístico. § Los datos producto de esta monitorización deben ser estadísticamente válidos y comparables en el tiempo. § Se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódico de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas. § Los patrones no deseados de desempeño son analizados a profundidad, identificando las causas raíz de los problemas y desarrollando los métodos de solución de problemas.</p>			
<p>17. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados y utilizados para la planeación de un nuevo PMCC.</p>			
<p>§ Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. § Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados. § Se tiene evidencia del uso de la evaluación de calidad para la planeación y mejoramiento de la calidad.</p>			

Anexo 2. Plan de Acción

QUE? Objetivos y acciones de mejora.	ES	QUIEN? Responsable de ejecutar las acciones en cada etapa.	COMO? Forma como se va ha mejorar , metodo de implementacion .	CUANDO? Tiempo fecha de cujplimiento de la actividad. Frecuencia.	DONDE? Extension y ubicación de las medidas por implementar.	CHECK LIST
Establecer revisiones y seguimientos periódicos al direccionamiento estratégico con resultados de acciones e indicadores de cada proceso, que permitan evaluar su cumplimiento y eficacia de manera oportuna para la toma de decisiones.	1	Gerencia. Alta direccion.	Desarrollar el plan estrategico que permita definir los objetivos y estrategias necesarias para que cada una de las areas y sedes de la organización orienten acciones para el lograr los propsitos misionales, soportando a través de metas cuatificables que permitan evaluar su cumplimiento y compromiso.		IRS PASTO Y SEDES	
Determinar una estructura directiva que represente la alta dirección de la organización y que permita una integración y despliegue de los propósitos en cada una de las unidades de servicio de la organización, los cuales se deben reunir con una periodicidad definida para evaluar el desempeño de la organización y orientar las decisiones con apoyo de los órganos directivos, para cumplir las metas, objetivos y estrategias establecidas en el direccionamiento estratégico que busca mantener y fortalecer el norte de la organización.	1	Gerencia. Alta direccion.	Establecer que la alta direccion no solo este representada por la gerencia si no que este soportada por los lideres de los proceso de Gestion de calidad, Financieros y las Coordinadoras de cada una de las sedes de la organización, quienes tendran lse reunirn minimo 2 veces al mes para hacer las evaluaciones y toma de decisiones.		IRS PASTO Y SEDES	

<p>Fortalecer el analisis de las variables que permiten la lectura del entorno, con participación de representantes de todas las unidades funcionales, para abordar con una vision mas integral el contexto y enriquecer los argumentos necesarios para funamentar la planeacion estrategica.</p>	<p>2</p>	<p>Gerencia. Alta direccion. Lideres de area.</p>	<p>Solicitar a los conovados que se recoja informacion relacionada con el los diferentes criterios del contexto donde se desarrolla el servicio teniendo en cuenta las diferentes varaibles. En reunion concertar y conciliar la informacion para evaluar los criterios fundamentales que permita orientar el direccionamiento pertinente de la organizacion.</p>	<p>IRS PASTO Y SEDES</p>
<p>Desarrollar y aplicar herramientas de evaluaci3n y medici3n que permitan fortalecer la cuantificaci3n m3s precisa respecto a los % de participaci3n en el mercado de servicios, an3lisis de datos financieros, evaluaci3n integral de las perspectivas del talento humano en la organizaci3n y la de los usuarios; usando encuestas en las cuales se pueda conocer de las fuentes primarias la descripci3n de los criterios y variables que aborden y describan con precisi3n las necesidades y expectativas.</p>	<p>2</p>	<p>Gerencia. Alta direccion. Lideres de area. Ingeniero Sistemas.</p>	<p>Recoger la informacion de las contrataciones que tiene cada una de las empresas afines al Insituto y cuando sean simultaneas, los % de referencia de servicios que cada Contratante remite a cada una. Realizar encuesta a clientes internos y externos, con variables que permitan abordar con precision las necesidades y expectativas sobre las que se debe trabajar.</p>	<p>IRS PASTO Y SEDES</p>

Documentar como parte del proceso de direccionamiento, los lineamientos que se deben tener en cuenta para la definición y generación de planes estratégicos orientados a su cumplimiento, dentro de los cuales se contemple criterios de priorización, mecanismos de participación de las diferentes unidades funcionales y acciones que cada una debe tener en cuenta para desarrollar sus propias estrategias en relación con las de la organización y la atención del paciente.	4	Gerencia. Subgerencia.	Para lograr una aplicación y desarrollo integral de cada uno de los componentes que soportan el funcionamiento eficiente de la organización en todas sus esferas de acción es necesario que se estructuren objetivos estratégicos, objetivos financieros, objetivos de crecimiento, objetivos de Responsabilidad Social, objetivos a corto plazo, estrategias, recursos, presupuestos, responsables, seguimiento y control, los cuales se consoliden en planes de acción, que sean cuantificables en tiempo y en resultados para garantizar su desarrollo oportuna, pertinente y continuo de tal manera que las metas organizacionales se puedan lograr orientadas a lograr la satisfacción del cliente externo e interno, la sostenibilidad financiera y la proyección.	IRS PASTO Y SEDES
Es necesario definir criterios de priorización en la implementación y desarrollo de los planes de acción para cumplir los objetivos, los cuales se deben evaluar por el riesgo que pueden representar para determinar así su criticidad o severidad y en la repetitividad o frecuencia en que ocurre.	4	Gerencia. Alta dirección. Líderes de área.	✓ Considerar como fuente de referencia para la consolidación del plan estratégico, la información identificada en la lectura del entorno, la cual permita el planteamiento de estrategias más coherentes a la realidad en la acción la organización y lograr la intervención oportuna y acertada de estos factores.	IRS PASTO Y SEDES
Estructurar un plan de comunicación que defina los lineamientos para garantizar un despliegue oportuno, eficiente y sistemático de las políticas organizacionales estructuras en los planes estratégicos, hacia todas las unidades operativas, administrativas y financieras, de cada una de las sedes alineadas a la organización.	5	Gerencia. Alta dirección.	El plan debe incluir reuniones periódicas de retroalimentación, evaluación y planteamiento de nuevos proyectos y reuniones periódicas de cada líder con sus áreas o unidades a cargo en forma sistemática.	IRS PASTO Y SEDES

<p>Desarrollar estrategias de socialización y seguimiento del plan estratégico.</p>	<p>5</p>	<p>Gerencia. Alta dirección.</p>	<p>Definición y consolidación de planes estructurados de acuerdo a las responsabilidades de cada unidad funcional, en la cual se establezcan las metas, acciones, responsables, mecanismos, lugares y las fechas establecidas para valorar el cumplimiento y evaluación de la eficacia de acuerdo a los objetivos planteados, y que sirvan de referencia para conocer los resultados que determinan el grado de difusión y aplicación que se haya logrado.</p>	<p>IRS PASTO Y SEDES</p>
<p>Desarrollar un presupuesto de Ingresos, Costos y Gastos, teniendo en cuenta los históricos y comportamiento de la empresa, con el fin de hacer seguimiento y control de manera periódica (trimestralmente).</p>	<p>6</p>	<p>Gerencia. Departamento Contable.</p>	<p>Promediar la información de los datos históricos de facturación, para proyectar los ingresos, evaluar los costos y gastos de acuerdo a la proyección de nuevas necesidades y expectativas que se haya determinado para controlar el equilibrio económico de la organización, haciendo seguimiento para mantener metas.</p>	<p>IRS PASTO Y SEDES</p>

<p>Estructurar un proceso que defina los criterios que se deben considerar integralmente para el análisis de viabilidad financiera de las inversiones que requiere la organización, donde se determinen las bases y lineamientos para el desarrollo de los diferentes planes y proyectos a ejecutar, asegurando que haya un seguimiento a los compromisos y tareas establecidas en cada reunión de Junta de Socios y de Gerencia y permita balancear las decisiones en costo-beneficio para lograr aseguramiento de recursos. En este sentido es necesario precisar la generación de recursos derivados de la recuperación oportuna de cartera, ampliación de los mercados de acción, análisis de costos para generar mayor competitividad, reducción y control de las principales causas de desperdicio y la reevaluación de costos innecesarios, logrando de esta manera mayor fluidez de recursos para la financiación de nuevos proyectos.</p>	6	Gerencia. Departamento Contable.	<p>✓ Consolidar un cronograma donde se establezcan reuniones periódicas para realizar una evaluación sistemática y organizada de la información para la toma de decisiones de inversión y estudios de viabilidad, los cuales se fundamenten en argumentos y estudios de conveniencia y análisis.</p>	IRS PASTO Y SEDES
<p>Organizar las etapas necesarias que consoliden un proceso adecuado e integral para llevar a cabo una orientación optima del personal desde su contratación, lineamientos para la evaluación del periodo de prueba y seguimiento periódico en el desempeño donde se tome en consideración todas las actividades estratégicas establecidas por la organización en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos y metas</p>	8	Recurso humano. Subgerencia.	<p>✓ Definir las herramientas que dentro de los procesos de orientación permitan ubicar a los clientes internos en el contexto general de la empresa; plataforma estratégica, objeto social, servicios, normas, políticas y demás directrices que se consideren básicas para lograr una adherencia integral del personal, que no solo se enfoque en las actividades propias del proceso.</p>	IRS PASTO Y SEDES

respecto a la calidad en la prestación del servicio, optimización y aseguramiento de procesos y recursos.				
---	--	--	--	--

Anexo 3. Matriz de Priorización Directiva

ESTANDAR	EVALUACION RIESGO/ CONSECUENCIAS Y POSIBILIDAD			FACTORES CLAVES DE ÉXITO			CREDIBILIDAD	RESULTADO	POSICION
	CONSECUENCIA	POSIBILIDAD	FUNCIONAMIENTO Y CONSECUENCIAS	CALIDAD ATENCION USUARIO	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	SATISFACCION CLIENTE INTERNO			
ESTANDAR 1	CATASTROFICO	MEDIO	40 RIESG IMPORT	3	5	5	3	225	3
ESTANDAR 2	CATASTROFICO	ALTO	60 RIESG INACEPTA	5	5	5	5	625	1
ESTANDAR 3	MODERADO	MEDIO	20 RIES MODER	3	3	3	1	27	7
ESTANDAR 4	CATASTROFICO	ALTO	60 RIESG INACEPTA	5	5	3	3	225	3
ESTANDAR 5	MODERADO	ALTO	30 RIESG IMPORT	5	5	3	5	375	2
ESTANDAR 6	CATASTROFICO	MEDIO	40 RIESG IMPORT	3	5	3	3	135	4
ESTANDAR 7	MODERADO	MEDIO	20 RIES MODER	5	3	1	5	75	5
ESTANDAR 8	CATASTROFICO	ALTO	60 RIESG INACEPTA	5	5	5	3	375	2
ESTANDAR 9	MODERADO	MEDIO	20 RIES MODER	5	5	1	3	75	5
ESTANDAR 10	LEVE	BAJO	5 RIESG ACEPT	3	5	1	3	45	6

Anexo 4. Matriz de Priorización Asistencial

ESTANDAR	EVALUACION RIESGO/ CONSECUENCIAS Y POSIBILIDAD			FACTORES CLAVES DE ÉXITO			CREDIBILIDAD	RESULTADO	POSICION
	CONSECUENCIA	POSIBILIDAD	FUNCIONAMIENTO Y CONSECUENCIAS	CALIDAD ATENCION USUARIO	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	SATISFACCION CLIENTE INTERNO			
ESTANDAR 1	CATASTROFICO	ALTO	60 RIES INACEP	5	5	1	5	125	4
ESTANDAR 2	CATASTROFICO	MEDIO	40 RIES IMPORT	5	3	3	3	135	3
ESTANDAR 3	CATASTROFICO	ALTO	60 RIES INACEP	5	3	3	5	225	2
ESTANDAR 4	CATASTROFICO	MEDIO	40 RIES IMPORT	5	3	3	3	135	3
ESTANDAR 5	MODERADO	MEDIO	20 RIES MODER	3	3	1	3	27	8
ESTANDAR 6	MODERADO	MEDIO	20 RIES MODER	5	1	1	5	25	9
ESTANDAR 8	LEVE	ALTO	15 RIES MODER	5	1	1	5	25	9
ESTANDAR 9	LEVE	BAJO	5 RIESG ACEPT	5	3	1	5	75	6
ESTANDAR 10	MODERADO	MEDIO	20 RIES MODER	5	3	1	5	75	6
ESTANDAR 11	CATASTROFICO	MEDIO	40 RIES IMPORT	5	3	3	3	135	3
ESTANDAR 12	CATASTROFICO	ALTO	60 RIES INACEP	5	5	3	5	375	1
ESTANDAR 13	MODERADO	ALTO	60 RIES INACEP	5	3	3	3	135	3
ESTANDAR 14	LEVE	BAJO	5 RIESG ACEPT	3	1	3	3	27	8
ESTANDAR 15	MODERADO	BAJO	10 RIES TOLER	5	5	1	3	75	6
ESTANDAR 16	LEVE	BAJO	5 RIESG ACEPT	3	3	1	5	45	7
ESTANDAR 17	MODERADO	MEDIO	20 RIES MODER	3	3	1	3	27	8
ESTANDAR 18	CATASTROFICO	MEDIO	40 RIES IMPORT	5	3	3	5	225	2

ESTAN DAR 19	LEVE	BAJO	5 RIESG ACCEPT	5	3	1	3	45	7
ESTAN DAR 20	LEVE	BAJO	5 RIESG ACCEPT	3	3	3	3	81	5