

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

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

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

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

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

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

Asesora  
MARITZA ROA GOMEZ  
Asesora de Calidad

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

**Nota de aceptación:**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

-----  
Firma del presidente del jurado

-----  
Firma del jurado

-----  
Firma del jurado

Neiva, Noviembre del 2011

## **DEDICATORIA**

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

VICTOR MARIO  
JAZMIN YUBIANA  
DIANA CONSTANZA

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos:

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

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

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

A todos los participantes mil gracias.....

## CONTENIDO

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

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

## LISTA DE TABLAS

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



## LISTA DE GRAFICAS

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

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>Anexo A.</b> Cronograma de Trabajo	67
<b>Anexo B.</b> Matriz de Autoevaluación	68
<b>Anexo C.</b> Matriz de Priorización	88

## RESUMEN

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

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

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

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

## ABSTRACT

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

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

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

## INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

escenario de trabajo propicio para el planteamiento de los planes de mejora tendiente a lograr la acreditación en salud para la Unidad Básica de Atención Coomeva EPS Neiva.

# 1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

## 1.1 ANTECEDENTES DE LA ACREDITACIÓN EN EL MUNDO

En India y China, los estándares que determinaban quién podía practicar la medicina datan del primer siglo A.C. A partir de 1140, Italia emprende esfuerzos para licenciar a todos los médicos, y esto dio lugar posteriormente, a estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el siglo XIX. En USA, el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud, 1951). En Canadá el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, CCHSA, realiza este proceso desde 1959. (1.)

En la década de los 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. Las organizaciones de salud en USA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM). A su vez, el sistema de acreditación en hospitales amplió su enfoque desde inspecciones hasta promover el mejoramiento de la calidad. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud asumió una política formal de calidad en 1991 y adoptó al PMC para ponerla en práctica. (1.)

En 1966, Avedis Donabedian, en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. Donabedian transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales. (1.)

En 1985, un grupo de profesionales de la salud se reunió en Udine, norte de Italia, para discutir sobre el aseguramiento de la calidad en medicina. La mayoría de los primeros grupos han sido profundamente influenciados por Avedis Donabedian y el enfoque europeo. En el primer consejo ejecutivo de la International Society for Quality in Health Care (ISQua) fue evidente. En 1986, con el liderazgo de Peter Reizenstein como presidente y entonces editor de la revista, la sociedad creció a través de su programa de la conferencia anual internacional y sus publicaciones. Después de un proceso internacional en el que se presentaron varias ofertas, en 1995 se decidió establecer la secretaría de la International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQua) en Australia. Esta sociedad es una organización sin ánimo de lucro, administrada por un Consejo Ejecutivo, que se elige cada dos años. Los miembros regulares del Consejo son de Norteamérica, Europa y de la región de Asia y el Pacífico. Hoy en día, países como Nueva Zelandia, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud.(1.)

## **1.2 ANTECEDENTES DE LA ACREDITACIÓN EN COLOMBIA**

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001. (2)

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



amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto. Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido (1).

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud. (1)

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial. Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC) (1)

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

- “El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

- La Calidad de la Atención en Salud como “...la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” y define sus características así:

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

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

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”

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

La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

La Auditoria para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoria son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

El sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, en la Resolución 1474 de 2002, Resolución 1445 de 2006, modificada parcialmente por la Resolución 3960 de 2008, describen las funciones de la Entidad Acreditadora y se entrega los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación. (3)

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

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003, para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema. Para divulgar esta decisión, el Ministerio de la Protección Social e ICONTEC realizaron varios eventos en las ciudades de Bogotá, Medellín, Manizales, Barranquilla y Cali, con la asistencia de representantes de los Prestadores de Servicios de Salud, Entidades Promotoras de Salud, Direcciones Territoriales de Salud, Sociedades Científicas y Agremiaciones, durante los meses de febrero y marzo del 2004. Durante los meses de abril a junio del 2004 se diseñó el servicio de Acreditación en Salud para Colombia, que está contenido en su mayor parte en la denominada Ruta Crítica de la Acreditación.(1)

**Tabla 1.** Instituciones acreditadas en Colombia con corte al mes de agosto de 2011.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD ACREDITADAS				
Nº	Razón social	Código IPS	Municipio	Fecha de otorgamiento
1	Instituto del Corazón - Unidad de Negocios de la Fundación Cardiovascular de Colombia	68-00289	Bucaramanga	30-abr-08 (2º ciclo)
2	Hospital Pablo Tobón Uribe	50010210401	Medellin	5-sep-08 (2º ciclo). Acreditado con excelencia.
3	Hospital General de Medellín - "Luz Castro de Gutiérrez" ESE	05-0010214401	Medellin	25-feb-09 (2º ciclo)
4	E.S.E. Hospital del Sur "Gabriel Jaramillo Piedrahita"	53600212102	Itagüi	30-Nov-05
5	Hospital Pablo VI Bosa ESE	11-001-0988100	Bogotá	23-mar-2010
6	C.P.O. S.A. Centro Policlínico del Olaya	10010917800	Bogotá	28-mayo-09 (2º ciclo)
7	Centro Médico Imbanaco de Cali S.A.	76-001-01111-01	Cali	28-jul-2010 (2º ciclo)
8	Comunidad de Hermanas Dominicanas de la Presentación de la Santísima Virgen de Tour – Provincia de Medellín – Clínica el Rosario, sede Villahermosa	050010209201	Medellin	30-Nov-06
9	Clinica del Occidente S.A.	11-001-9666-00	Bogotá	18-Abr-07
10	Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá	11-001-0561800	Bogotá	25-julio-07
11	Fundación Valle del Lili	76-001-02870-01 76-001-02870-02	Cali	25-julio-07
12	Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta ESE	11-001 02654-00	Bogotá	30-ene-08
13	Clinica de Oftalmología de Cali S.A.	76-001-00294-01 76-001-00294-02 76-001-00294-03	Cali	05-sep-08
14	Hospital Nazareth ESE	11-0010944501 11-0010944502	Bogotá	28-mayo-09
15	Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle	76-001-03609-01	Cali	29-julio-2009
16	Laboratorio Clínico Continental Ltda.	0800100105-01 0800100105-02 0800100105-04 130010207501	Barranquilla	30-sep-2009
17	Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología	11-001-0911101 11-001-0911103	Bogotá	23-mar-2010
18	Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl	050010217501	Medellin	29-abr-2010
19	Hospital Manuel Uribe Angel ESE	052660491001	Envigado	29-abr-2010
20	Fundación Oftalmológica de Santander Clínica Carlos Ardila Lülle FOSCAL	68-01666-01 68-01666-03 68-01666-16	Bucaramanga	29-abr-2010
21	Hospital Universitario Departamental de Nariño	520010110201	Pasto	28-jul-2010

Fuente. [www.acreditacionensalud.org.co](http://www.acreditacionensalud.org.co) (4)

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

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

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

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

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

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

Mujeres: 3.386

Hombres: 6.457

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

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

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

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

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

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

En lo referente a las recomendaciones, algunas relevantes son:

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

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



## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

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

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

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

En la actualidad el país tiene implementado un ciclo de mejoramiento y actualización del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) sustentado por el Decreto 1011 del año 2006, en su marco conceptual que

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

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

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

## **2.1 FORMULACION DEL PROBLEMA**

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

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

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

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

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

## **2.2 JUSTIFICACION DEL PLANTEAMIENTO**

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

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

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

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

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

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

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

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

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

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

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

## 4. DISEÑO METODOLOGICO

### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

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

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

### 4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

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

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

### **4.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES A EVALUAR <sup>(7)(8)</sup>**

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

### **4.4 DIMENSION ENFOQUE**

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

Sistematicidad. Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.

Amplitud. Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar.

Proactividad. Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad

Ciclo de evaluación y mejoramiento Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación. (8)

### **4.5 DIMENSION E IMPLEMENTACION**

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

Despliegue en la institución. Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización.

Despliegue hacia el usuario. Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.(8)

#### **4.6 DIMENSION Y RESULTADOS**

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

**Pertinencia:** Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.

**Consistencia:** Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.

**Avance de la medición:** Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar evaluado, calidad y pertinencia de los mismos

**Tendencia:** Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.

**Comparación:** Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos. (8)

#### **4.7 PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA**

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



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

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

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

No hay ningún riesgo para usuarios y/o Colaboradores

Bajo riesgo `para usuarios y/o Colaboradores.

Riesgo medio usuarios y/o Colaboradores

Representa un riesgo superior para usuarios y/o Colaboradores

Muy alto riesgo para usuarios y/o Colaboradores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Tabla 2.** Priorización –Riesgo- Costo- Volumen.

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

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

#### 4.8 TIPO DE ANÁLISIS

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

#### **4.9 CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

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

#### **4.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

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

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

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

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

#### **4.11 ALCANCE**

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

## 5 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

### 5.1 RESULTADOS AUTO-EVALUACIÓN

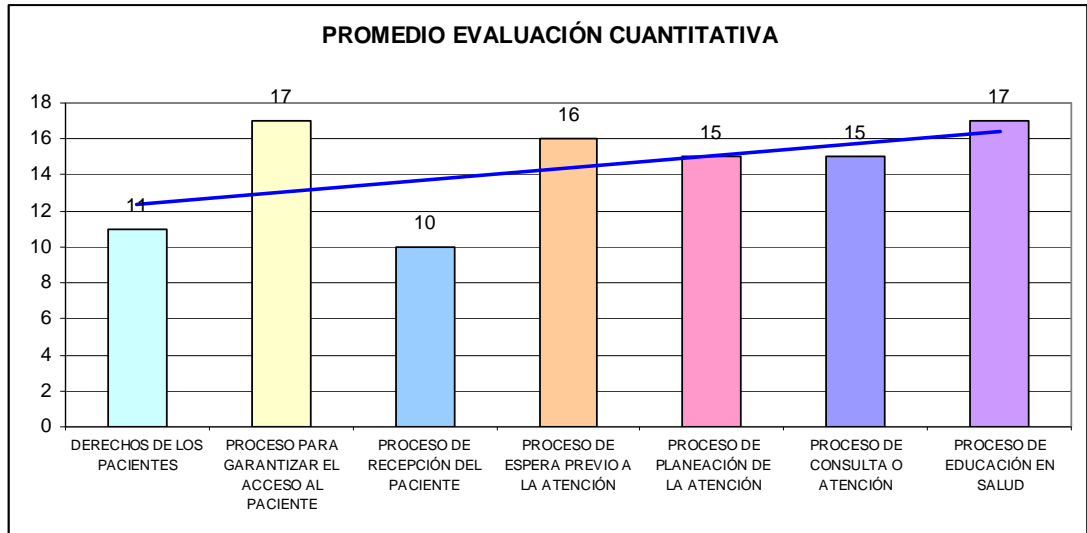
**5.1.1 Evaluación cuantitativa.** Una vez aplicada la metodología de evaluación cualitativa y cuantitativa utilizando la herramienta de autoevaluación (Anexo A), se obtuvo la siguiente calificación promedio por estándares evaluados:

**Tabla 3.** Estándares evaluados.

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

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

**Gráfico 1.** Promedio de evaluación cuantitativa.



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

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

**Tabla 4.** Estandarización del proceso de atención al cliente.

ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	CONSOLIDADO CRITICIDAD							
	MENOS DE 60 PUNTOS	%	ENTRE 60 Y MENOS DE 80 PUNTOS	%	80 PUNTOS Y MÁS	%	TOTAL	%
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	0	0%	2	8%	6	25%	8	11%
PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN	8	36%	8	32%	5	21%	21	30%
PROCESO DE EDUCACIÓN EN SALUD	1	5%	0	0%	4	17%	5	7%
DERECHOS DE LOS PACIENTES	9	41%	5	20%	4	17%	18	25%
PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE	1	5%	0	0%	2	8%	3	4%
PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCIÓN	0	0%	2	8%	2	8%	4	6%
PROCESO PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	3	14%	8	32%	1	4%	12	17%
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>31%</b>	<b>25</b>	<b>35%</b>	<b>24</b>	<b>34%</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

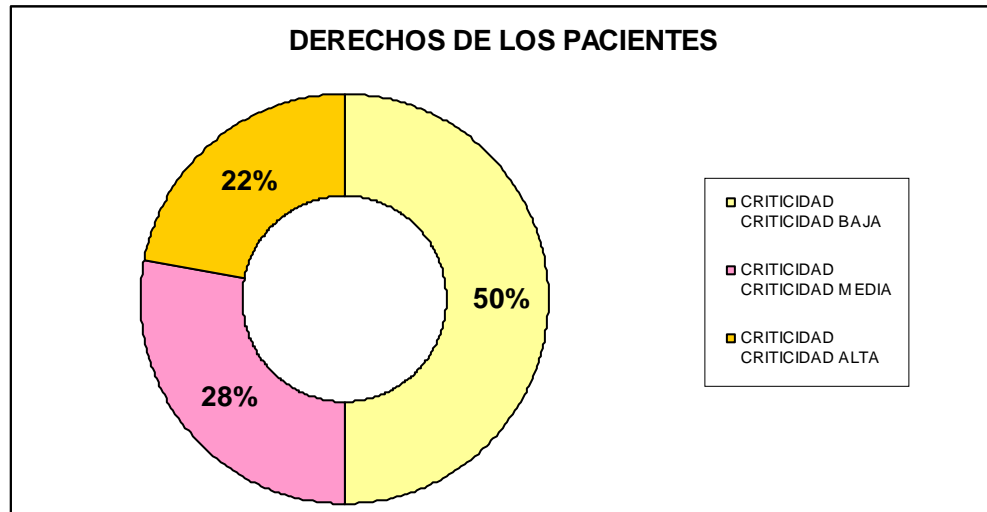
El estándar con mayor participación en las oportunidades de mejora priorizadas es el de Proceso de Consulta o Atención, con un 30% (21 oportunidades de mejora) seguido por el de Derechos de los Usuarios con un 25% (18 oportunidades de mejora), en tercer lugar el estándar de Procesos para Garantizar el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

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

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

## 5.2 DERECHOS DE LOS USUARIOS

**Gráfico 2.** Derecho de los usuarios.



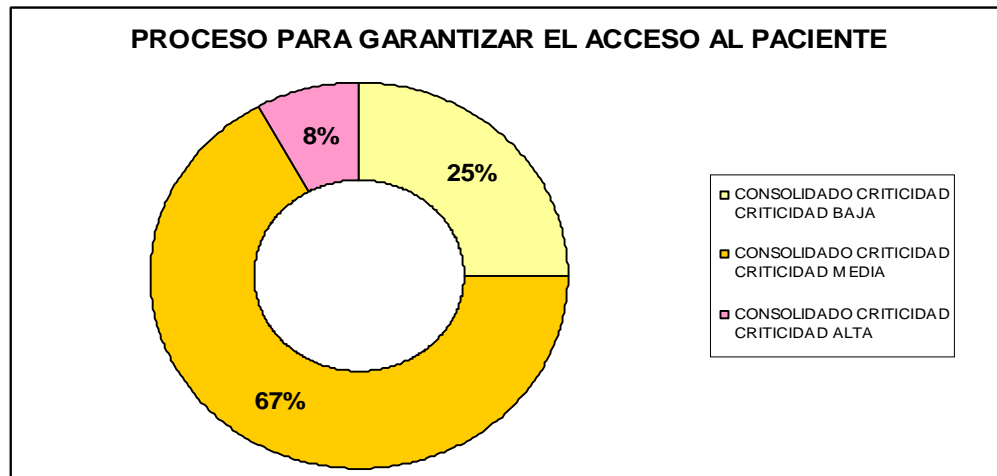
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	CRITICIDAD						TOTAL	%
	CRITICIDAD BAJA	%	CRITICIDAD MEDIA	%	CRITICIDAD ALTA	%		
DERECHOS DE LOS PACIENTES	9	50%	5	28%	4	22%	18	100%
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

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



### 5.3 GARANTIZAR EL ACCESO AL USUARIO

**Gráfico 3.** Proceso para garantizar el acceso al usuario.

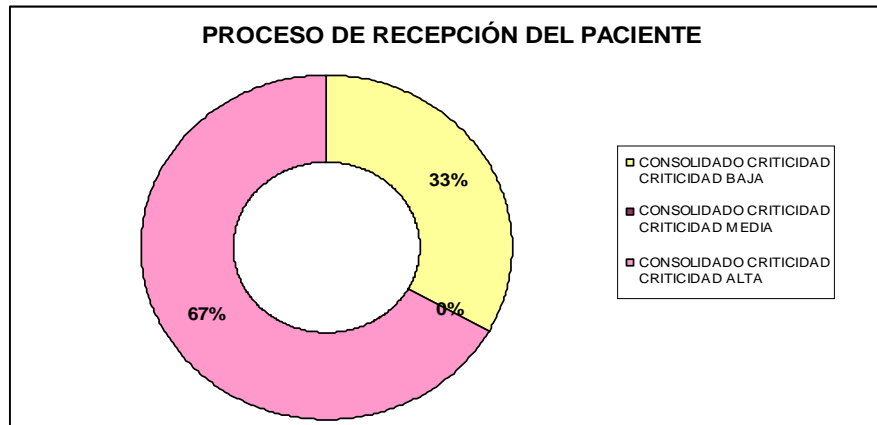


ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	CONSOLIDADO CRITICIDAD						TOTAL	%
	CRITICIDAD BAJA	%	CRITICIDAD MEDIA	%	CRITICIDAD ALTA	%		
PROCESO PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE	3	25%	8	67%	1	8%	12	100%
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

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

## 5.4 RECEPCION DEL USUARIO

**Gráfico 4.** Proceso de recepción del usuario.

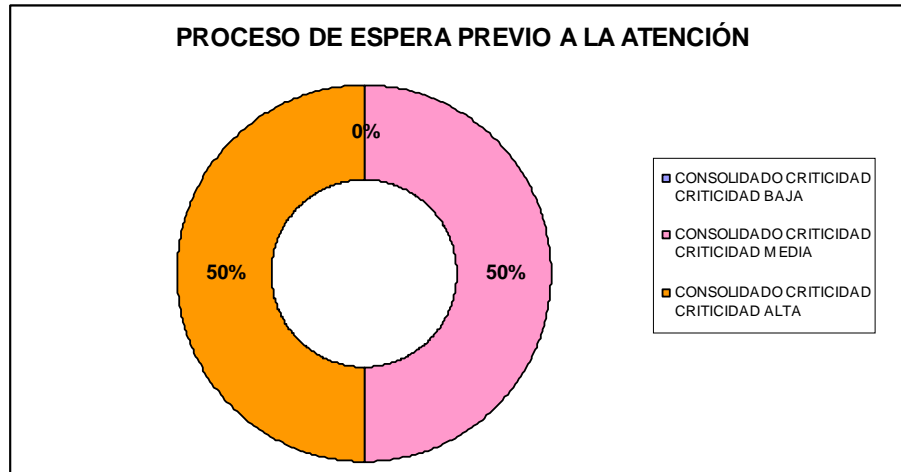


ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	CONSOLIDADO CRITICIDAD						TOTAL	%
	CRITICIDAD BAJA	%	CRITICIDAD MEDIA	%	CRITICIDAD ALTA	%		
PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE	1	33%	0	0%	2	67%	3	100%
<b>TOTAL</b>	1	100%	0	#¡DIV/0!	2	100%	3	100%

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

## 5.5 ESPERA PREVIA A LA ATENCION

**Gráfico 5.** Proceso de espera previa a la atención.

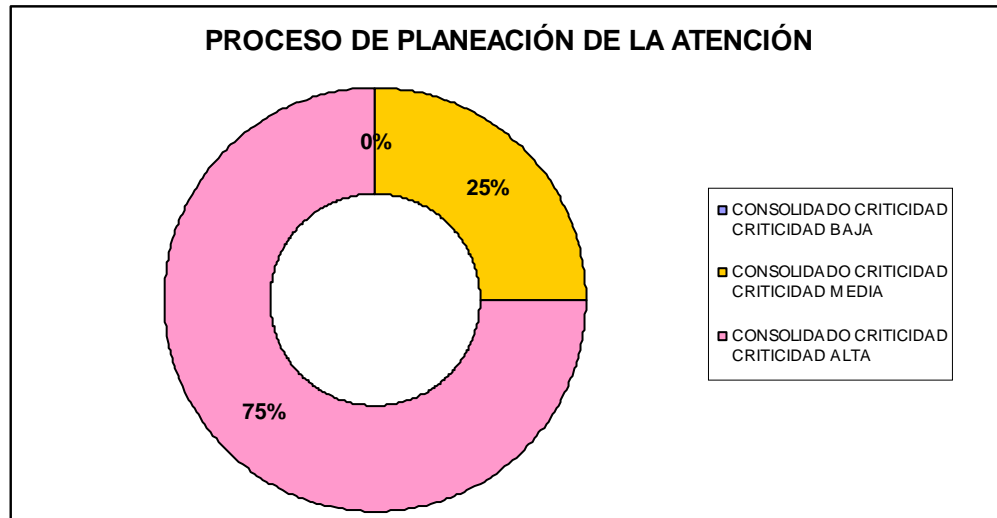


ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	CONSOLIDADO CRITICIDAD						TOTAL	%
	CRITICIDAD BAJA	%	CRITICIDAD MEDIA	%	CRITICIDAD ALTA	%		
PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCIÓN	0	0%	2	50%	2	50%	4	100%
<b>TOTAL</b>	0	#DIV/0!	2	100%	2	100%	4	100%

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

## 5.6 PLANEACION DE LA ATENCION

**Gráfico 6.** Proceso de planeación de la atención.

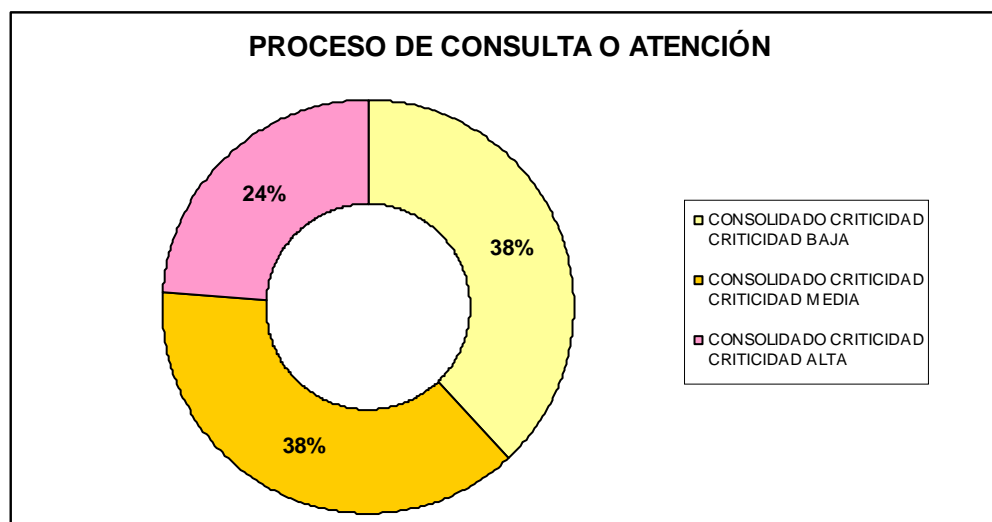


ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	CONSOLIDADO CRITICIDAD						TOTAL	%
	CRITICIDAD BAJA	%	CRITICIDAD MEDIA	%	CRITICIDAD ALTA	%		
PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN	0	0%	2	25%	6	75%	8	100%
<b>TOTAL</b>	0	#_DIV/0!	2	100%	6	100%	8	100%

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

## 5.7 CONSULTA O ATENCION

**Gráfico 7.** Proceso de consulta o atención.

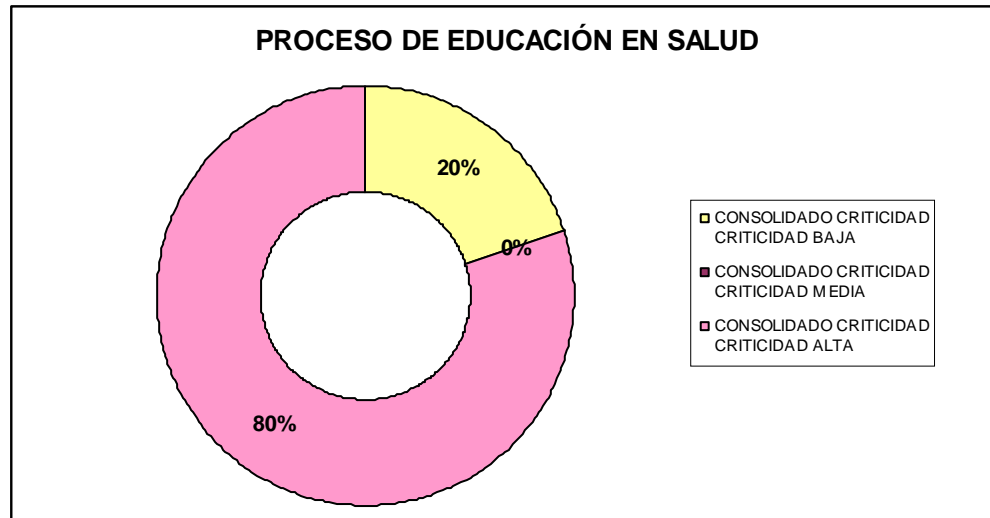


ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	CONSOLIDADO CRITICIDAD						TOTAL	%
	CRITICIDAD BAJA	%	CRITICIDAD MEDIA	%	CRITICIDAD ALTA	%		
PROCESO DE CONSULTA O ATENCIÓN	8	38%	8	38%	5	24%	21	100%
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>8</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

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

## 5.8 EDUCACION EN SALUD

**Gráfico 8.** Proceso de educación en salud.



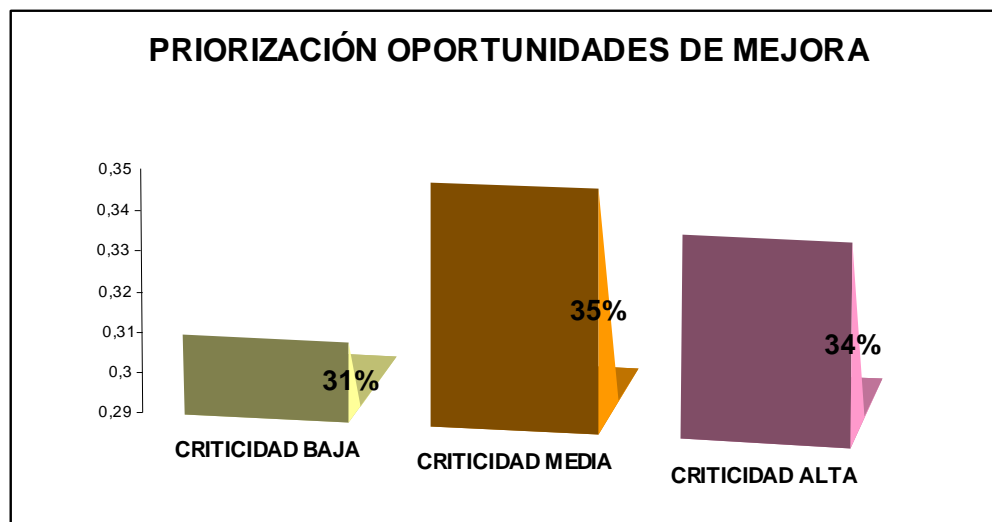
ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL	CONSOLIDADO CRITICIDAD						TOTAL	%
	CRITICIDAD BAJA	%	CRITICIDAD MEDIA	%	CRITICIDAD ALTA	%		
PROCESO DE EDUCACIÓN EN SALUD	1	20%	0	0%	4	80%	5	100%
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>#DIV/0!</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>100%</b>

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

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

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

**Gráfico 9.** Priorización oportunidades de mejora.



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

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

## 5.10 ESTANDARES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA CON CRITERIO DE CRITICIDAD ALTA

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p><b>PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN</b>            35. La organización tiene identificados y definidos internamente una serie de fallas (humanas o de sistemas de soporte *[28]) en la operación de los procesos prioritarios, los cuales su sola presencia generan un sistema de investigación, análisis y toma de decisiones para evitar un evento adverso prevenible.</p>	<p>Realizar seguimiento al comportamiento de los indicadores y al resultado de los planes de mejora implementados</p>
<p><b>PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN</b>            23. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implementación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados.</p>	<p>1) Evaluar funcionalidad del proceso.            2) Medir la adherencia al proceso y evaluar dicha adherencia mediante la auditoria de historias clínicas.</p>
<p><b>PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN</b>            24. Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento, de los cuidados en salud ofrecidos por la organización, están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o adaptado.</p>	<p>Ampliar su revision y aplicabilidad en la atención de cara a la guia de guías establecida por el MPS</p>
<p><b>PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN</b>            27. La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los procesos de atención.</p>	<p>1) Elaborar guias de reaccion inmediata,            2) Socializar guias de reaccion inmediata y establecer plan de control, indicadores de seguimiento y metas a cumplir</p>
<p><b>PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN</b>            37. La organización debe contar con procesos donde se especifique cómo se manejan situaciones de urgencias médicas con los pacientes, indicando los mecanismos de remisión de los mismos *[29].</p>	<p>1) Socializar e implementar el código azul            2) Seguimiento y evaluación al proceso de referencia y contrarreferencia-Seguimiento a la aplicación de las guías</p>
<p><b>PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN</b>            25. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado cuando sea necesario. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información al paciente o persona responsable, acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.</p>	<p>1) Verificar uso y cumplimiento en la calidad del registro desde el analisis de la Historia Clínica            2) Establecer y parametrizar indicadores para la verificación del cumplimiento de este proceso</p>



ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p><b>PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN</b>  37. La organización debe contar con procesos donde se especifique cómo se manejan situaciones de urgencias médicas con los pacientes, indicando los mecanismos de remisión de los mismos *[29].</p>	<p>1) Socializar e implementar el código azul  2) Seguimiento y evaluación al proceso de referencia y contrarreferencia-Seguimiento a la aplicación de las guías</p>
<p><b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b>  5. En los casos que el paciente, por razones implícitas a su sistema de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no tenga derecho a los servicios que está solicitando, la organización proveerá la explicación pertinente y los mecanismos que el paciente podría seguir para potencialmente acceder a dichos servicios.</p>	<p>1) Medir el grado de adherencia a la información que se está dando y a generar indicadores que permita medir cumplimiento.  2) Mantener la capacitación continua al personal sobre derechos de los usuarios según el plan de beneficios y condiciones de acceso a estos según disposiciones legales del SGSSS  3) Ajustar documento de accesos y beneficios, definir proceso de información para los casos en que el usuario que solicita servicios no tiene derechos a acceder a estos.  4) Conocer información de experiencias exitosas en otras entidades, encuentro y asesoría con expertos.</p>
<p><b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b>  17. La organización garantiza que el sitio que asigna las citas envía, desde el día previo, o antes que comiencen a ser atendidos los pacientes, el listado de pacientes a atender, su orden de atención y el profesional asignado, así como información sobre copagos, cuotas moderadoras o pagos especiales que debe hacer el paciente.</p>	<p>Formular indicadores que midan el proceso y lograr evaluarlo.</p>
<p><b>PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE</b>  18. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento, donde se le orienta sobre qué debe hacer antes de la atención por el técnico o profesional a cargo.</p>	<p>Formular indicadores que midan el proceso y lograr evaluarlo, con el fin de brindar mejor atención.</p>
<p><b>PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN</b>  22. La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención *[26]. En cualquier situación este proceso no será delegable, ni tendrá responsabilidad alguna, al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.</p>	<p>1) Implementar e incentivar al personal en el uso de estos dispositivos con los que cuenta la institución.  2) Evaluar utilidad y gestión en la atención ,</p>

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p><b>PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN</b>  <b>30. La organización cuenta con un mecanismo que garantiza que en los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes, así como el manejo de sus eventos adversos, están sujetas a las guías de práctica clínicas previamente definidas</b></p>	<p>1) Fortalecer los procesos de evaluación de Historias clínicas y estandarizar la socialización de los resultados  2) Generar indicadores de seguimiento a los resultados de la evaluación de cumplimiento de guías de manejo (adherencia)  3) Documentar e implementar indicadores de evaluación que midan adherencia a guías</p>
<p><b>PROCESOS DE EDUCACIÓN EN SALUD</b>  <b>54. La organización cuenta con un proceso funcionando de educación en salud a los pacientes, el cual responde a las necesidades de las poblaciones objeto de los procesos de atención en salud que han sido realizadas en la misma *[32].</b>  § Los parámetros que definen las necesidades de educación en salud para la población objetivo deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención diseñadas por la organización. § El proceso es conducido por equipos multidisciplinarios, los cuales no necesariamente deben ser de dedicación específica, ni interactuar todos al tiempo con el paciente. § El proceso cuenta con metas y objetivos claramente definidos, con un sistema de evaluación (incluyendo indicadores de satisfacción del usuario), y un sistema proactivo de mercadeo o información a los potenciales pacientes de su existencia. § Los programas se apoyan en materiales educativos que reflejen la capacidad de entendimiento del público objetivo. Estos materiales deben contener elementos de promoción y prevención, especialmente fomentando el autocuidado</p>	<p>1) Evaluar plan de capacitación a usuarios  2) Verificar componente educativo en las historias clínicas  3) Revisar y proponer mejoras al proceso ya que no cuenta con metas, objetivos e indicadores  4) Diseñar material educativo para entregar al usuario con resumen de aspectos relevantes de cada tema tratado</p>

### 5.11 ESTANDARES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA CON CRITERIO DE CRITICIDAD MEDIA

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p><b>PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN</b>  <b>21. La organización dispone de mecanismos para que el paciente afectado por esperas prolongadas pueda presentar quejas, sugerencias o recomendaciones. Independientemente del mecanismo, la organización garantiza que se lleva un registro de las mismas, que clasifica los motivos y genera acciones correctivas para evitar su recurrencia.</b></p>	<p>Se revisaran actualizaciones futuras que permitan mejorar la recepción de este tipo de comunicaciones</p>

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p><b>PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN</b>  <b>26. La organización cuenta con procesos para obtener un registro firmado por el paciente cuando este decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante</b></p>	<p>1) Verificar uso y cumplimiento en la calidad del registro desde el análisis de la Historia Clínica  2) Establecer y parametrizar indicadores para la verificación del cumplimiento de este proceso</p>
<p><b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b>  <b>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.</b></p>	<p>1) Desarrollar estrategias que permitan evaluar que las directrices emitidas se están aplicando.  2) Socializar a todo nivel los documentos.  3) Ajustar documento, definir proceso de información para estos casos.  4) Conocer información de experiencias exitosas en otras entidades, encuentro y asesoría con expertos.  5) Incluir en el plan de capacitación temas de humanización y sencibilización y acompañarlo de campañas.</p>
<p><b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b>  <b>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.</b>  <b>Contará con un sistema que permita verificar la disponibilidad y oportunidad para dicho profesional y le informará al solicitante dichos resultados.</b>  <b>En caso que el profesional seleccionado por el paciente no cuente con la disponibilidad y/u oportunidad de preferencia para el paciente, la organización le explica cuándo este profesional vuelve a tener disponibilidad.</b>  <b>En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acorde a las necesidades del mismo</b></p>	<p>1) Documentar y socializar el proceso de asignación de citas por el Call Center.  2) Ampliar la efectividad del sistema a todos los servicios asistenciales de las unidades</p>

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p><b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b>  <b>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.</b></p>	<p>1) Implementar un sistema de investigación de causas de inatención.  2) Ajustar el SOFTWARE de tal forma que permita diferenciar las causas de inatención.</p>
<p><b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b>  <b>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.</b></p>	<p>Implementar un método de estudio que nos permita cumplir con este criterio.</p>
<p><b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b>  <b>14. Se cuenta con un proceso de asignación de citas, con sus respectivos procesos estandarizados, para la autorización y asignación de citas a los pacientes que requieran de sus servicios. § El sistema de soporte mencionado en el estándar podrá estar basado en diversas modalidades conocidas en el sistema de salud (Call Centers, servicios telefónicos o presenciales propios en la respectiva sede, etc.) § El sistema de soporte cuenta con las bases de datos actualizadas de los pacientes con derecho a recibir servicios en el (los) prestador(es).</b></p>	<p>Mejorar el Proceso de compensación de aportes y acreditación de afiliación con el objetivo de que el cargue de los pagos sea oportuno y de esta manera se elimina una barrera de acceso al servicio</p>
<p><b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b>  <b>15. Se conoce, por aquel que asigna la cita, entre otra información, la disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores a los cuales los solicitantes tienen derecho de atención.</b></p>	<p>Se revisaran actualizaciones futuras que permitan mejor accesibilidad a los usuarios.</p>
<p><b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b>  <b>16. Al momento de asignar la cita al paciente se le informa la fecha, hora, dirección y profesional asignado. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.</b></p>	<p>Se revisaran actualizaciones futuras que permitan mejor accesibilidad a los usuarios.</p>

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p><b>PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCIÓN</b>  <b>20. La organización cuenta con estándares de espera, para informar cuánto tiempo deben esperar los pacientes para acceder a la consulta o realización de exámenes.</b></p>	<p>Documentar, estandarizar y socializar el proceso de espera previa a la atención, donde se establezca el tiempo de espera para atención tanto por causas asociadas al usuario como a la oportunidad de la consulta, que incluya la evaluación de la oportunidad en el inicio de la atención, la publicidad de este estandar y el proceso para la información cuando por fuerza mayor no se pueda cumplir este estandar.</p>
<p><b>PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN</b>  <b>29. La organización garantiza que durante el proceso de atención con el profesional o técnico asignado el paciente tiene la posibilidad de ser escuchado respecto a sus inquietudes.</b> § Los profesionales y técnicos escuchan las inquietudes de los pacientes, independientemente del tipo y contenido de las preguntas, sin generar juicios de valor frente a las creencias o conocimientos de los pacientes. § Se procura siempre establecer contacto visual entre el paciente y el profesional o técnico que lo está atendiendo.</p>	<p>1) Estructurar la estrategia de empatía y proactividad y hacerla parte de la formación integral del cliente interno  2) Mejorar la monitorización y evaluación permanente del proceso.  3) Fortalecer capacitación de los profesionales y técnicos en atención del servicio.</p>
<p><b>PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN</b>  <b>31. La organización garantiza que cuenta con procesos para que el profesional tratante provea información básica al paciente y su familia (cuando lo amerite) como resultado de su atención. La anterior información incluye, más no se limita a:</b> § El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma. § El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de Reacciones Adversas Medicamentosas o Eventos Adversos Medicamentosos.</p>	<p>1) Implementar guías diagnósticas y terapéuticas para las principales patologías tratadas en la Unidad que incluya datos de la historia natural de la enfermedad, manejo farmacológico, recomendaciones y manejo no farmacológico  2) Diseñar indicadores de evaluación del cumplimiento o adherencia a la guía.  3) Establecer y hacer seguimiento al programa de farmacovigilancia, incluyendo plan de capacitaciones al respecto y diseñando mecanismos para las actualizaciones en materia de novedades de medicamentos articulando a nivel local las actividades del comité nacional de tecnofarmacovigilancia</p>

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p><b>PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN</b>  32. La información al paciente y su familia debe tener como resultado el óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos.</p>	<p>Documentar y estandarizar un proceso de educación al paciente en el manejo integral de su patología que incluya aspectos farmacológicos y no farmacológicos y que incluya declaración de aceptación o no del tratamiento planteado y sus objetivos</p>
<p><b>PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN</b>  39. La organización cuenta con una definición interna sobre lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y se cuenta con programas establecidos, tomando la información generada en los sistemas de información, para cuantificar y generar acciones encaminadas a controlar tal situación.</p>	<p>Plantear y aplicar las acciones derivadas de los informes de consultador hiperfrecuente</p>

## 5.12 ESTANDARES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA CON CRITERIO DE CRITICIDAD BAJA

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p><b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b>  7. La participación de los pacientes en investigaciones (clínicas o no) deben contar con una aceptación escrita y explícita de los mismos. Previo a esta aceptación se informará oralmente y por escrito al paciente de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación. Si la investigación amerita la reunión de un comité de ética debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.</p>	<p>Implementar estrategias que nos permitan aclarar la directriz y así documentar el proceso y socializarlo, replicar la figura del comité de ética a nivel regional y de oficinas y al área de prestación.</p>

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p><b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b></p> <p>1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que guíe el proceso de atención al cliente, el cual está definido desde el plan de direccionamiento estratégico de la organización.</p>	<p>1) Desarrollar instrumentos que nos permitan medir ( o ir recabando resultados) ,</p> <p>2) Elaborar y ejecutar programa de capacitación que garantice sobre el conocimiento comprensión y aplicación de la declaración de los derechos y deberes de los pacientes y del código de ética por parte de los clientes internos y externos en el proceso de atención, que incluya verificación de su efectiva implementación.</p>
<p><b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b></p> <p>2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.</p>	<p>1) Desarrollar estrategias que garanticen que el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes y en el código de ética se incluyan en el proceso de inducción del personal.</p> <p>2) Incluir en la evaluación de desempeño del cliente interno aspectos e indicadores que permitan calificar el cumplimiento de las directrices contenidas en la declaración de los deberes y derechos de los pacientes y en el código de ética se están aplicando.</p> <p>3) Diseñar e implementar un plan de socialización a todos los niveles de la organización de los documentos planes e indicadores que se diseñen.</p>
<p><b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b></p> <p>3. La organización garantiza que los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p>	<p>1) Desarrollar instrumentos que nos permitan medir el grado de conocimiento que tienen los usuarios sobre los D y D</p> <p>2) Implementar estrategias que garanticen que previo al acceso a la atención, el usuario reciba información sobre sus deberes y derechos desde el plan de capacitación a usuarios y estrategias de socialización masiva de esta declaración</p>

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p><b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b>  <b>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.</b></p>	<p>Se revisaran actualizaciones futuras</p>
<p><b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b>  <b>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.</b></p>	<p>Ajustar los resultados hacia una tendencia positiva. - Realizar comparaciones con otras IPS</p>
<p><b>PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE</b>  <b>19. La organización cuenta con un proceso de asesoramiento para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los pacientes carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes.</b></p>	<p>1) Documentar el proceso y socializarlo.  2) Revisar experiencia exitosa otras entidades, reunion de expertos</p>
<p><b>PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN</b>  <b>28. La organización cuenta con mecanismos para garantizar la privacidad y dignidad del paciente durante la atención con el profesional o técnico, lo anterior incluye, entre otras:</b>  § La privacidad es respetada mientras el paciente se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico.  § La privacidad en lo posible debe ser visual y auditiva (de afuera hacia adentro y viceversa), excepto cuando se trate de consultorios odontológicos modulares § Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad. § La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento. § La privacidad debe mantenerse en casos cuando se administran sustancias o medicamentos por vía intravenosa.</p>	<p>1) Mejorar el proceso de seguimiento y análisis de quejas y reclamos de usuarios por pérdida de la intimidad en el proceso de atención para facilitar la toma de decisiones  2) Implantar y desplegar el proceso hacia todos los servicios de la Unidad de Atención.  3) Culminar con los cambios en instalaciones e infraestructura que permitan cumplir con el estándar en todos los servicios.  4) Seguimiento y retroalimentación para todos los colaboradores, con medición basada en los indicadores  5) Mejorar el control y seguimiento de los indicadores de proceso para la toma de decisiones</p>
<p><b>PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN</b>  <b>33. La organización define y adopta, cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.</b></p>	<p>Dar continuidad al proceso de capacitación al personal para disminuir el subregistro de casos de interés en salud mental</p>



ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p><b>PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN</b>  <b>36. La organización garantiza que el paciente tiene el derecho de contar con la posibilidad de conseguir una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho, en caso que el paciente o la familia explícitamente lo solicite, puede ser informado a través de cualquier mecanismo de información con que cuente la organización, incluyendo el mismo profesional tratante. § El profesional tratante debe estar informado de este derecho § La organización debe respetar este derecho y en ningún caso puede rechazar o limitar el acceso al paciente si este decide volver a consultar.</b></p>	<p>Implementar el proceso</p>
<p><b>PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN</b>  <b>38. Los sistemas de información de la organización deben estar adecuados para identificar e incorporar en el registro del paciente, si la actual atención es consecuencia de un Evento Adverso ambulatorio o un reingreso a consulta ambulatoria por causa no resuelta en servicios de urgencias u otro servicio ambulatorio, así estos servicios no pertenezcan a la organización donde actualmente está siendo atendido.</b></p>	<p>Revisar y proponer al nivel Nacional las mejoras al sistema de información de la Institución</p>
<p><b>DERECHOS DE LOS PACIENTES</b>  <b>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.</b></p>	<p>Disponer del recurso humano y/o Establecer diferentes mecanismos de comunicación ajustados a la población a la que hay que llegar, si son niños, cartillitas para colorear supervisadas por los papas, si son invidentes los derechos y deberes en Braille, si son mudos lenguaje de señas mirando si dentro de los funcionarios hay personas que sepan de ello o tener de disponibilidad a alguien, si son indígenas, etc,</p>
<p><b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b>  <b>13. La organización garantiza que podría brindar información al usuario sobre servicios que presta la organización, pero a los cuales no tiene derecho el paciente. La información debe ser explícita con relación a la forma cómo acceder a la prestación de dichos servicios no cubiertos. Cuando el prestador de servicios sea parte de una red propia de una EAPB, y sea esta quien programe la atención en el respectivo prestador, además de cumplir con los estándares anteriormente mencionados, también deberá demostrar el cumplimiento de los siguientes.</b></p>	<p>Diseñar y documentar proceso de información para los casos en que el usuario que solicita servicios a los cuales no tiene derechos a acceder, incluyendo información sobre como acceder a estos.</p>

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
<p><b>PROCESOS DE EDUCACIÓN EN SALUD</b>  55. Los profesionales que remiten pacientes a estos procesos deben ser retroalimentados sobre la asistencia de sus pacientes a las labores de educación, así como el contenido general de la educación. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.</p>	<p>Revisar y proponer mejora el proceso en lo referente a la retroalimentación a los profesionales</p>

## 6. CONCLUSIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **7. RECOMENDACIONES**

### **7.1 RECOMENDACIONES PARA INTERVENIR LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## **BIBLIOGRAFIA**

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100 de 1993

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 715 de 2001

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

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

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

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

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

## **REFERENCIAS ELECTRONICAS**

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

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

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

recursos biblioteca.utp.edu.co.

**ANEXOS**

## Anexo A. Cronograma de Trabajo.

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

## Anexo B. Matriz de Autoevaluación

### AUTOEVALUACION PARA ACREDITACIÓN HOJA DE RESULTADOS

<b>FECHA DE LA AUTOEVALUACION</b>	jun-11	<b>RESPONSABLES</b>	Víctor Mario Anturi Núñez, Jazmin Yubiana Ayerbe Navarro, Diana Constanza
<b>ESTÁNDAR</b>	PROCESOS DE ATENCIÓN AL USUARIO - ASISTENCIAL		

1. ESTÁNDARES DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL	Estándar	LINEA DE BASE	DIMENSIÓN: ENFOQUE (Directrices, métodos y procesos utilizados para lograr el propósito de cada variable)	DIMENSIÓN: IMPLEMENTACIÓN (aplicación y alcance del enfoque dentro de la empresa)	DIMENSIÓN: RESULTADOS (se refiere a los logros y efectos de la aplicación del enfoque)	Puntaje	Calificación	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
1.1 ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL. AMBULATORIOS.			Sistematicidad y amplitud Proactividad Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución Despliegue en el cliente interno o externo	Pertinencia Consistencia Avance en la medición Tendencia Comparación				

<p>1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que guíe el proceso de atención al cliente, el cual está definido desde el plan de direccionamiento estratégico de la organización.</p>	1	<p>1) Se cuenta con el proceso documentado.  2) Se ha realizado despliegue en el área de prestación.  3) Se cuenta con liga de usuarios conformada y operante con su cronograma de capacitación a los usuarios.  4) Se cuenta con los derechos y deberes publicados en la página web</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	<p>1) Proceso documentado.  2) Derechos y deberes publicados en la página web</p>	<p>1) Desempeño en el cumplimiento de los deberes y derechos de los pacientes, el cual está definido desde el plan de direccionamiento estratégico de la organización.</p>
<p>2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.</p>	2	<p>Programa de Inducción y Entrenamiento  Plan de Inducción y Entrenamiento</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	<p>1) Se ha realizado despliegue en el área de prestación sobre el Manual del usuario (Derechos y Deberes) y Código de ética de la institución.  2) Se cuenta con:  _ Un Proceso de selección, contratación, inducción y entrenamiento de personal  _ Con evaluación de desempeño en 3 momentos  _ Publicación en la página WEB de todos estos procesos al alcance de los empleados y de carácter educativo</p>	<p>1) Desempeño en el cumplimiento de los deberes y derechos de los pacientes, el cual está definido desde el plan de direccionamiento estratégico de la organización.</p>

<p>3. La organización garantiza que los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p>	<p>3</p>	<p>Protocolo de Afiliaciones Proceso voz del cliente Declaración de derechos y deberes de los usuarios</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p>1</p>	<p>1) Se cuenta con los siguientes documentos: Manual de usuario (Derechos y Deberes) Derechos y deberes para usuarios de programas REB y de PyP 2) Se cuenta con Liga de usuarios creada y funcionando</p>	<p>1) instrum permita de co tienen sobre 2) Imple estrateg garantí acceso usuario informa deberes desde capacit y e socializ esta de</p>
<p>4. En los casos en que los derechos de los pacientes deban ser informados a estos, y las condiciones de los pacientes no permitan que comprendan su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión.</p>	<p>4</p>	<p>1) Se cuenta con el proceso documentado. 2) Se ha realizado despliegue en el área de prestación. 3) Se cuenta con liga de usuarios conformada y operante con su cronograma de capacitación a los usuarios. 4) Se cuenta con los derechos y deberes publicados en la página web. 5) la atención de esta población se realiza con la presencia de adulto responsable.</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p>1</p>	<p>1) Se cuenta con el proceso documentado. 2) Se ha realizado despliegue en el área de prestación. 3) Se cuenta con los derechos y deberes publicados en la página web</p>	<p>Dispon humano diferen de com ajustad a la que si son r para co supervi papas, los dere en Bray lenguaj mirand funcion persona ello o te dispon alguien indigen</p>

<p>5. En los casos que el paciente, por razones implícitas a su sistema de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no tenga derecho a los servicios que está solicitando, la organización proveerá la explicación pertinente y los mecanismos que el paciente podría seguir para potencialmente acceder a dichos servicios.</p>	<p>5</p>	<p>1) Se cuenta con el SIAU conformado y operante - Asignacion de citas UBA-DP-002 (administrar el ingreso)- Personal suficientemente capacitado en las líneas de frente para brindar la aseosoria necesaria.</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con personal suficientemente capacitado en las líneas de frente para brindar toda esta información a los usuarios. - Se cuenta con el proceso de administrar el ingreso documentado y socializado.</p>
---	----------	---	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	----------	---

1) Medi  
adhere  
informa  
dando y  
indicad  
medir c  
2)Mante  
capacit  
persona  
derecho  
usuario  
de bene  
condici  
a estos  
disposi  
del SG  
docume  
y benef  
proceso  
para los  
el usua  
servicio  
derecho  
estos.4  
informa  
experie  
en otras  
encuen  
con ex

<p>6. La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se proveerá atendiendo al respeto que merece la condición de paciente, independiente de sexo, edad, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.</p>	6	<p>1) Se cuenta con el SIAU conformado y operante - Asignación de citas UBA-DP-002 (administrar el ingreso)- Personal suficientemente capacitado en las líneas de frente para brindar la asesoría necesaria.</p>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	19	1,9	<p>1) se cuenta con el Manual del usuario (Derechos y Deberes) y Código de ética de la institución. 2) Se cuenta con un Proceso de selección, contratación, inducción y entrenamiento personal. 3) Se cuenta con evaluación de desempeño en 3 momentos-4) se cuenta publicación en la pagina WEB de todos estos procesos al alcance de los empleados y de caracter educativo</p>	<p>1)Desarrollar estrategia y permitira las direcciones se esta Socializandolos documentos de proceso para casos.4) Se cuenta con experiencia en otros encuentros con experiencia en el capacitacion humana sensibilizacion y de acompa</p>
<p>7. La participación de los pacientes en investigaciones (clínicas o no) deben contar con una aceptación escrita y explícita de los mismos. Previo a esta aceptación se informará oralmente y por escrito al paciente de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación. Si la investigación amerita la reunión de un comité de ética debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.</p>	7	<p>Comité de etica del asegurador - No está presente en todas las áreas, no está documentado, la directriz no está claramente establecida</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	<p>Se cuenta con el comité nacional de Etica como asegurador y garante de la protección del derecho de los usuarios a la participación o no en investigaciones (clínicas o no), de cuya reunión, discusión y aprobación o negación del desarrollo de la investigación deja constancia mediante acta. Contractualmente está definido que ningún colaborador puede utilizar la información de los pacientes para realizar investigaciones de cualquier tipo sin surtir el trámite ante el comité de ética de Coomeva EPS</p>	<p>Implementar que nos aclarar los documentos y socializar figura de etica a de oficio prestacion</p>



<p><b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b></p> <p><b>8.</b> La organización garantiza, y en los casos de un aplique, el derecho del paciente, a través de un proceso estandarizado, de solicitar cita con el profesional de la salud de su preferencia que se encuentre dentro de las opciones dadas por la institución prestadora. Contará con un sistema que permita verificar la disponibilidad y oportunidad para dicho profesional y le informará al solicitante dichos resultados. En caso que el profesional seleccionado por el paciente no cuente con la disponibilidad y/u oportunidad de preferencia para el paciente, la organización le explica cuándo este profesional vuelve a tener disponibilidad. En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acorde a las necesidades del mismo</p>	<p>8</p> <p>La institución tiene estandarizado el proceso de administración del ingreso a la prestación de servicios y cuenta con un SOFTWARE confiable y de práctico manejo para la asignación de citas por diversas modalidades (Call center, presenciales y telefónicas).</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>19</p>	<p>1,9</p>	<p>1) Se cuenta con un SOFTWARE o Aplicativo de gestión el cual cumple con criterios de seguridad y confidencialidad, el cual tiene diseñadas las fases de planeación de la atención que incluye la programación de agendas y calendarios para los profesionales, módulo de asignación de citas, cumplimiento de citas, recaudos de cuotas moderadoras cuando estas aplican, atención de citas y generador de indicadores de oportunidad para la asignación de citas directamente o por interfase, el cual carga parametros e cauerdo al perfil del usuario, es de facil manejo confible en la operación y resultados.</p> <p>2) Se tiene estandarizado y evaluado un Indicador de oportunidad para médico general y para los diferentes especialistas que atienden en la unidad.</p> <p>3) Se cuenta con un proceso de asignación de citas con diversas modalidades (Call center, presenciales y telefónicas).</p>
---	--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	------------	---

1) Docu  
socializ  
asignac  
el Call  
2) Ampl  
efectiv  
a todos  
asisten  
unidade

<p>9. La organización, para una adecuada programación de los tiempos de los profesionales y para respetar el tiempo de los pacientes, programa la agenda teniendo en cuenta los estándares de tiempo que se necesitan para la realización de cada uno de los procesos de atención, teniendo en cuenta también, las diferencias necesarias de tiempo entre cada uno de estos.</p>	9	SOFTWARE confiable y practico manejo para la asignacion de citas por diversas modalidades (Call center, presenciales y telefonicas).	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	19	1,9	Se tienen definidos los periodos de atención a usuarios de evento discreto y usuarios con REB si se trata de una consulta de primera vez o control y programa en el aplicativo de gestión la hora exacta en que el usuario sera atendido, criterios estos que estan parametrizados en el aplicativo de gestión de la Unidad	Se revis actualiz
<p>10. La Institución Prestadora de Servicios de salud tiene definidos los indicadores y estándares de oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.</p>	10	Cuenta con documentado el proceso UBA-DC-010-compartido de prestacion de servicios-evaluacion-desempeño	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	19	1,9	Se cuenta con tableros de indicadores que son monitoreados mensualmente. Están estandarizados los tiempos máximos de espera para la asignación de citas de medicina general y especializada con criterios de oportunidad.	Ajustar hacia u positiva compar otras IP
<p>11. En caso de no atención a los pacientes con citas asignadas o autorizadas, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación y análisis de las causas de inatención. La organización es libre de definir la categorización (listado de causas), así como su amplitud, de las causas de dichas intenciones.</p>	11	1)Reporte de SOFTWARE de citas asignadas y citas no atendidas, con datos completos de identificacion del usuario.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	1) Se cuenta con un SOFTWARE de historias clinicas. 2) Se tiene un Indicador de oportunidad. 3) Se cuenta con un proceso de asignacion de citas con diversas modalidades (Call center, presenciales y telefonicas).	1) Im sistema investig de 2) SOFTW forma diferenc inatenc	

<p>12. La organización, a través de cualquier método probado y validado de estudio, conoce y analiza aquellos casos en los cuales los pacientes no pudieron acceder a los servicios.</p>	12	<p>Comité de mejoramiento de la oportunidad-Nal</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	<p>Implementación de estudio para permitir este criterio</p>		
<p>13. La organización garantiza que podría brindar información al usuario sobre servicios que presta la organización, pero a los cuales no tiene derecho el paciente. La información debe ser explícita con relación a la forma cómo acceder a la prestación de dichos servicios no cubiertos. Cuando el prestador de servicios sea parte de una red propia de una EAPB, y sea esta quien programe la atención en el respectivo prestador, además de cumplir con los estándares anteriormente mencionados, también deberá demostrar el cumplimiento de los siguientes.</p>	13	<p>1) Se cuenta con el SIAU conformado y operante - Asignación de citas UBA-DP-002 (administrar el ingreso)- Personal suficientemente capacitado en las líneas de frente para brindar la asesoría necesaria.</p>	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	14	1,4	<p>1) Se cuenta con personal suficientemente capacitado en las líneas de frente para brindar toda esta información a los usuarios. -2) Se cuenta con el proceso de administrar el ingreso documentado y socializado.</p>	<p>Diseño de procesos para los usuarios que no tiene acceso a información</p>	
<p>14. Se cuenta con un proceso de asignación de citas, con sus respectivos procesos estandarizados, para la autorización y asignación de citas a los pacientes que requieran de sus servicios.</p>	14	<p>1) Reporte de SOFTWARE de citas asignadas que permite validar las diversas modalidades de asignación y el estado de afiliación del usuario en tiempo real. 2) Se cuenta con el documento Asignación de citas UBA-DP-002 (administrar el ingreso)</p>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	19	1,9	<p>* Se cuenta con un proceso de asignación de citas documentado y socializado, con la modalidad de Call Center, servicio telefónico y presenciales. *Se cuenta con un aplicativo que permite validar los derechos de los usuarios y que se puede acceder a él desde el Internet. Las bases de datos se actualizan en tiempo real, lo que permite consulta actualizada y de inmediata.</p>	<p>Mejorar competencias y aportes de afiliados que sea operativa manera barrera servicio</p>

<p>§ 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.)</p>																
<p>§ El sistema de soporte cuenta con las bases de datos actualizadas de los pacientes con derecho a recibir servicios en el (los) prestador(es).</p>																
<p>15. Se conoce, por aquel que asigna la cita, entre otra información, la disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores a los cuales los solicitantes tienen derecho de atención.</p>	<p>15</p>	<p>1) Documento asignacion de citas UBA-DP-002 (administrar el ingreso), 2) Red de Servicios Actualizada, 3) SOFTWARE y/o Aplicativo CIKLOS con la informacion</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>19</p>	<p>1,9</p>	<p>* Se cuenta con un proceso de asignacion de citas documentado y socializado, con la modalida de Call Center, servicio telefonicos y presenciales. *Se cuenta con un aplicativo que permite validar las agendas de los profesionales e informacion de los prestadores actualizada y que se puede acceder a el desde el Internet.* Se cuenta con documento de Red Ambulatoria a cada persona implicada en el proceso.</p>	<p>Se actualiza que p accese usuario</p>

<p>16. Al momento de asignar la cita al paciente se le informa la fecha, hora, dirección y profesional asignado. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.</p>	<p>16</p>	<p>1) Documento asignacion de citas UBA-DP-002 (administrar el ingreso), 2) SOFTWARE y/o Aplicativo CIKLOS con la informacion</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>19</p>	<p>1,9</p>	<p>1) Se cuenta con un proceso de asignacion de citas documentado y socializado, con la modalidad de Call Center, servicio telefonicos y presenciales.  2)Se cuenta con un aplicativo que permite validar las agendas de los profesionales con sus respectivos horarios, deja constancia, de quien asigno la cita, que informacion adicional se dio y en que fecha y hora se asigno la cita.  3) El aplicativo genera recordatorio para el usuario que continene nombre del mprofesional fecha hora dirección y consultorio en el cual será atendido e información sobre cuota moderadora a pagar y recomendaciones sobre asistencia oportna a la consulta. Este se puede imprimir y entregar al usuario o leer si la solicutd es telefónica.</p>
--	-----------	---	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	------------	---

Se actualiz que p accesit usuario

<p>17. La organización garantiza que el sitio que asigna las citas envía, desde el día previo, o antes que comiencen a ser atendidos los pacientes, el listado de pacientes a atender, su orden de atención y el profesional asignado, así como información sobre copagos, cuotas moderadoras o pagos especiales que debe hacer el paciente.</p>	<p>17</p> <p>1) Documento asignacion de citas UBA-DP-002 (administrar el ingreso), 2) SOFTWARE y/o Aplicativo CIKLOS con la informacion disponible al personal que asigna como al que atiende.</p>	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	18	1,8	<p>1) Se cuenta con un proceso de asignacion de citas documentado y socializado, con la modalidad de Call Center, servicio telefonicos y presenciales. * Se cuenta con un SOFTWARE muy completo que nos arroja informacion necesaria para medir el proceso y levantar indicadores.</p> <p>2) Se cuenta con un aplicativo que permite validar los derechos de los usuarios y que se puede acceder a el desde el Internet. Las bases de datos se actualizan en tiempo real, lo que permite consulta actualizada e inmediata.</p> <p>3) Las agendas se pueden consultar por profesional en cualquier momento visualizando parametros de identificación del uusuario y horarios asignados entre otros.</p>	<p>Formul que mic lograr e</p>
<p>§ La organización distribuye dicha información o listados a las personas que están directamente involucradas en la gestión de los procesos de atención (Ej.: portería, recepción, profesionales, etc.)</p>															

<p><b>PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE</b>  <b>18.</b> Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento, donde se le orienta sobre qué debe hacer antes de la atención por el técnico o profesional a cargo.</p>	<p>18</p>	<p>1) Documento asignacion de citas UBA-DP-002 (administrar el ingreso), 2) Personal suficientemente capacitado en las lineas de frente para brindar la asesoria necesaria.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	<p>* Se cuenta con un proceso de asignacion de citas documentado y socializado, donde se describe todo el proceso de admision al usuario.  *Se cuenta con un aplicativo que permite validar los derechos de los usuarios y que se puede acceder a el desde el Internet.  * Plan Anual de capacitacion al personal.  * Cartelera Visible del SIAU con informacion de interes para los usuarios.</p>	<p>Formul  que mi  lograr e  fin de b  atencio</p>	
<p>§ Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su atención.</p>																	
<p>§ La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención.</p>																	
<p>§ El personal a cargo de la recepción del paciente conoce el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso, el cual también es conocido por todo el personal de atención de la organización.</p>																	

<p>19. La organización cuenta con un proceso de asesoramiento para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los pacientes carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes.</p>	<p>19</p>	<p>Se cuenta con el Area de atención al usuario y las oficinas de los Directores, auditores y coordinadores son de puertas abiertas.</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p>1</p>		<p>1) Docu proceso Revisar exitosa reunion</p>
<p><b>PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCIÓN</b> 20. La organización cuenta con estándares de espera, para informar cuánto tiempo deben esperar los pacientes para acceder a la consulta o realización de exámenes.</p>	<p>20</p>	<p>El aplicativo permite obtener un reporte de oportunidad en la atención y se ha fijado en 8 minutos el tiempo de espera para atención tanto en la espera por causa asociadas al usuario como a la oportunidad de la consulta, pero no se tiene estandarizado un proceso para evaluar esta oportunidad en el inicio de la atención ni se tiene publicado esta información en las salas de espera. No se tiene estandarizado el proceso de información al usuario sobre la demora en el inicio de la atención.</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p>1</p>	<p>El aplicativo de gestión permite obtener un reporte de oportunidad en la atención.</p>	<p>Docum estanda el proce previa a donde s tiempo atención causas usuario oportun consult evaluac oportun de la at publicic estanda para la cuando mayor r cumplir</p>
<p>§ Esta información está a la vista del público en la sala de espera.</p>																
<p>§ Si por algún motivo se sobrepasa el tiempo previamente estipulado, se le explica personalmente al paciente las causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando</p>																



<p>21. La organización dispone de mecanismos para que el paciente afectado por esperas prolongadas pueda presentar quejas, sugerencias o recomendaciones. Independientemente del mecanismo, la organización garantiza que se lleva un registro de las mismas, que clasifica los motivos y genera acciones correctivas para evitar su recurrencia.</p>	<p>21</p>	<p>Reporte del aplicativo de voz del cliente con variables de mecanismo de la manifestación, motivos y acciones correctivas y preventivas.</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>19</p>	<p>1,9</p>	<p>Se cuenta con mecanismos de voz del cliente como: Presencial, escrita (Buzon, carta), pagina WEB y 018000. Este aplicativo tiene creados en sus bases de datos los usuarios que tienen la responsabilidad de gestionar y responder las comunicaciones y un usuario que aprueba los trámites realizados como control de la gestión efectuada, además tiene un sistema de alarmas y alertas tipo semáforo que informa al responsable de la gestión los tiempos de espera a los que se ha sometido la comunicación y la proximidad del vencimiento de esta y permite en los ambientes de producción de los administradores del sistema, generar estadísticas de las comunicaciones teniendo en cuenta la oportunidad en la respuesta y por categoría o causa de la reclamación o comunicación del usuario.</p>
---	-----------	--	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	------------	--

Se actualiza que por recepción de com

<p>22. La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención *[26]. En cualquier situación este proceso no será delegable, ni tendrá responsabilidad alguna, al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.</p>	<p>22</p>	<p>La planta telefónica que cuenta la unidad tiene una extensión dedicada para el servicio de altavoz mediante el cual el médico llama al paciente para la atención; y en la plataforma de atención se cuenta con digiturno</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>19</p>	<p>1,9</p>	<p>1)Se cuenta con mecanismo de alta voz para el llamado de los usuarios desde la extensión del consultorio médico. 2) En la plataforma de atención se cuenta con un mecanismo electrónico para organizar la atención (digiturno) y un aplicativo que mide el tiempo de atención dedicado a cada usuario (SATURNO).</p>	<p>1) Implementación en el uso de la plataforma de atención se cuenta con un mecanismo electrónico para organizar la atención (digiturno) y un aplicativo que mide el tiempo de atención dedicado a cada usuario (SATURNO). 2) Evaluación de la gestión</p>
<p>*[26]. El médico sale y la llama, altavoz, numeración electrónica, etc.</p>																
<p><b>PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN</b> 23. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implementación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados.</p>	<p>23</p>	<p>Se cuenta con el proceso documentado UBA_DP-002: atender consulta</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>19</p>	<p>1,9</p>	<p>1. Cuenta con el proceso documentado y socializado, aunque no a todo nivel. 2. el documento se encuentra cargado en la plataforma documental (DARUMA)</p>	<p>1. Evaluación del proceso 2. Medición al proceso de dicha actividad mediante historia</p>

<p>24. Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento, de los cuidados en salud ofrecidos por la organización, están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o adaptado.</p>	24	<p>1. Se tiene el proceso documentado UBA_DC-016.  2. Se cuenta con guías de atención propias.  3. Las guías se encuentran al alcance de todos en la plataforma documental.</p>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	19	1,9	<p>1. Se cuenta con guías de atención desarrolladas por la institución, otras adaptadas.  2. Dichas guías han sido socializadas.  3. Tiene las guías al alcance de todos a través de su plataforma documental (DARUMA).  4. Cuenta con la disponibilidad de que todo colaborador pueda acceder a la plataforma documental.  5. Se tiene establecido un proceso de evaluación de Historias Clínicas con base en el análisis de necesidad y adecuación de la historia clínica en el cual se analiza pertinencia del diagnóstico y la Historia Clínica</p>	Ampliar aplicabilidad de atención guía de estable
<p>En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías deben ser explícitas en contener:</p>		<p>Guía Clínica Enfermedad Renal Crónica</p>																
<p>§ De quién es la responsabilidad de hacer la guía</p>		<p>Guía Clínica Hipertensión Arterial</p>																
<p>§ Cuáles son los objetivos de la guía</p>		<p>Guía Clínica Artritis Reumatoidea</p>																
<p>§Cuál fue el grupo que se reunió e hizo la guía</p>		<p>Guía Clínica Obesidad</p>																
<p>§ Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia</p>		<p>Guía Clínica Valoración de la Anemia</p>																

§	Formulación explícita de recomendaciones	Guía Clínica Asma																	
§	Costos y beneficios de la guía	Guía Clínica Crisis Hipertensiva																	
§	Cada cuánto se hará la actualización	Guía Clínica Enfermedad Diarreica Aguda																	
§	Cómo se evitaron los potenciales errores en la formulación de la guía	Guía Clínica Enfermedad Tiroides																	
§	Aplicabilidad	Guía Clínica Enfermedad Pulmonar Obstructiva -EPOC																	
§	Cada cuánto, y cómo, se monitorizará la adherencia a la guía	Guías Materno perinatales Documento de evaluación de Historias Clínicas.																	
	<b>25.</b> La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado cuando sea necesario. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información al paciente o persona responsable, acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.	<b>25</b> Se encuentran documentadas para cada procedimiento: UBA-DP002	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	19	1,9		Existe el documento y formatos de consentimiento informado para diversos procesos y procedimientos que se practican o se ordenan en la unidad por el equipo de salud.	1) Verificar cumplimiento calidad desde el Historial 2) Esta parámetro indicado verifica cumplimiento proceso	
	<b>26.</b> La organización cuenta con procesos para obtener un registro firmado por el paciente cuando este decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante	<b>26</b> Se cuenta con el documento para negación a recibir el tratamiento Esta en el instructivo para consentimiento informado, del UBA- DP-002	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1		Existe el documento y el formato respectivo.	1) Verificar cumplimiento calidad desde el Historial 2) Esta parámetro indicado verifica cumplimiento proceso	

<p>27. La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los procesos de atención.</p>	<p>27</p>	<p>Se cuenta con estadísticas e indicadores de eventos adversos y gestión de los mismos. Reporte de indicadores de eventos adversos a la SUPERSALUD en el aplicativo del Ministerio Existe una Guía de manejo de reacciones post-vacunales Existe comité de seguridad de la atención; se cuenta con política de seguridad de la atención y protocolo de Londres para la gestión de eventos adversos No se tienen guías de reacción inmediata</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p>1</p>	<p>Política de Seguridad del Paciente Guía de evento post vacunal</p>	<p>1) Elaboración de reacciones sociales reacción establecimiento control, seguimiento cumplimiento</p>
<p><b>PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN</b> 28. La organización cuenta con mecanismos para garantizar la privacidad y dignidad del paciente durante la atención con el profesional o técnico, lo anterior incluye, entre otras:</p>	<p>28</p>		<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>19</p>	<p>1,9</p>	<p>Orientación de la organización hacia la Acreditación en salud PAMEC hace seguimiento a los reclamos por pérdida de la intimidad de los pacientes en el proceso de atención</p>	<p>Mejorar seguimiento de quejas de usuarios de la institución para facilitar decisiones</p>
<p>§ La privacidad es respetada mientras el paciente se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico.</p>															<p>Existen orientaciones nacionales para el desarrollo de infraestructura acorde con las exigencias de acreditación.</p>	<p>Implantar procesos de servicios de Atención</p>
<p>§ La privacidad en lo posible debe ser visual y auditiva (de afuera hacia adentro y viceversa), excepto cuando se trate de consultorios odontológicos modulares</p>															<p>Existen orientaciones nacionales para el desarrollo de infraestructura acorde con las exigencias de acreditación.</p>	<p>Cumplir con cambios de instalación de infraestructura que permita cumplir estándares de servicios</p>

<p>§ Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.</p>															<p>Existen orientaciones nacionales para el desarrollo de infraestructura acorde con las exigencias de acreditación.</p>	<p>Seguim retroali todos lo colabor medicio indicad</p>
<p>§ La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.</p>															<p>Existencia de propósito organizacional divulgado a los colaboradores para el logro de la acreditación de en salud</p>	<p>Mejoran seguim indicad para la decisio</p>
<p>§ La privacidad debe mantenerse en casos cuando se administran sustancias o medicamentos por vía intravenosa.</p>																
<p>29. La organización garantiza que durante el proceso de atención con el profesional o técnico asignado el paciente tiene la posibilidad de ser escuchado respecto a sus inquietudes.</p>	29	<p>Se tiene estandarizado el proceso de atención y se ha desplegado a los niveles asistenciales, se ha adelantado una campaña denominada proactividad, liderada por voz del cliente que busca generar valores como la empatía y la proactividad</p>	2	2	2	2	2	2	2	1	1	18	1,8	<p>La organización tiene como propósito el logro de la acreditación y lo comunica permanentemente a los colaboradores Campaña de voz del cliente sobre empatía y proactividad</p>	<p>Estructura de emp proactiv parte de integral interno Mejoran monitor evaluac del proo</p>	
<p>§ Los profesionales y técnicos escuchan las inquietudes de los pacientes, independientemente del tipo y contenido de las preguntas, sin generar juicios de valor frente a las creencias o conocimientos de los pacientes.</p>														<p>La organización tiene como propósito el logro de la acreditación y lo comunica permanentemente a los colaboradores</p>	<p>Mejoran monitor evaluac del proo</p>	
<p>§ Se procura siempre establecer contacto visual entre el paciente y el profesional o técnico que lo está atendiendo.</p>														<p>Orientación de la organización al mejoramiento del servicio.</p>	<p>Fortalece de los p técnico servicio</p>	

<p>30. La organización cuenta con un mecanismo que garantiza que en los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes, así como el manejo de sus eventos adversos, están sujetas a las guías de práctica clínica previamente definidas</p>	<p>30</p>	<p>Se cuenta con estadísticas de eventos adversos y gestión de los mismos. Se cuenta con guías de atención documentadas y socializadas. Se cuenta con un comité de historias clínicas y programa de hiperfrecuentador.</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>17</p>	<p>1,7</p>	<p>Proceso de Prestación de Servicios de Salud en UBA estandarizado y socializado. Se cuenta con guías de atención documentadas y socializadas. Documento del proceso de gestión de eventos adversos documentado; estandarizado y aplicado con actas actualizadas de evaluación de historias clínicas. Proceso documentado; estandarizado y aplicado con actas actualizadas de evaluación de historias clínicas de pacientes hiperfrecuentadores</p>	<p>Fortalecimiento de evaluación de Historia estandarizada socializada resultados Generación de seguimiento de resultados de evaluación cumplimiento de man</p>
<p>§ Se realizan evaluaciones periódicas de dicha adherencia, con participación de los profesionales directamente involucrados en la atención.</p>															<p>Se cuenta con un comité de historias clínicas y programa de hiperfrecuentador cuyos resultados se socializan en comité con la participación de todos los profesionales</p>	<p>Documentación implementada indicadores de evaluación de adherencia</p>

<p>31. La organización garantiza que cuenta con procesos para que el profesional tratante provea información básica al paciente y su familia (cuando lo amerite) como resultado de su atención. La anterior información incluye, más no se limita a:</p>	<p>31</p> <p>Esta descrito en el UBA-DP-002 en normas de atención programada Se cuenta con formatos de historia clínica con enfoque de riesgo para pacientes hipertensos, diabeticos y maternas. Se ha desplegado la estrategia AIEPI para la atención de la población infantil</p>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	19	1,9	<p>Se adelanta un cronograma de capacitaciones a los profesionales en cuyo despliegue se hace énfasis en la educación al paciente, recomendaciones en manejo no farmacológico y hábitos de vida saludable</p>	<p>Implementación de diagnósticos terapéuticos principales tratadas que incluye historia de enfermería farmacológica recomendaciones manejo farmacológico Diseñar evaluaciones cumplir adherencia Establecer programas farmacológicos incluir capacitaciones respecto a mecanismos actualización de medicamentos articulación de las actividades comité de tecnofarmacia</p>
<p>§ El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma.</p>																
<p>§ El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de Reacciones Adversas Medicamentosas o Eventos Adversos Medicamentosos.</p>																
<p>§ Las indicaciones a seguir en la toma de medicamentos, tales como horarios e interacciones con otros medicamentos o alimentos.</p>																
<p>§ Especial importancia se le da a los cuidados y autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, etc.)</p>																
<p>§ Los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad o discapacitados mentales.</p>																



<p><b>32.</b> La información al paciente y su familia debe tener como resultado el óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos.</p>	<p><b>32</b></p>	<p>No se tiene documentado ni estandarizado un proceso de educación del paciente en el manejo de su patología ni declaración de aceptación del tratamiento y sus objetivos</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>10</p>	<p>1</p>	<p>Se cuenta con el Manual del usuario (Derechos y Deberes)</p>	<p>Docum estanda de educ de educ pacient integral que inc farmaco incluya aceptac tratami sus obj</p>
<p>§ La información contenida en el anterior estándar puede estar reforzada o complementada por las acciones comprendidas en la sección de educación *(27).</p>																
<p>*(27). Ver sección específica</p>																
<p><b>33.</b> La organización define y adopta, cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.</p>	<p><b>33</b></p>	<p>Se aplican las guías de la Resolución 412, así como los protocolos de vigilancia en salud mental, por parte del personal médico y paramédico y se brinda atención y seguimiento por personal de psicología a las víctimas</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>18</p>	<p>1,8</p>	<p>Se capacita periódicamente al personal médico y paramédico en la identificación, reporte e intervención de eventos de interés en salud mental, así mismo se cuenta con la ruta de atención para las víctimas de maltrato y abuso sexual y se tiene un profesional en psicología que se encarga de estos eventos</p>	<p>Dar con proces capacit para dis subregi interés</p>

<p><b>34.</b> Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se debe especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con personal profesional para realizar dichos procesos de atención y un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.</p>	34	<p>Se cuenta con un proceso documentado para la atención de consulta no programada, pero esta se oferta únicamente de lunes a sábado de 7am a 7pm</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	<p>No se tiene habilitado atención nocturna por tanto no aplica</p>	
<p><b>35.</b> La organización tiene identificados y definidos internamente una serie de fallas (humanas o de sistemas de soporte *[28]) en la operación de los procesos prioritarios, los cuales su sola presencia generan un sistema de investigación, análisis y toma de decisiones para evitar un evento adverso prevenible.</p>	35	<p>Se cuenta con los indicadores definidos para el estandar 9 de seguimiento a riesgo, así como con una política de seguridad del paciente y una metodología definida para la búsqueda activa, notificación, investigación, análisis y seguimiento de los eventos adversos</p>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	19	1,9	<p>La Institución cumple con el estandar 9 de seguimiento a riesgo, tiene definida una política de seguridad del paciente y dentro de los posibles eventos adversos que ha definido en la operación del servicio se contemplan los que se generan por las personas y los sistemas de soporte</p>	<p>Realiza componentes indicadores resultados de mejor implement</p>
<p>*[28] También llamadas en la literatura Fallas Activas y fallas Latentes, respectivamente.</p>																
<p><b>36.</b> La organización garantiza que el paciente tiene el derecho de contar con la posibilidad de conseguir una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho, en caso que el paciente o la familia explícitamente lo solicite, puede ser informado a través de cualquier mecanismo de información con que cuente la organización, incluyendo el mismo profesional tratante.</p>	36	<p>Los pacientes pueden solicitar una segunda opinión directamente para servicios de baja complejidad y para procesos o servicios de mayor complejidad se garantiza este mismo derecho previa revisión del caso con auditoria médica</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1		<p>Comple procesos</p>

<p>§ El profesional tratante debe estar informado de este derecho</p>	<p>Todos los profesionales han sido informados del derecho de los pacientes a consultar y solicitar una segunda opinión con el profesional de su preferencia</p>															<p>Comple proceso</p>
<p>§ La organización debe respetar este derecho y en ningún caso puede rechazar o limitar el acceso al paciente si este decide volver a consultar.</p>	<p>No existen restricciones al paciente en la solicitud de citas con los diferentes profesionales</p>															<p>Comple proceso</p>
<p>37. La organización debe contar con procesos donde se especifique cómo se manejan situaciones de urgencias médicas con los pacientes, indicando los mecanismos de remisión de los mismos *[29].</p>	<p>Se encuentra documentado el proceso de código azul y de referencia y contrarreferencia de pacientes en situaciones de urgencia médica</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>17</p>	<p>1,7</p>	<p>Código azul documentado Proceso de referencia y contrarreferencia documentado y socializado</p>	<p>Socializ implem azul Seguim evaluac de refer contrar</p>	
<p>*[29]. Estas guías deben estar diseñadas y con capacidad de ser implementadas, así la función principal de la organización no sea la atención de urgencias</p>	<p>La IPS tiene capacidad para la ejecución de las guías</p>													<p>Guías documentadas y socializadas IPS con capacidad para la ejecución de las guías</p>	<p>Seguim aplicaci</p>	

<p><b>38.</b> Los sistemas de información de la organización deben estar adecuados para identificar e incorporar en el registro del paciente, si la actual atención es consecuencia de un Evento Adverso ambulatorio o un reingreso a consulta ambulatoria por causa no resuelta en servicios de urgencias u otro servicio ambulatorio, así estos servicios no pertenezcan a la organización donde actualmente está siendo atendido.</p>	38	No se cuenta con estos datos en el sistema de información, ni desde la historia clínica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1	Se cuenta con la Política de seguridad de la atención	Revisar nivel Na mejoras informaticas Institucion
<p><b>39.</b> La organización cuenta con una definición interna sobre lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y se cuenta con programas establecidos, tomando la información generada en los sistemas de información, para cuantificar y generar acciones encaminadas a controlar tal situación.</p>		Proceso de consultador hiperefrecuente	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	18	Proceso documentado, socializado y en ejecución	Plantear acciones para mejorar los info de consultadores hiperefrecuente
<p>Si la organización es exclusivamente, o presta dentro de sus servicios ambulatorios, cirugía ambulatoria *[30], esta debe garantizar que cuenta con los siguientes procesos diseñados e implementados:</p>	39	No aplica para esta Institución, ya que no oferta servicios de cirugía ambulatoria													NA	
<p>*[30] En cualquiera de los dos casos mencionados (organización exclusiva de cirugía ambulatoria, o un servicio de cirugía ambulatoria dentro de una organización de servicios ambulatorios), también se deben cumplir el resto de los estándares del presente manual</p>																

<p><b>PROCESOS DE EDUCACIÓN EN SALUD</b>  <b>54.</b> La organización cuenta con un proceso funcionando de educación en salud a los pacientes, el cual responde a las necesidades de las poblaciones objeto de los procesos de atención en salud que han sido realizadas en la misma *[32].</p>	<p>Plan maestro de capacitación al usuario-En el UBA-DP-002 (En documentos relacionados) se documentaron: Guía educativa: escuela para padres escolares, escuela para padres adolescentes, Control prenatal, para la promoción de la sexual y reproductiva, recomendaciones para el desarrollo educativo del programa de HTA y DM.</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>19</p>	<p>1,9</p>	<p>Procesos educativos documentados</p>	<p>Evaluar capacidad Verificar educación historia</p>
<p>*[32]. Lo anterior no implica la existencia de un servicio o unidad funcional como tal, sino de procesos específicos para cumplir tal función.</p>	<p>Existen los procesos educativos específicos</p>														
<p>§ Los parámetros que definen las necesidades de educación en salud para la población objetivo deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención diseñadas por la organización.</p>	<p>54          Guías de atención con componente educativo y de recomendaciones al paciente</p>													<p>Guías educativas con componente educativo al paciente</p>	
<p>§ El proceso es conducido por equipos multidisciplinarios, los cuales no necesariamente deben ser de dedicación específica, ni interactuar todos al tiempo con el paciente.</p>	<p>La IPS cuenta con un equipo multidisciplinario para la ejecución de los procesos educativos</p>													<p>Personal médico y paramédico desarrollando procesos educativos</p>	<p>Evaluar capacidad Verificar educación historia</p>
<p>§ El proceso cuenta con metas y objetivos claramente definidos, con un sistema de evaluación (incluyendo indicadores de satisfacción del usuario), y un sistema proactivo de mercadeo o información a los potenciales pacientes de su existencia.</p>	<p>Se cuenta con las guías educativas</p>												<p>Se realiza evaluación de cada capacitación a los usuarios</p>	<p>Revisar mejoras que no metas, indicadores</p>	

<p>§ Los programas se apoyan en materiales educativos que reflejen la capacidad de entendimiento del público objetivo. Estos materiales deben contener elementos de promoción y prevención, especialmente fomentando el autocuidado.</p>		<p>Las capacitaciones se apoyan con material educativo</p>													<p>Material educativo</p>	<p>Diseñar educativos al usuario de cada...</p>	
<p>55. Los profesionales que remiten pacientes a estos procesos deben ser retroalimentados sobre la asistencia de sus pacientes a las labores de educación, así como el contenido genera de la educación. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.</p>	<p>55</p>	<p>No se cuenta con un mecanismo o herramienta que permita retroalimentación a los profesionales</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>1</p>	<p>15</p>	<p>1,5</p>	<p>Registro de procesos educativos en historia clínica de los pacientes</p>	<p>Revisar mejora referen retroali profesio</p>	
<p><b>TOTAL DE PUNTOS DEL ESTÁNDAR</b></p>														<p>609</p>			
<p><b>CALIFICACIÓN DEL ESTÁNDAR COMPLETO (GRADO DE DESARROLLO)</b></p>															<p>14,85365854</p>		

## Anexo C. Matriz de Priorización

MATRIZ FINAL DE PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA ACREDITACIÓN UBA COOMEVA NEIVA 11  
OCTUBRE DE 2011

No.	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	CA	
			RIESGO	VOLU
1	1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que guíe el proceso de atención al cliente, el cual está definido desde el plan de direccionamiento estratégico de la organización.	1) Desarrollar instrumentos que nos permitan medir ( o ir recabando resultados) ,	3	5
		2) Elaborar y ejecutar programa de capacitación que garantice sobre el conocimiento comprensión y aplicación de la declaración de los derechos y deberes de los pacientes y del código de ética por parte de los clientes internos y externos en el proceso de atención, que incluya verificación de su efectiva implementación.	3	5
2	2. La organización garantiza que el personal que labora en la misma ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes o en el código de ética, y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices.	1) Desarrollar estrategias que garanticen que el contenido de la declaración de los deberes y derechos de los pacientes y en el código de ética se incluyan en el proceso de inducción del personal.	3	5
		2) Incluir en la evaluación de desempeño del cliente interno aspectos e indicadores que permitan calificar el cumplimiento de las directrices contenidas en la declaración de los deberes y derechos de los pacientes y en el código de ética se están aplicando.	3	5

		3) Diseñar e implementar un plan de socialización a todos los niveles de la organización de los documentos planes e indicadores que se diseñen.	3	5
3	3. La organización garantiza que los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.	1) Desarrollar instrumentos que nos permitan medir el grado de conocimiento que tienen los usuarios sobre los D y D	3	5
		2) Implementar estrategias que garanticen que previo al acceso a la atención, el usuario reciba información sobre sus deberes y derechos desde el plan de capacitación a usuarios y estrategias de socialización masiva de esta declaración	3	5
4	4. En los casos en que los derechos de los pacientes deban ser informados a estos, y las condiciones de los pacientes no permitan que comprendan su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión.	Disponer del recurso humano y/o Establecer diferentes mecanismos de comunicación ajustados a la población a la que hay que llegar, si son niños, cartillitas para colorear supervisadas por los papas, si son invidentes los derechos y deberes en Braille, si son mudos lenguaje de señas mirando si dentro de los funcionarios hay personas que sepan de ello o tener de disponibilidad a alguien, si son indígenas, etc,	3	3
5	5. En los casos que el paciente, por razones implícitas a su sistema de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, no tenga derecho a los servicios que está solicitando, la organización proveerá la explicación pertinente y los mecanismos que el paciente podría seguir para potencialmente acceder a dichos servicios.	1) Medir el grado de adherencia a la información que se esta dando y a generar indicadores que permita medir cumplimiento.	4	5
		2) Mantener la capacitación continua al personal sobre derechos de los usuarios según el plan de beneficios y condiciones de acceso a estos según disposiciones legales del SGSSS	4	5
		3) Ajustar documento de accesos y beneficios, definir proceso de información para los casos en que el usuario que solicita servicios no tiene derechos a acceder a estos.	4	5
		4) Conocer información de experiencias exitosas en otras entidades, encuentro y asesoría con expertos.	4	5



6	6. La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se proveerá atendiendo al respeto que merece la condición de paciente, independiente de sexo, edad, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.	1)Desarrollar estrategias que permitan evaluar que las directrices emitidas se estan aplicando.	3	5
		2) Socializar a todo nivel los documentos.	3	5
		.3)Ajustar documento, definir proceso de informacion para estos casos.	3	5
		4)Conocer informacion de experiencias exitosas en otras entidades, encuentro y asesoria con expertos.	3	5
		5) incluir en el plan de capacitacion temas de humanizacion y sencibilizacion y acompañarlo de campañas.	3	5
7	7. La participación de los pacientes en investigaciones (clínicas o no) deben contar con una aceptación escrita y explícita de los mismos. Previo a esta aceptación se informará oralmente y por escrito al paciente de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación. Si la investigación amerita la reunión de un comité de ética debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.	Implementar estrategias que nos permitan aclarar la directriz y asi documentar el proceso y socializarlo, replicar la figura del comite de etica a nivel regional y de oficinas y al área de prestación.	4	3
8	<b>PROCESOS PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PACIENTE</b> 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	1)Documentar y socializar el proceso de asignacion de citas por el Call Center.	3	5

	<p>que se encuentre dentro de las opciones dadas por la institución prestadora.</p> <p>Contará con un sistema que permita verificar la disponibilidad y oportunidad para dicho profesional y le informará al solicitante dichos resultados.</p> <p>En caso que el profesional seleccionado por el paciente no cuente con la disponibilidad y/u oportunidad de preferencia para el paciente, la organización le explica cuándo este profesional vuelve a tener disponibilidad.</p> <p>En su defecto, le ofrecerá al solicitante otras opciones de profesionales disponibles, acorde a las necesidades del mismo</p>	2)Ampliar la efectividad del sistema a todos los servicios asistenciales de las unidades	3	5
9	<p><b>9.</b> La organización, para una adecuada programación de los tiempos de los profesionales y para respetar el tiempo de los pacientes, programa la agenda teniendo en cuenta los estándares de tiempo que se necesitan para la realización de cada uno de los procesos de atención, teniendo en cuenta también, las diferencias necesarias de tiempo entre cada uno de estos.</p>	Se revisaran actualizaciones futuras	3	5
10	<p><b>10.</b> La Institución Prestadora de Servicios de salud tiene definidos los indicadores y estándares de oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.</p>	Ajustar los resultados hacia una tendencia positiva. - Realizar comparaciones con otras IPS	3	5
11	<p><b>11.</b> En caso de no atención a los pacientes con citas asignadas o autorizadas, por cualquier motivo, la organización cuenta con un sistema de investigación y análisis de las causas de inatención. La organización es libre de definir la categorización (listado de causas), así como su amplitud, de las causas de dichas intenciones.</p>	1) Implementar un sistema de investigación de causas de inatención.	3	5
		2) Ajustar el SOFTWARE de tal forma que permita diferenciar las causas de inatención.	3	5
12	<p><b>12.</b> La organización, a través de cualquier método probado y validado de estudio, conoce y analiza aquellos casos en los cuales los pacientes no pudieron acceder a los servicios.</p>	Implementar un método de estudio que nos permita cumplir con este criterio.	3	5

13	<p><b>13.</b> La organización garantiza que podría brindar información al usuario sobre servicios que presta la organización, pero a los cuales no tiene derecho el paciente. La información debe ser explícita con relación a la forma cómo acceder a la prestación de dichos servicios no cubiertos. Cuando el prestador de servicios sea parte de una red propia de una EAPB, y sea esta quien programe la atención en el respectivo prestador, además de cumplir con los estándares anteriormente mencionados, también deberá demostrar el cumplimiento de los siguientes.</p>	<p>Disenar y documentar proceso de información para los casos en que el usuario que solicita servicios a los cuales no tiene derechos a acceder, incluyendo información sobre como acceder a estos.</p>	3	3
14	<p><b>14.</b> Se cuenta con un proceso de asignación de citas, con sus respectivos procesos estandarizados, para la autorización y asignación de citas a los pacientes que requieran de sus servicios.</p>	<p>Mejorar el Proceso de compensacion de aportes y acreditacion de afiliacion con el objetivo de que el cargue de los pagos sea oportuno y de esta manera se elimina una barrera de acceso al servicio</p>	3	5
	<p>§ 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.)</p>			
	<p>§ El sistema de soporte cuenta con las bases de datos actualizadas de los pacientes con derecho a recibir servicios en el (los) prestador(es).</p>			
15	<p><b>15.</b> Se conoce, por aquel que asigna la cita, entre otra información, la disponibilidad de servicios, horarios de atención, profesionales, especialidades y localización geográfica de los prestadores a los cuales los solicitantes tienen derecho de atención.</p>	<p>Se revisaran actualizaciones futuras que permitan mejor accesibilidad a los usuarios.</p>	3	5
16	<p><b>16.</b> Al momento de asignar la cita al paciente se le informa la fecha, hora, dirección y profesional asignado. Se deja constancia de esta información en el sitio donde se asigna la cita.</p>	<p>Se revisaran actualizaciones futuras que permitan mejor accesibilidad a los usuarios.</p>	3	5
17	<p><b>17.</b> La organización garantiza que el sitio que asigna las citas envía, desde el día previo, o antes que comiencen a ser atendidos los pacientes, el listado de pacientes a atender, su orden de atención y el profesional asignado, así como información sobre copagos, cuotas moderadoras o pagos especiales que debe hacer el paciente.</p>	<p>Formular indicadores que midan el proceso y lograr evaluarlo.</p>	4	5

	§ La organización distribuye dicha información o listados a las personas que están directamente involucradas en la gestión de los procesos de atención (Ej.: portería, recepción, profesionales, etc.)			
18	<b>PROCESO DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE</b> 18. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento, donde se le orienta sobre qué debe hacer antes de la atención por el técnico o profesional a cargo.	Formular indicadores que midan el proceso y lograr evaluarlo, con el fin de brindar mejor atención.	4	5
	§ Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su atención.			
	§ La orientación incluye la recepción de documentos e indicaciones para la espera de llamados o avisos especiales para su atención.			
	§ El personal a cargo de la recepción del paciente conoce el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso, el cual también es conocido por todo el personal de atención de la organización.			
19	19. La organización cuenta con un proceso de asesoramiento para la resolución de inconvenientes, en los casos en los cuales los pacientes carezcan de algún soporte, o no cumplan con todos los trámites administrativos pertinentes.	1) Documentar el proceso y socializarlo.	3	3
		.2) Revisar experiencia exitosa otras entidades, reunion de expertos	3	3
20	<b>PROCESO DE ESPERA PREVIO A LA ATENCIÓN</b> 20. La organización cuenta con estándares de espera, para informar cuánto tiempo deben esperar los pacientes para acceder a la consulta o realización de exámenes.	Documentar, estandarizar y socializar el proceso de espera previa a la atención, donde se establezca el tiempo de espera para atención tanto por causas asociadas al usuario como a la oportunidad de la consulta, que icluya la evaluación de la oportunidad en el inicio de la atención, la publicidad de este estandar y el proceso para la información cuando por fuerza mayor no se pueda cumplir este estandar.	3	5
	§ Esta información está a la vista del público en la sala de espera.			
	§ Si por algún motivo se sobrepasa el tiempo previamente estipulado, se le explica personalmente al paciente las causas de retraso y el tiempo máximo que debe seguir esperando			

21	21. La organización dispone de mecanismos para que el paciente afectado por esperas prolongadas pueda presentar quejas, sugerencias o recomendaciones. Independientemente del mecanismo, la organización garantiza que se lleva un registro de las mismas, que clasifica los motivos y genera acciones correctivas para evitar su recurrencia.	Se revisaran actualizaciones futuras que permitan mejorar la recepción de este tipo de comunicaciones	3	5
22	22. La organización garantiza que cuenta con un mecanismo establecido para hacerle saber al paciente que ha llegado el momento de su atención *[26]. En cualquier situación este proceso no será delegable, ni tendrá responsabilidad alguna, al paciente que acaba de ser atendido por el profesional o técnico.	1) Implementar e incentivar al personal en el uso de estos dispositivos con los que cuenta la institución.	4	5
		2) Evaluar utilidad y gestión en la atención ,	4	5
23	<b>PROCESO DE PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN</b> 23. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implementación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados.	1. Evaluar funcionalidad del proceso.	5	5
		2. Medir la adherencia al proceso y evaluar dicha adherencia mediante la auditoría de historias clínicas.	5	5
24	24. Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento, de los cuidados en salud ofrecidos por la organización, están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o adaptado.	Ampliar su revisión y aplicabilidad en la atención de cara a la guía de guías establecida por el MPS	5	5
	En cualquiera de las opciones mencionadas anteriormente, las guías deben ser explícitas en contener:			
	§ De quién es la responsabilidad de hacer la guía			
	§ Cuáles son los objetivos de la guía			
	§Cuál fue el grupo que se reunió e hizo la guía			
	§ Identificación, clasificación e interpretación de la evidencia			
	§ Formulación explícita de recomendaciones			
	§ Costos y beneficios de la guía			
	§ Cada cuánto se hará la actualización			
	§ Cómo se evitaron los potenciales errores en la formulación de la guía			
	§ Aplicabilidad			

	§ Cada cuánto, y cómo, se monitorizará la adherencia a la guía			
25	25. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado cuando sea necesario. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información al paciente o persona responsable, acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.	1) Verificar uso y cumplimiento en la calidad del registro desde el análisis de la Historia Clínica	4	5
		2) Establecer y parametrizar indicadores para la verificación del cumplimiento de este proceso	4	5
26	26. La organización cuenta con procesos para obtener un registro firmado por el paciente cuando este decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante	1) Verificar uso y cumplimiento en la calidad del registro desde el análisis de la Historia Clínica	3	5
		2) Establecer y parametrizar indicadores para la verificación del cumplimiento de este proceso	3	5
27	27. La organización cuenta con guías de reacción inmediata y manejo de eventos adversos, que potencialmente sean producto de los procesos de atención.	1) Elaborar guías de reacción inmediata, socializar guías de reacción inmediata y establecer plan de control, indicadores de seguimiento y metas a cumplir	5	5
28	<b>PROCESO DE CONSULTA O DE ATENCIÓN</b> 28. La organización cuenta con mecanismos para garantizar la privacidad y dignidad del paciente durante la atención con el profesional o técnico, lo anterior incluye, entre otras:	Mejorar el proceso de seguimiento y análisis de quejas y reclamos de usuarios por pérdida de la intimidad en el proceso de atención para facilitar la toma de decisiones	3	5
	§ La privacidad es respetada mientras el paciente se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico.	Implantar y desplegar el proceso hacia todos los servicios de la Unidad de Atención.	3	5
	§ La privacidad en lo posible debe ser visual y auditiva (de afuera hacia adentro y viceversa), excepto cuando se trate de consultorios odontológicos modulares	Culminar con los cambios en instalaciones e infraestructura que permitan cumplir con el estándar en todos los servicios.	3	5
	§ Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.	Seguimiento y retroalimentación para todos los colaboradores, con medición basada en los indicadores	3	5
	§ La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.	Mejorar el control y seguimiento de los indicadores de proceso para la toma de decisiones	3	5

	§ La privacidad debe mantenerse en casos cuando se administran sustancias o medicamentos por vía intravenosa.			
29	<b>29.</b> La organización garantiza que durante el proceso de atención con el profesional o técnico asignado el paciente tiene la posibilidad de ser escuchado respecto a sus inquietudes.	Estructurar la estrategia de empatía y proactividad y hacerla parte de la formación integral del cliente interno Mejorar la monitorización y evaluación permanente del proceso.	4	5
	§ Los profesionales y técnicos escuchan las inquietudes de los pacientes, independientemente del tipo y contenido de las preguntas, sin generar juicios de valor frente a las creencias o conocimientos de los pacientes.	Mejorar la monitorización y evaluación permanente del proceso.	4	5
	§ Se procura siempre establecer contacto visual entre el paciente y el profesional o técnico que lo está atendiendo.	Fortalecer capacitación de los profesionales y técnicos en atención del servicio.	4	5
30	<b>30.</b> La organización cuenta con un mecanismo que garantiza que en los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes, así como el manejo de sus eventos adversos, están sujetas a las guías de práctica clínica previamente definidas	Fortalecer los procesos de evaluación de Historias clínicas y estandarizar la socialización de los resultados Generar indicadores de seguimiento a los resultados de la evaluación de cumplimiento de guías de manejo (adherencia)	4	5
	§ Se realizan evaluaciones periódicas de dicha adherencia, con participación de los profesionales directamente involucrados en la atención.	Documentar e implementar indicadores de evaluación que midan adherencia a guías	4	5
31	<b>31.</b> La organización garantiza que cuenta con procesos para que el profesional tratante provea información básica al paciente y su familia (cuando lo amerite) como resultado de su atención. La anterior información incluye, más no se limita a:	1) Implementar guías diagnósticas y terapéuticas para las principales patologías tratadas en la Unidad que incluya datos de la historia natural de la enfermedad, manejo farmacológico, recomendaciones y manejo no farmacológico	4	5
	§ El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma.	2) Diseñar indicadores de evaluación del cumplimiento o adherencia a la guía.	4	5
	§ El esquema terapéutico y los medicamentos que se prescriben. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de Reacciones Adversas Medicamentosas o Eventos Adversos Medicamentosos.	3) Establecer y hacer seguimiento al programa de farmacovigilancia, incluyendo plan de capacitaciones al respecto y diseñando mecanismos para las actualizaciones en materia de novedades de medicamentos articulando a nivel local las actividades del comité nacional de tecnofarmacovigilancia	4	5
	§ Las indicaciones a seguir en la toma de medicamentos, tales como horarios e interacciones con otros medicamentos o alimentos.			

	§ Especial importancia se le da a los cuidados y autocuidado en casa (dietas especiales, seguimiento farmacológico, ejercicios, rehabilitación, etc.)			
	§ Los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad o discapacitados mentales.			
32	<b>32.</b> La información al paciente y su familia debe tener como resultado el óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos.	Documentar y estandarizar un proceso de educación al paciente en el manejo integral de su patología que incluya aspectos farmacológicos y no farmacológicos y que incluya declaración de aceptación o no del tratamiento planteado y sus objetivos	4	5
33	<b>33.</b> La organización define y adopta, cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.	Dar continuidad al proceso de capacitación al personal para disminuir el subregistro de casos de interés en salud mental	5	3
34	<b>34.</b> Si la organización presta servicios durante horarios nocturnos, se debe especificar claramente los servicios que pueden prestar y aquellos que no. En todo caso, se cuenta con personal profesional para realizar dichos procesos de atención y un sistema de referencia de pacientes para remitir lo que esté explícitamente definido como fuera de su alcance de resolución en estos horarios.			
35	<b>35.</b> La organización tiene identificados y definidos internamente una serie de fallas (humanas o de sistemas de soporte *[28]) en la operación de los procesos prioritarios, los cuales su sola presencia generan un sistema de investigación, análisis y toma de decisiones para evitar un evento adverso prevenible.	Realizar seguimiento al comportamiento de los indicadores y al resultado de los planes de mejora implementados	5	5
36	<b>36.</b> La organización garantiza que el paciente tiene el derecho de contar con la posibilidad de conseguir una segunda opinión calificada de su condición médica. Este derecho, en caso que el paciente o la familia explícitamente lo solicite, puede ser informado a través de cualquier mecanismo de información con que cuente la organización, incluyendo el mismo profesional tratante.	Complementar el proceso	3	5
	§ El profesional tratante debe estar informado de este derecho			



	§ La organización debe respetar este derecho y en ningún caso puede rechazar o limitar el acceso al paciente si este decide volver a consultar.			
37	37. La organización debe contar con procesos donde se especifique cómo se manejan situaciones de urgencias médicas con los pacientes, indicando los mecanismos de remisión de los mismos *[29].	1) Socializar e implementar el código azul	5	5
		2) Seguimiento y evaluación al proceso de referencia y contrarreferencia- Seguimiento a la aplicación de las guías	5	5
38	38. Los sistemas de información de la organización deben estar adecuados para identificar e incorporar en el registro del paciente, si la actual atención es consecuencia de un Evento Adverso ambulatorio o un reingreso a consulta ambulatoria por causa no resuelta en servicios de urgencias u otro servicio ambulatorio, así estos servicios no pertenezcan a la organización donde actualmente está siendo atendido.	Revisar y proponer al nivel Nacional las mejoras al sistema de información de la Institución	3	5
39	39. La organización cuenta con una definición interna sobre lo que constituye ser un consultador crónico de un determinado servicio, y se cuenta con programas establecidos, tomando la información generada en los sistemas de información, para cuantificar y generar acciones encaminadas a controlar tal situación.	Plantear y aplicar las acciones derivadas de los informes de consultador hiperfrecuente	4	3
40	<b>PROCESOS DE EDUCACIÓN EN SALUD</b> 54. La organización cuenta con un proceso funcionando de educación en salud a los pacientes, el cual responde a las necesidades de las poblaciones objeto de los procesos de atención en salud que han sido realizadas en la misma *[32].	Evaluar plan de capacitación a usuarios Verificar componente educativo en las historias clínicas	4	5
	§ Los parámetros que definen las necesidades de educación en salud para la población objetivo deben estar contempladas en el contenido de las guías de atención diseñadas por la organización.	Evaluar plan de capacitación a usuarios Verificar componente educativo en las historias clínicas	4	5
	§ El proceso es conducido por equipos multidisciplinarios, los cuales no necesariamente deben ser de dedicación específica, ni interactuar todos al tiempo con el paciente.	Revisar y proponer mejoras al proceso ya que no cuenta con metas, objetivos e indicadores	4	5

	<p>§ El proceso cuenta con metas y objetivos claramente definidos, con un sistema de evaluación (incluyendo indicadores de satisfacción del usuario), y un sistema proactivo de mercadeo o información a los potenciales pacientes de su existencia.</p>	<p>Diseñar material educativo para entregar al usuario con resumen de aspectos relevantes de cada tema tratado</p>	<p>4</p>	<p>5</p>
	<p>§ Los programas se apoyan en materiales educativos que reflejen la capacidad de entendimiento del público objetivo. Estos materiales deben contener elementos de promoción y prevención, especialmente fomentando el autocuidado.</p>			
<p>41</p>	<p><b>55.</b> Los profesionales que remiten pacientes a estos procesos deben ser retroalimentados sobre la asistencia de sus pacientes a las labores de educación, así como el contenido genera de la educación. De todo lo anterior debe quedar constancia en la historia clínica del paciente.</p>	<p>Revisar y proponer mejora el proceso en lo referente a la retroalimentación a los profesionales</p>	<p>3</p>	<p>3</p>

