

DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION, DE LA POLICLINICA ISMAEL DARIO RINCON, EN LA REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO DE ECOPETROL S.A. EN BARRANCABERMEJA

Dr. ENRIQUE JIMENEZ TRESPALACIOS

**UNIVERSIDAD CES Y
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO XXXIX
BUCARAMANGA - SANTANDER
2008**

DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION, DE LA POLICLINICA ISMAEL DARIO RINCON, EN LA REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO DE ECOPETROL S.A. EN BARRANCABERMEJA

Dr. ENRIQUE JIMENEZ TRESPALACIOS

Tutor

Dra. AMPARO RUEDA DE CHAPARRO

**Trabajo de Grado para optar al título de
Especialista en Auditoria en Salud**

**UNIVERSIDAD CES Y
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO XXXIX
BUCARAMANGA - SANTANDER
2008**

CONTENIDO

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	5
2. OBJETIVOS	7
2.1 GENERAL	7
2.2 ESPECIFICOS	7
3. JUSTIFICACION	8
4. MARCO TEORICO	9
4.1 MARCO HISTORICO	9
4.2 MARCO CONTEXTUAL	10
4.3 MARCO LEGAL	14
4.4 MARCO CONCEPTUAL	16
5. METODOLOGÍA	23
5.1 DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	23
5.2 AUTOEVALUACION	24
5.3 PLAN DE MEJORAMIENTO	26
5.4 SELECCIÓN DE LOS ASPECTOS A MEJORAR EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION	26
5.5 PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION	27
5.6 IDENTIFICACION DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES FRENTE AL PROCESO DE HOSPITALIZACION	27
5.7 PROCESO DE HOSPITALIZACION	27
5.8 INDICADORES PROCESO HOSPITALIZACION	28
5.9 PROGRAMA DE AUDITORÍA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION	28
5.10 PLAN DE AUDITORIA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION	28
6. DESARROLLO	29
6.1 AUTOEVALUACION	29
6.1.1 Estándares del proceso de atención al cliente - asistencial.	29
6.1.3 Estándares de gerencia.	46
6.1.4 Gerencia del recurso humano.	51
6.1.5 Estándares de gerencia del ambiente físico.	57
6.1.6 Gerencia de sistemas de información.	64
6.1.7 Plan de mejoramiento.	68
6.2 SELECCIÓN DE LOS ASPECTOS A MEJORAR EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION	79
6.3 PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION	84

6.4 IDENTIFICACION DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES FRENTE AL PROCESO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION	89
6.5 PROCESO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION	93
6.6 INDICADORES PROCESO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION	97
6.7 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION	99
6.8 PLAN DE AUDITORIA PARA LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION	104
7. BIBLIOGRAFIA	107
ANEXOS	109

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La prestación de los servicios de salud ha sufrido un redireccionamiento a partir de los cambios suscitados por los nuevos modelos económicos y sociales. Estos cambios han generado la necesidad de optimizar los recursos disponibles para mejorar los niveles de cobertura y de calidad en la atención de las necesidades en salud de la población.

En Colombia se han realizado esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios en términos de eficiencia, eficacia y efectividad, que sin duda se han reflejado en disposiciones legales que brindan herramientas para tal fin como marco normativo y lógico de apalancamiento en términos de calidad en las instituciones de salud.

La Regional de Salud dentro de sus lineamientos ideológicos contempla los elementos orientados a garantizar una prestación de calidad. Sin embargo no se ha desarrollado un ejercicio sistemático que permita comparar y evaluar esos esfuerzos respecto a un referente ideal.

Es así como en la Regional de Salud del Magdalena Medio de Ecopetrol S.A. en Barrancabermeja, como fundamento clave del control de la gestión y al mismo tiempo como exigencia de obligatorio cumplimiento, según la normativa que regula el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia requiere implementar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud.

Si bien la Regional de Salud Magdalena Medio de Ecopetrol S.A. hace parte de los regímenes exceptuados al Sistema de Seguridad Social en Salud esto no la exime de la necesidad de garantizar una atención en salud de calidad a todos sus usuarios como ha sido planteado en la ley y de ésta manera la institución no ha sido ajena a todos los preceptos legales que regulan la materia además que dentro de sus lineamientos ideológicos contempla los elementos orientados a garantizar una prestación de calidad a todos sus beneficiarios.

En ese sentido ha ejecutado los esfuerzos en procura de garantizar autocontrol (vg. Equipos de mejoramiento continuo, listas de chequeo y verificación de procedimientos y seguimiento a procesos por los mismos ejecutores, Política de Medicamentos tendiente a adoptar buenas practicas y racionalidad en la prescripción medica), así mismo ha implementado la auditoria interna como parte de la detección y aseguramiento de desviaciones frente al deber ser, y la auditoria externa con la que se pretende abarcar integralmente e identificar de manera detallada las oportunidades de mejoramiento para orientar las acciones y decisiones en la gestión de la calidad institucional. A pesar de estos planteamientos hasta este momento no se ha desarrollado un ejercicio que permita comparar y evaluar estos esfuerzos frente al referente estándar de los

lineamientos planteados en el componente de Auditoria y los Estándares de Acreditación del Sistema Obligatorio de Seguridad Social en Salud.

Este programa de auditoria se convierte en una herramienta de apoyo a la gestión como parte de la metodología institucional, de implementación sistemática, que a través de éste instrumento de análisis permanente induzca a la organización hacia ciclos de mejoramiento de la calidad. En este sentido el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad se convierte en la estrategia que operativiza la auditoria en este caso aplicable a la Unidad Funcional de Hospitalización.

El principio orientador del trabajo no es una postulación para la Acreditación institucional, sino el referente y directrices fundamentales de mejoramiento hacia donde apunta, el objeto que persigue y los medios que dispone para ello (*“...la intencionalidad del mejoramiento continuo de la calidad en el Sistema Único de Acreditación en Salud apunta más allá del desarrollo de acciones que cumplan en lo formal con los requerimientos establecidos por los estándares de acreditación.”*)¹.

Teniendo en cuenta que como producto final se logra sentar las bases para generar unos ciclos de mejoramiento institucional hacia mejores resultados en calidad de cara al usuario, se genera un valor adicional ya que la propuesta de un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud permite la *“identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes”*²

¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1445 de 2006, Anexo Técnico 1. Bogotá: MPS, 2006.

² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: MPS, 2007.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Generar una propuesta de Programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la Unidad Funcional de Hospitalización, de la Policlínica Ismael Darío Rincón, de la Regional de Salud del Magdalena Medio de Ecopetrol S.A. en Barrancabermeja.

2.2 ESPECIFICOS

- Realizar Auto evaluación e Identificar los problemas de calidad institucional de la Unidad Funcional de Hospitalización, factibles de intervenir.
- Establecer fortalezas y oportunidades de mejora encontradas en la Unidad Funcional de Hospitalización.
- Formular un plan de mejoramiento teniendo en cuenta las oportunidades de mejora.
- Clasificar los problemas de la Unidad Funcional de Hospitalización de acuerdo con el aspecto clave que está fallando en el proceso.
- Priorizar los problemas que más están impactando o afectando la calidad de la Unidad Funcional de Hospitalización.
- Identificar las necesidades y expectativas de los clientes frente a la Unidad Funcional de Hospitalización.
- Describir el proceso y los indicadores definidos en la Unidad Funcional de Hospitalización.
- Establecer el Programa de Auditoria Institucional para la Unidad Funcional de Hospitalización.
- Determinar el Plan de Auditoria Institucional para la Unidad Funcional de Hospitalización.

3. JUSTIFICACION

Las instituciones de salud inmersas en sistemas de prestación cada vez más competitivos, bajo el ritmo creciente de avances técnicos y científicos (no siempre bien validados) y los cambios de perfiles epidemiológicos requieren implementar mecanismos que permitan mantener equilibrio entre estos factores y garantizar la prestación en salud con estándares de calidad. Estos estándares deben ser entendidos como el mejor resultado para el paciente a la luz del conocimiento vigente y teniendo en cuenta la utilización óptima de los recursos.

Como expresión de esta necesidad las instituciones de salud apalancadas en la normativa del Sistema de Garantía de Calidad en Salud en Colombia han respondido tratando de reorientar sus esfuerzos de una manera estructurada dirigida a cumplir unos estándares mínimos de calidad.

En ese sentido el presente es un ejercicio que parte de la propuesta del Ministerio de la Protección Social que indica las pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud tendientes a armonizar los elementos de la prestación de los servicios de salud (técnicos y administrativos) con el fin de garantizar el cumplimiento de altos estándares que se traduzcan en beneficios para el paciente, la institución y la sociedad, en donde finalmente se refleja el impacto de los servicios de salud.

Esta evaluación permitirá tener un inventario actual de la situación de calidad de la unidad funcional de Hospitalización de Ecopetrol S.A. en Barrancabermeja, al tiempo que permite priorizar los procesos factibles de intervenir y proponer un plan de auditoria institucional requerido como fundamento del control de la gestión de la calidad, pieza clave de la estrategia de mejoramiento que busque involucrar la calidad como una filosofía de vida para las personas, como el centro del desarrollo de la institución y al mismo tiempo participar en el proceso de mejoramiento continuo que se vea reflejado en progreso de sus trabajadores, beneficiarios y la sociedad en general.

4. MARCO TEORICO

4.1 MARCO HISTORICO

La historia del comienzo de la prestación de Servicios de Salud en Ecopetrol, coincide con su propia historia cuando en el mes de Julio de 1916 la Tropical Oil Company of Delaware, inició trabajos de explotación en las concesiones “Carare y Putana”. Hacia 1922 los servicios fueron atendidos inicialmente por personal totalmente extranjero, estaban ubicados en el Sitio Infantas, hoy Yondó. Posteriormente en 1924, los servicios de salud en el Complejo Industrial de Barrancabermeja y en el corregimiento de El Centro, comenzaron con servicios organizados para Urgencias y Consulta Externa en “La Botica”. Además se prestaban los servicios de salud en forma directa en el Puerto de “Calamar” y en forma ambulante por medio de la “Casa flotante” un barco hospital con 20 camas que navegando todo el río Magdalena, llevaba a todos los trabajadores de la Red, los servicios de salud necesarios. Para la misma época existían servicios de Salud contratados o Indirectos en Bogotá, Medellín e Ibagué.

Con el paso de los años y ante la necesidad de abrir progresivamente otros centros de atención acordes con el desarrollo y las necesidades de la empresa, en 1933 se inauguró el Hospital de El Centro.

La Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol se constituyó como tal en Diciembre 27 de 1948 pero sólo el 25 de Agosto de 1951 inició plenamente labores, cuando la Tropical Oil Company (TROCO) le hizo entrega de sus instalaciones a partir de la reversión al Estado Colombiano de la Concesión De Mares y emprendió actividades en la cadena del petróleo como una Empresa Industrial y Comercial del Estado, encargada de administrar el recurso hidrocarburífero de la nación creciendo en la medida en que otras concesiones revirtieron e incorporaron su operación.

Hasta 1952 solamente estaban oficializados los servicios de Salud para los trabajadores, aunque ya se prestaban algunos servicios preventivos y curativos a su esposa e hijos. A partir de ese año se extendió la prestación de los servicios de salud a todo el grupo familiar del trabajador.

En 1956 fueron establecidos los servicios de Salud en Bogotá y en 1962 dichos servicios se concentraron en el edificio de ECOPETROL. Luego, por proyecto del 23 de abril de 1969, aprobado finalmente el 27 de enero de 1970, fue creada la “División Médica” (hoy Unidad de Servicios de Salud) mediante el acta No 978, iniciando actividades el 1 de marzo del mismo año. En ese mismo proyecto se aprobó la construcción de un nuevo hospital en Barrancabermeja.

En 1961 Ecopetrol asumió el manejo directo de la refinería de Barrancabermeja. Trece años después compró la Refinería de Cartagena, construida por Intercol en 1956.

En 1970 Ecopetrol adoptó su primer estatuto orgánico que ratificó su naturaleza de empresa industrial y comercial del Estado, vinculada al Ministerio de Minas y Energía, cuya vigilancia fiscal es ejercida por la Contraloría General de la República.

El 16 de Julio de 1977 inició actividades los servicios de Consulta Externa en lo que hoy se conoce como la Policlínica en el Barrio El Parnaso de Barrancabermeja y posteriormente en 1986 se inició la prestación de los servicios hospitalarios en el Hospital “Ismael Darío Rincón”, que debe su nombre al trabajador fallecido en ésta época cuando se dirigía al trabajo en medio de la huelga del año 1977.

A través de los años la empresa funcionó como sociedad de naturaleza mercantil, dedicada al ejercicio de las actividades propias de la industria y el comercio del petróleo y sus afines (Decreto 1209 de 1994), logrando descubrimientos de importancia como el del Campo Caño Limón, en asocio con OXY, Cusiana y Cupiagua, en el Piedemonte Llanero, en asocio con la British Petroleum Company consolidándose así como una empresa exportadora.

En 2003 el gobierno colombiano reestructuró la Empresa Colombiana de Petróleos, con el objetivo de internacionalizarla y hacerla más competitiva en el marco de la industria mundial de hidrocarburos manteniendo el servicio de salud como un beneficio para los trabajadores, pensionados y los familiares de unos y otros y adaptándose a los cambios de la normatividad vigente que aplica para los servicios de salud.

4.2 MARCO CONTEXTUAL

El Sistema de Salud de Ecopetrol S.A. se encuentra dentro de las excepciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que rige en nuestro país desde la expedición de la Ley 100 de 1993.

Ecopetrol S.A. esta definida como una Empresa de Economía Mixta con predominio de patrimonio accionario del Estado y su Sistema de Salud depende en todos sus aspectos directamente de ella, de esta manera todo trabajador, pensionado y los familiares de unos y otros acceden de manera directa e inmediata y por derecho a la prestación de estos servicios de salud que incluyen todos los niveles de complejidad para el manejo integral del individuo.

El Sistema de prestación incluye una infraestructura propia en las áreas donde la actividad de exploración, producción y refinación, ejes centrales de la actividad

industrial, se desarrolla con mayor importancia. Para el caso de Barrancabermeja, donde se encuentra la refinería más grande de Ecopetrol S.A. y actualmente del país, la empresa cuenta con una infraestructura propia y una planta de personal vinculada de manera directa, con la cual se satisfacen las necesidades en salud en esta área del país. En las zonas en donde ello no ocurre se contratan servicios mediante diversos mecanismos principalmente prestación de servicios que garantizan la atención integral.

La infraestructura para la prestación en salud en Barrancabermeja es una entidad de nivel II de complejidad, que presta los servicios de Atención ambulatoria y hospitalaria en las áreas medica general y especializada (Cirugía General, Ginecobstetricia, Urología, Otorrinolaringología, Cardiología, Fisiatría, Oftalmología, Pediatría, Medicina Interna, Cirugía Plástica, Ortopedia, Psiquiatría, Endocrinología, Neurología, Neuropediatría, Reumatología, Alergología, Medicinas Alternativas), además de los servicios de ayudas diagnosticas (Clínicas e Imagenológicas) y suministro de medicamentos. Algunas de las especialidades médicas son prestadas bajo la modalidad de adscripción y otras bajo la figura de especialista visitante.

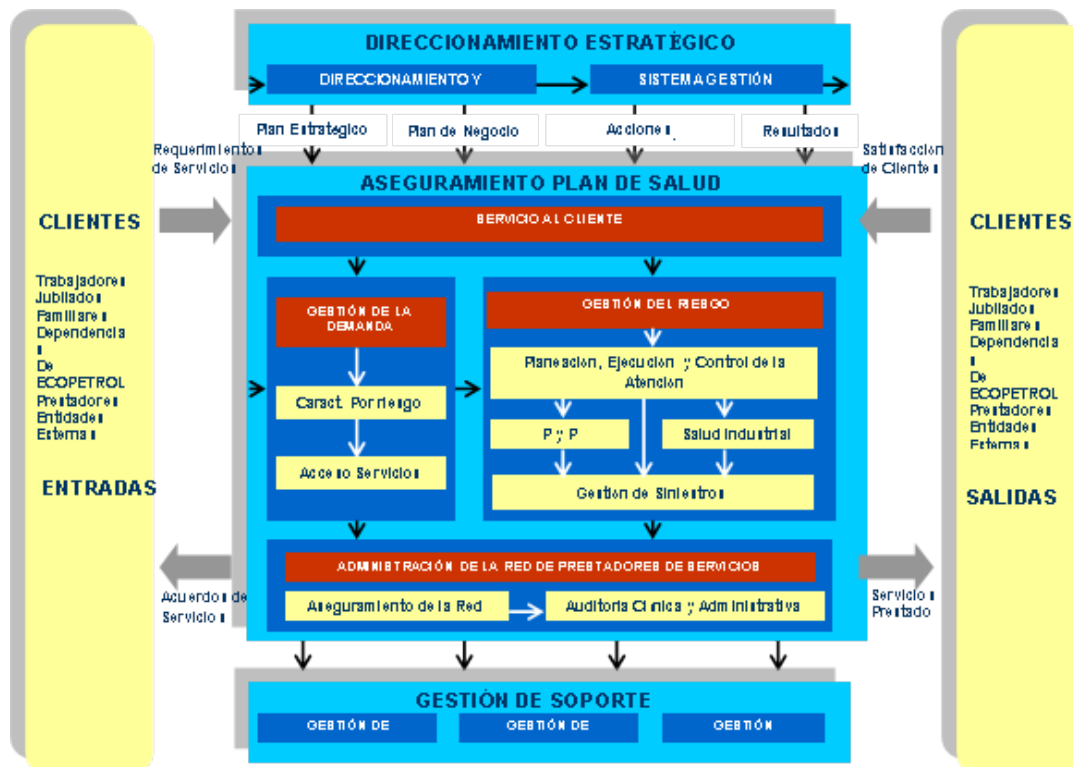
El mecanismo actual de financiación está determinado en su totalidad por los recursos que la empresa tiene destinado para ello a través de una asignación presupuestal que se proyecta anualmente.

El beneficio a la prestación del servicio de Salud que cubija a cada uno de los afiliados del servicio nace a partir del pacto contenido en la Convención Colectiva de Trabajo (CCTV) que actualmente tiene una vigencia de tres años el cual cubija también a los trabajadores de dirección confianza y manejo mediante acuerdo que incluye también a su grupo familiar (Acuerdo 01 de 1977). Las condiciones y cobertura de este plan de beneficios en salud se encuentran contenidas en el Reglamento de Servicios de Salud y contiene el conjunto de servicios y suministros que se prestan de forma integral, conforme a lo previsto en la CCTV, a los cuales tienen derecho el trabajador y sus familiares inscritos, así:

- Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.
- Medicina General.
- Terapias Complementarias.
- Medicina Especializada.
- Asistencia Domiciliaria.
- Odontología General.
- Odontología Especializada.
- Servicios de Apoyo Diagnóstico: Laboratorio Clínico, Patología y Genética, Imágenes Diagnósticas, Electrodiagnóstico, Estudios Endoscopios, Estudios de Audiología, otros.

- Servicios de Apoyo Terapéutico: Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia Respiratoria, Terapia de Lenguaje, Fonoaudiología, Nutrición y Dietología, Optometría y Ortóptica, Psicología, Enfermería, otros.
- Atención Hospitalaria, Cirugía y Maternidad.
- Atención de Enfermedades Catastróficas.
- Urgencias Médicas y Odontológicas.
- Ambulancia.
- Prescripción y Suministro de Medicamentos.
- Suministros Optométricos.
- Suministro de Prótesis Internas y Externas.
- Suministro de Calzado Ortopédico, Plantillas, Ortesis, Elementos y Aparatos Ortopédicos.
- Suministro de soportes elásticos para tratamiento de insuficiencia venosa.
- Rehabilitación.
- Remisiones médicas y odontológicas dentro del país.
- Remisiones al exterior, de acuerdo con lo previsto en el Reglamento.
- Atención integral de enfermedades de origen profesional y accidentes de trabajo.
- Otros servicios y suministros que se requieran según las necesidades del paciente y el criterio profesional.

De otra parte el modelo de gestión de los servicios de salud de Ecopetrol S.A. plantea la Auditoría Clínica y Administrativa como un elemento del control de la gestión dentro de su objetivo estratégico de Aseguramiento del Plan de Salud inmerso dentro del subproceso de Administración de la Red de Prestadores de Servicios como puede verse a continuación:



Así mismo la Gestión Integral de la Calidad ha sido contemplada como parte de los lineamientos ideológicos empresariales y uno de los aspectos relevantes de la gestión dentro de la Perspectiva Aprendizaje orientada a garantizar una prestación de calidad a todos sus beneficiarios. El despliegue de éstos objetivos estratégicos hacia todas las áreas de la empresa se plantean para el servicio de salud a través de los Tableros Balanceados de Gestión como puede verse a continuación:

PERSPECTIVA	OBJETIVO ESTRATEGICO	OBJETIVO TACTICO	INDICADOR
FINANCIERA	Maximizar de manera sostenida el valor para los accionistas	Asegurar eficiencia en el uso de los recursos	Costo de los Servicios de Salud por Beneficiario
CLIENTES	Asegurar el Talento Humano de clase mundial requerido para la estrategia	Asegurar la calidad de los servicios a los Clientes	Índice de satisfacción del Cliente
INTERNA	Afianzar el Liderazgo, la Cultura y las condiciones de bienestar integral	Brindar condiciones de Bienestar que contribuyan a la Satisfacción y Calidad de Vida de los Beneficiarios	Cobertura de Programas de Promoción y Prevención
			Índice de Severidad de Ausentismo por Enfermedad Común
	Operar con excelencia	Asegurar la calidad de los servicios a los Clientes	Gestión de Quejas, Reclamaciones y Sugerencias-Q y R
			Índice de Satisfacción de Usuarios
APRENDIZAJE	Asegurar talento humano de clase mundial	Asegurar talento humano de clase mundial	Mitigar Riesgos Clave en la gestión
			Asegurar el cumplimiento de condiciones y normas de salud ocupacional
			Índice de Ambiente laboral
	Asegurar una gestión efectiva	Asegurar una gestión efectiva	Calidad y oportunidad del proceso de Gestión de Desempeño
			Personas con planes de desarrollo basados en evaluación de competencias técnicas
Asegurar el conocimiento, la información y la tecnología requeridos	Asegurar el conocimiento, la información y la tecnología requeridos	Conformidad del sistema de gestión de calidad	
		Cumplimiento de acciones de mejora del SIG	
		Índice de aprovechamiento de la información	

4.3 MARCO LEGAL

En Colombia se han realizado esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios en términos de eficiencia, eficacia y efectividad, que sin duda han evolucionado dentro de las disposiciones legales buscando brindar herramientas para tal fin.

En ese sentido en la Ley 9 de 1979 aunque de una manera dispersa y heterogénea se plantean las bases de las acciones para el aseguramiento de la calidad para la salud y el medioambiente a partir de la regulación de medidas sanitarias tendientes a la protección del medioambiente (disposición de aguas, residuos líquidos y sólidos, disposición de excretas, emisiones atmosféricas), la salud ocupacional, saneamiento de edificaciones, producción y distribución de los alimentos, medicamentos, cosméticos y similares, la vigilancia y control epidemiológicos, la atención de desastres, las defunciones, traslado de cadáveres, inhumación y exhumación, trasplante y control de especímenes, artículos de uso doméstico y la vigilancia y control y los derechos y deberes relativos a la salud.

A partir de la creación del Sistema de Seguridad Social Integral en la Ley 100 de 1993 se plasma la necesidad de establecer un sistema de Acreditación (Artículo 186), Información al usuario (Artículo 199), Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud (Artículo 227) y se entrega a través de la normativa unas facultades extraordinarias al gobierno con el objeto de *“sistematizar, integrar, incorporar y armonizar en un solo cuerpo jurídico las normas vigentes en materia de salud”*³.

En desarrollo de la Ley 100 de 1993 se reglamenta el “Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud” que en su artículo 76 *plantea el Sistema de Acreditación “El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento”* y en el artículo 78 el Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud *“Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud y en Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.”*⁴

Posteriormente es definido el Licenciamiento como el procedimiento mediante el cual se efectúa la verificación del cumplimiento de requisitos para las entidades

³ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. Numeral 5, Artículo 248.

⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1298 de 1994. Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

dedicadas a la prestación de servicios de salud y la Acreditación como el proceso voluntario y periódico mediante el cual una institución prestadora de servicios de salud obtiene del organismo acreditador el reconocimiento público de que ha superado los requisitos mínimos de calidad exigidos por la ley en los servicios que presta a sus usuarios.⁵ No se incluye en éste momento en la normatividad ni en las normas previas que desarrollan la Ley 100 de 1993 la Auditoria como parte del mejoramiento continuo de la calidad entendiendo como suficiente el cumplimiento predominantemente de los requerimientos de estructura y proceso para garantizar la calidad de la atención en salud.

A partir del Decreto 2174 de 1996 en un claro intento por plantear una visión holística de la gestión de la calidad en salud se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud contemplando la Auditoria medica como la evaluación sistemática de la Atención en Salud, con el objetivo fundamental de mejorar la Calidad de los servicios como elemento clave de comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas⁶.

Posteriormente mediante el decreto 2309 de 2002 se redefine el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; determinando 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 la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud como un componente *“sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación.”*⁷, el cual a su vez fue replanteado por el Decreto 1011 de 2006 como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios planteando adicionalmente los niveles de operación de la auditoria (autocontrol, auditoria interna y auditoria externa) y los tipos de acciones (Preventivas, Correctivas y Coyunturales)⁸.

⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1918 de 1994. Reglamentación del Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Capítulo I, Artículo 1 y Capítulo II, Artículo 7.

⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 2174 de 1996. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículo 14.

⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 2309 de 2002. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Artículo 7 y Título IV Artículos 36 a 44)

⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículo 4 y Título IV Artículos 32 a 40.

Adicionalmente y entendido como un elemento facilitador de la generación de ciclos de mejoramiento como parte de la gestión de la calidad que impulse a los actores del sistema en procura de alcanzar cada vez mejores niveles de calidad, el Ministerio de la Protección Social reguló con carácter obligatorio la elaboración e implementación de un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad (PAMEC) a través del Decreto 1011 de 2006 en su Título IV Artículo 32, cuya característica principal es el Mejoramiento Continuo de la Calidad primordialmente sobre procesos críticos asistenciales, para los cuales son indispensables aquellos procesos que hacen seguimiento a riesgo aunque no excluye a los administrativos en la medida que los niveles de mejoramiento institucional hayan agotado las oportunidades de mejora sobre aquellos procesos asistenciales. El PAMEC propone la ejecución de Planes de Mejoramiento tomando como referente los estándares establecidos (benchmarking, históricos institucionales ó estándares de acreditación), hace énfasis en el Autocontrol como fundamento del éxito en el control de la gestión de la calidad y determina los pasos mínimos requeridos para lograr su implementación (Ruta Crítica del PAMEC)⁹.

4.4 MARCO CONCEPTUAL

El desarrollo del pensamiento administrativo ha generado drásticos cambios en la valoración y percepción de lo que significa y representa una organización. Históricamente los sectores productivos han recibido esta influencia de manera más temprana y han adaptado o no las nuevas corrientes de pensamiento. Las instituciones de salud tradicionalmente se mantenían distantes a raíz de las características particulares de su ejercicio en el que la conjunción de los componentes técnicos, científicos y éticos se convertían en un obstáculo para la incorporación de tales conceptos. Sin embargo los cambios macroeconómicos y las reglas de juego del marco de la “economía global” han impulsado a todos los sectores incluyendo el de salud a incorporar estas metodologías generando una dinámica diferente en sus acciones. En Latinoamérica el proceso ha resultado aún más complejo producto de la encrucijada a la que se ven abocados estos países tratando de responder por un lado a la problemática de salud propia de los países en vía de desarrollo y por otro a la necesidad de consumo de insumos tecnológicos y científicos de última línea propios de países en vía de desarrollo.

En Colombia la incorporación de dichas prácticas ha generado profundas modificaciones al sector y producto de esta respuesta se han instaurado diferentes metodologías para generar un sector competitivo. Una característica inherente a este proceso ha sido la incorporación del concepto de calidad como principio fundamental y orientador debido a que conceptualmente permite integrar a todos los actores y genera efectos positivos sobre cada uno de ellos.

⁹ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: MPS, 2007.

Para comprender la evolución del concepto de Calidad en Colombia es importante conocer su desarrollo histórico y conceptual. Como es lógico, la evolución del concepto de calidad ha ido siempre ligada a las tendencias en la gestión empresarial que se han ido dando a lo largo del tiempo. Antes de los años setenta la empresa se centraba principalmente en producir: la demanda era creciente o al menos estable, y el control del mercado lo ostentaban los productores, con lo que el concepto de calidad tenía una importancia secundaria. En los años setenta, tras la crisis del petróleo se produjo un recrudecimiento de la competencia a nivel internacional, una grave recesión económica acompañada de una gran inflación, y un incremento considerable de los costes financieros. El cliente pasó a ser quien controlaba el mercado al disponer de una gran variedad de posibles alternativas, con lo que demandaba, cada vez con mayor intensidad, productos y servicios de calidad.

Desde el enfoque tradicional de calidad que se había centrado únicamente en tratar de evitar que se produjesen fallos durante la fabricación, se evolucionó en tres etapas:

- Control de calidad
- Aseguramiento de la calidad
- Gestión de la calidad total

Control de calidad

En esta etapa no aparece el cliente, ya que es el propio fabricante el que elabora sus estándares de calidad. Las dificultades inherentes a este modelo y al hecho de que la calidad estaba adquiriendo una importancia creciente como factor competitivo se produjo un cambio de enfoque que dio lugar a una etapa diferente: el aseguramiento de la calidad.

Aseguramiento de la calidad

El aseguramiento de la calidad son todas aquellas acciones, llevadas cabo sistemáticamente, que están destinadas a obtener un proceso productivo que asegure que el producto o servicio llegará a satisfacer los requerimientos de calidad. La cultura de la empresa incorpora la idea de hacer las cosas bien desde el principio.

Bajo esta estructura se empieza a generar un auge inusitado de las metodologías de certificación de procesos. Una de las más conocidas la certificación a través de la serie de Normas técnicas de la Organización Internacional para la Estandarización (ISO por sus siglas en ingles). Autoridades de certificación

evalúan dicho sistema y en caso de cumplir los requerimientos de calidad necesarios, certifican a la organización.

- Alcanzar y mantener la calidad del producto o servicio para satisfacer al cliente.
- Proporcionar garantías al cliente de que el producto o servicio que se le ofrece cumple unos determinados estándares de calidad.

Pueden distinguirse tres pasos fundamentales en esta metodología:

- Establecimiento de un sistema y evaluación de su adecuación. De esta manera se obtiene el Manual de Calidad.
- Auditoria del sistema para verificar que las disposiciones se están implementando.
- Revisión del sistema de manera continua, de forma que se compruebe que se sigue trabajando del modo adecuado respecto del manual de calidad y que el producto tiene las características prescritas.

Aunque el aseguramiento de la calidad supone algunas mejoras respecto al control de calidad tradicional persisten debilidades:

- No se produce una actividad de mejora. Dado que existen unos procedimientos claramente definidos, cualquier cambio supone un riesgo.
- Procedimientos formales tan definidos limitan de manera considerable la creatividad del personal y los ajustes a las particularidades de la empresa frente a su entorno ó grupos de interés.
- Se supone la satisfacción del cliente al recibir su pedido de acuerdo a lo especificado, cuando realmente la recepción conforme a lo pactado es algo que el cliente debe dar por supuesto.

La evolución del concepto de calidad llevó a la siguiente etapa: La Gestión de la Calidad Total, que hace acopio de todas las técnicas que han demostrado su utilidad en las fases anteriores pero introduciendo nuevos elementos y una nueva mentalidad en la cultura empresarial.

Gestión de la calidad total

Esta metodología (o tendencia) se refiere al conjunto de actividades extendidas a todas las áreas, operaciones, procesos y departamentos de una organización (es decir, extendidas a toda la organización) que tiene como objetivo enviar productos o servicios libres de defectos, en el plazo requerido y que satisfagan plenamente

las expectativas de los clientes, así como elevar el nivel de calidad de todas las operaciones de la empresa. Para este fin es indispensable que exista un compromiso de la dirección y una completa participación de todos los empleados.

Los principios que rigen la gestión de la calidad están descritos en la enumeración más conocida: los catorce puntos de Deming:

- Constancia en el propósito de mejora continua, a la que debe destinarse tiempo, esfuerzo y recursos. Es importante pensar en el largo plazo.
- Asimilar la nueva filosofía. No son admisibles los antiguos niveles de defectos, retrasos e ineficiencias.
- Prevención. La calidad no se consigue mediante la inspección sino mediante la prevención.
- Cooperar con proveedores. Deben establecerse vínculos estrechos con ellos y no deben seleccionarse los proveedores únicamente con base en precio.
- Mejora continua en todos los procesos.
- Potenciar la formación de todas las personas de la empresa, especialmente de aquellas que tengan responsabilidades ejecutivas.
- Liderazgo, que sustituya a la supervisión tradicional. De esta manera aquellas personas que ocupen puestos de supervisión tendrán tiempo y recursos para detectar problemas en vez de dedicar todos sus esfuerzos a “lo urgente”
- Eliminar el miedo, de modo que todo el personal pueda sugerir ideas y hacer preguntas para mejorar su trabajo.
- Comunicación. Eliminar barreras y promover el trabajo en equipo, así como la comunicación horizontal y vertical.
- Eliminar lemas, exhortaciones y objetivos numéricos, y sustituirlos por declaraciones e ideas orientadas a la mejora.
- Eliminar la gestión por objetivos o por metas numéricas.
- Eliminar las barreras que impiden a los trabajadores sentirse orgullosos de su trabajo.
- Instaurar un plan de formación continua.

- Crear una estructura en la empresa que lleve a cabo los trece puntos anteriores.

La influencia de estas tendencias ha marcado pautas en los estilos administrativos y gerenciales de nuestras instituciones de salud. En mayor o menor grado su influencia ha generado modificaciones en la forma de percibir el servicio y la gestión. Sin embargo la complejidad inherente a la prestación de servicios de salud ha hecho que la incorporación de estos elementos se produzca lenta y en algunos casos de manera tórpida.

En ese sentido el estado colombiano ha ido desarrollando un marco legislativo congruente con la evolución de estos principios y actualmente cuenta con disposiciones que permiten a las instituciones de salud posicionarse dentro de este marco. Sin embargo existe un desarrollo asincrónico entre las disposiciones legales y la ejecución y seguimiento de éstas explicado por debilidades del estado en la verificación y la realización de las acciones correctivas previstas. Bajo este panorama resulta claro que los principios orientadores ó conceptuales hacia la calidad no deben constituirse en una disyuntiva costos / calidad pues aunque la estabilidad y viabilidad financiera son un aspecto clave en toda empresa existe una oportunidad de facilitación del desempeño financiero mediante la incorporación de una cultura de calidad como imperativo ético en el sistema de salud.^{10, 11}.

Auditoria de la Calidad

Es entendida la auditoria como el examen, revisión metodológica de situaciones que concluyen en informes detallados de los hallazgos efectuados por los responsables del análisis. Teniendo en cuenta que el marco conceptual se refiere a garantizar el fin último de los procedimientos ejecutados para llegar al propósito del tema; para el caso de la Auditoria en salud su fin último es el de conocer qué le sucedió al paciente durante todo el proceso de atención, si fue adecuado el tratamiento, como se le brindó, por quienes y en que instancias, verificar si los medios de manejo terapéutico fueron adecuados al diagnóstico, los medios de ayuda diagnóstica fueron adecuados, con que respuesta y a que costos, para finalmente conocer el resultado de éstos en función de la mejoría de cada paciente. Bajo esta perspectiva el concepto actual de la auditoria en salud se aplica como un apoyo a la gestión de la calidad permitiendo un control de la calidad de la atención en salud verificando las condiciones derivadas no solamente del recurso humano responsable de la prestación en salud sino de una

¹⁰ CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. Consideraciones y Definiciones para un Sistema de Garantía de Calidad en Colombia. Revista Vía Salud No. 12. Bogotá: CGH, 2000. p. 5 – 12.

¹¹ GOMEZ DE LEON, Patricia y PINTO, Diana. Incentivos para Calidad en Salud. Revista Vía Salud No. 17. Bogotá: CGH. p. 4 - 13.

serie de elementos complementarios de orden administrativo y estructural que permitan llevar a feliz termino dicha empresa.¹²

Así mismo, dentro del contexto normativo colombiano, la atención en salud es entendida como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Es así como la atención en salud y el mejoramiento de la calidad es entendida como un esfuerzo articulado en el cual concurren el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores productivos del país y que comprende el conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional con infraestructura.

La auditoria para el mejoramiento de la calidad se convierte entonces en un instrumento de evaluación y mejoramiento sistemático que tiene como objetivo fundamental contribuir a la mejora de los resultados en las organizaciones, centrados en la atención del paciente e implica para la organización la ejecución de los siguientes aspectos:

- Identificación de problemas de calidad.
- Establecimiento de la meta respectiva: definición de la calidad esperada.
- Evaluación del desempeño.
- Aplicación y seguimiento de Acciones de Mejoramiento consistentes, tendientes a disminuir la brecha entre la calidad esperada y la calidad observada.
- Aprendizaje organizacional para actualizar la planeación de la calidad en el proceso de mejoramiento continuo (Cierre del Ciclo PHVA).

Programa de Auditoria

El programa de Auditoria es el procedimiento planeado y elaborado con anticipación de contenido flexible, sencillo y conciso, ajustado al objeto de examen. Significa la tarea preliminar trazada por el Auditor caracterizada por la previsión de las actividades que deben ser ejecutadas en cada proceso a fin de que este cumpla íntegramente su objetivo dentro de la Normas que regulan el tema objeto de la auditoria y las Normas y Técnicas de la Auditoria.

¹² RIAÑO GAMBOA, Germán. Auditoria de Calidad en salud. Casa Editorial Grupo ECOMEDIOS, 2001.

Además de servir como una guía lógica de procedimientos durante el curso de una Auditoria, el programa de Auditoria sirve como una lista de verificación a medida que se desarrolle la Auditoria en sus diversas etapas y a medida que las fases sucesivas del trabajo de Auditoria se terminen.

El contenido del programa de auditoria exige la determinación de un objetivo de la auditoria, fecha y una prueba de Auditoria que consta de los siguientes criterios:

Técnica, se refiere a la metodología utilizada para la verificación del ítem a auditar, entre estas se pueden citar:

- Análisis y revisión: Examen cualitativo de la evidencia obtenida
- Observación: Comprobación directa de la evidencia
- Inspección: implica la revisión de documentos
- Confirmación: Verifica hechos o cifras a través de externos y generalmente por escrito
- Indagación: Corresponde a preguntar, encuestar el personal de referencia relacionado con la evidencia
- Cálculos: Evidencia obtenida a partir de operaciones matemáticas

Enfoque, es la orientación hacia el tipo de evidencia que se va a recolectar y analizar:

- Prueba sustantiva: es aquella en la que prima los datos numéricos
- Prueba de cumplimiento: lo principal es el cumplimiento de procesos y normas
- Prueba mixta: en la que se combinan las dos pruebas anteriores

Alcance, Se determina el tamaño de la muestra a analizar

Oportunidad o Seguimiento, se define el plan o cronograma de la ejecución de las actividades de auditoria

Fuente, Corresponde al dato de origen para la obtención de la evidencia. Este puede ser personas o documentos

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

El estudio planteado es operativo administrativo. Corresponde a una propuesta que sustenta el mejoramiento continuo institucional como parte de la estrategia para alcanzar el nivel óptimo de control de la gestión a partir de los criterios del componente de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud de Colombia (SOGCS).

Para el presente estudio se analiza la unidad funcional de Hospitalización y para lograr los objetivos planteados se llevan a cabo las siguientes fases:

- **AUTOEVALUACION.** Verificación del estado actual. Determinación de las condiciones actuales por medio de la aplicación de los estándares de Acreditación contenidos en el Anexo técnico de la Resolución 1445 de 2006 del Ministerio de la Protección Social. En éste ítem se incluye la consolidación de las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas en el proceso de hospitalización.
- **PLAN DE MEJORAMIENTO:** Constituye la elaboración del 5WH con el fin de orientar al cumplimiento de altos estándares de calidad y diseñar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención.
- **SELECCIÓN DE LOS ASPECTOS A MEJORAR:** A partir de la identificación de las oportunidades de mejora se clasifican los problemas del proceso hospitalización, de acuerdo con el aspecto clave que está fallando en el proceso.
- **PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS EN EL PROCESO:** Herramienta de ordenamiento jerárquico de los problemas que más están impactando o afectando la calidad del proceso teniendo en cuenta qué tanto el problema impacta en el factor clave de éxito del proceso.
- **IDENTIFICACION DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES FRENTE AL PROCESO:** Permite definir las necesidades y expectativas de los Clientes frente al resultado o producto para traducir los deseos de los clientes y usuarios en requerimientos frente a los resultados del proceso analizado.

- **PROCESO DE HOSPITALIZACION:** Presenta el documento mediante el cual la institución ha estandarizado los pasos para la prestación del servicio de salud hospitalario a sus clientes.
- **INDICADORES PROCESO HOSPITALIZACION:** Es el documento institucional que provee a todos los niveles de la organización de herramientas que permitan evaluar el desempeño del área.
- **PROGRAMA DE AUDITORÍA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION:** Planteamiento de la Propuesta de Auditoria que a su vez contempla la Identificación del Objetivo y los elementos fundamentales para la prueba de auditoria, incluye fecha (inicio-termina), técnica, enfoque, alcance, seguimiento, fuente y cronograma de seguimiento.
- **PLAN DE AUDITORIA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION:** Define Objetivo, Alcance y Criterios de la Auditoria. Equipo y Programación de Actividades.

Metodológicamente se plantearon varios imperativos con el fin de garantizar confiabilidad y veracidad de las fuentes y por tanto de la información suministrada:

- Se identifica previamente los individuos cuya relación más directa y profunda con el ítem a evaluar permita obtener una información más depurada y exacta. Se tiene en cuenta además nivel de capacidad decisoria y de intervención real sobre cada uno de los aspectos evaluados. La complejidad de cada ítem hace necesario recurrir a diferentes fuentes para integrar una respuesta.
- Se practican entrevistas dirigidas teniendo como guía el estándar de acreditación.
- La validación de la información se realiza con base en los documentos institucionales o elemento de soporte.

5.2 AUTOEVALUACION

La autoevaluación de la Unidad Funcional de Hospitalización, se hace con base en el Grupo de Estándares contenidos en el Anexo Técnico 1 de la Resolución 1445 de 2006. Dentro de éstos se estándares de acreditación se encuentran: Direccionamiento, Gerencia, Gerencia del Recurso Humano, Gerencia de Sistema de Información, Gerencia del Ambiente Físico, Gestión de Tecnología, Atención al Cliente Asistencial. Atendiendo la determinación contenida en las Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad que indica que en aquellas entidades que aun no hayan resuelto las oportunidades de mejora sobre los procesos prioritarios asistenciales el Programa de Auditoria debe enfocarse prioritariamente

sobre ellos, se centra el análisis sobre el estándar Atención al Cliente Asistencial para las IPS que prestan servicios hospitalarios.

De otra parte el mecanismo de calificación de para cada una de los criterios definidos para las dimensiones se aplica observando la metodología sugerida en el Anexo Técnico 2 de la Resolución 1445 de 2006 que define las siguientes dimensiones a evaluar:

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

Implementación: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.

Resultados: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

Para cada una de éstas dimensiones se especifican las siguientes variables:

Enfoque

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

Implementación

- **Despliegue en la institución:** Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario.** Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

Resultados

- **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.

Para cada una de estas diez variables se determina un valor de calificación de acuerdo a lo definido en el Anexo No. 1. Escala de calificación

En este ítem se incluye la definición de fortalezas y oportunidades de mejora. El resultado de la autoevaluación es la calificación específica del cumplimiento de cada uno de los estándares individuales lo cual se convierte en el punto de partida para identificar los procesos críticos en los cuales es necesario enfocar el programa de Auditoría.

5.3 PLAN DE MEJORAMIENTO

Basados en las oportunidades de mejora planteadas en el estándar de atención al cliente asistencial se define el plan de mejoramiento utilizando la metodología de las cinco WH, lo cual implica la determinación de los siguientes aspectos:

- QUÉ: Actividades a realizar.
- QUIÉN: Responsable de la ejecución.
- CUÁNDO: Fecha de terminación de la actividad.
- DÓNDE: Lugar donde se realiza la actividad.
- CÓMO: Indica las pautas para la realización de la actividad.
- POR QUÉ: Determina el propósito de la actividad.
- FECHA DE SEGUIMIENTO: Definición del momento de control en el tiempo.

5.4 SELECCIÓN DE LOS ASPECTOS A MEJORAR EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACIÓN

Esta selección de los aspectos a mejorar para el proceso de hospitalización se efectúa a partir de las oportunidades de mejora identificadas desde la autoevaluación determinando si el problema se encuentra relacionado con aspectos como Comunicación (difusión y/o grado de despliegue a clientes internos y/o externos), Planeación (validando si se tiene en cuenta en la planeación del proceso de hospitalización), Ejecución (si se realiza o se deja registro),

Verificación (si se miden indicadores del proceso de hospitalización o se analizan los resultados), Intervención para la mejora (si se realizan acciones correctivas, preventivas o de mejora o no se hace seguimiento a sus resultados).

5.5 PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION

Para determinar éste aspecto se realiza la pregunta: ¿Qué tanto el problema afecta el logro del factor crítico de éxito del proceso?

Cada miembro del grupo califica el problema en términos de Satisfacción del Cliente Externo, Seguridad del Paciente, Satisfacción del Cliente Interno y Sostenibilidad Financiera por factor crítico, luego se registra el valor que más se repite (moda) y se multiplican los valores horizontalmente (ver tabla de priorización) para ponderar.

La escala de calificación aplicada es la siguiente

DESCRIPCION	CALIFICACION
Bajo impacto	1
Impacto Medio	3
Alto impacto	5

Se ordenan los resultados de mayor a menor valor, seleccionando los procesos con valor mayor de 50 puntos, entendiendo que en éste grupo se encuentran aquellos aspectos que tienen al menos de los aspectos calificados en cinco y mínimo uno de los aspectos calificados con puntaje de tres, es decir de los cuatro aspectos calificados tres están por encima de tres puntos (Impacto medio ó mayor).

5.6 IDENTIFICACION DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES FRENTE AL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Define frente a cada uno de los criterios del proceso asistencial del estándar de la unidad funcional de hospitalización las Necesidades de los Clientes Interno y Externo y las Características ó requisitos del proceso.

5.7 PROCESO DE HOSPITALIZACION

Es el documento institucional que estandariza los pasos para la prestación del servicio de salud hospitalario y comprende desde el momento en que se genera la hospitalización de un paciente en los servicios de urgencias, consulta externa, cirugía, unidad de cuidados intensivos y sala de partos hasta la ubicación del paciente en su unidad.

5.8 INDICADORES PROCESO HOSPITALIZACION

Busca garantizar la eficacia en términos de cumplimiento de metas y objetivos propuestos, eficiencia en términos de la mejor utilización de los recursos con la optimización de los procesos y satisfacción de las expectativas y necesidades reales del usuario. Incluye la ficha técnica de los indicadores y contempla como mínimo aquellos requeridos por la Resolución 1446 de 2006 y la Circular 049 de 2008.

5.9 PROGRAMA DE AUDITORÍA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION

La propuesta del Programa de Auditoria se plantea bajo el siguiente esquema:

1. Identificación del Ítem ó criterio a Auditar
2. Objetivo de la Auditoria.
3. Fecha: de inicio y de terminación de la Auditoria
4. Identificación de la Técnica: Análisis y Revisión, Observación, Inspección, Confirmación, Indagación, Calculo.
5. Planteamiento del Enfoque: Prueba Sustantiva, Prueba de Cumplimiento, Prueba Mixta.
6. Planteamiento del Alcance: Corresponde a la muestra sujeto de auditoria.
7. Seguimiento: Identifica el cuando ó periodicidad de la evaluación.
8. Fuente: Identifica el dato de origen de la evidencia (persona/documento)
9. Estado: Campo de registro del estado Planeado/Ejecutado.
10. Cronograma: Registra el despliegue de la oportunidad para el desarrollo de las actividades planeadas como parte de la prueba de auditoria.

5.10 PLAN DE AUDITORIA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Una vez diseñado el Programa de Auditoria se plantea el Plan de Auditoria que sirve de guía para las partes (equipo auditor y auditado) en el cual se define los siguientes ítems:

1. Objetivo
2. Alcance
3. Criterios de la Auditoria
4. Equipo Auditor
5. Programación de Actividades: lugar, fecha y hora de realización, actividad, auditado y auditor
6. Observaciones
7. Fecha de entrega del informe de auditoria
8. El informe ser entregado a
9. Cargo del Funcionario
10. Firma del Auditor Líder
11. Firma de aceptado

6. DESARROLLO

6.1 AUTOEVALUACION

6.1.1 Estándares del proceso de atención al cliente - asistencial.

	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	DOCUMENTOS/REGISTROS QUE EVIDENCIAN LA FORTALEZA						
	Systematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo Evaluacion y Mejoramiento	Despliegue en la Institucion	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medicion	Tendencia	Comparacion									
DERECHOS DE LOS PACIENTES											Calificación de la organización								
											5	4	3	2	1	NA			
1. Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes o código de ética en la organización que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	2	2	2	2	3	2	1	1	1	1			X			La institución ha acogido la definición de derechos y deberes de los pacientes, esta conformado el Comité de ética médica que vela por su cumplimiento y desarrollo, se designó un responsable para liderar la implementación y control.	Asegurar la implementación a todos los grupos de interés y se ejecuten acciones de evaluación tendientes a medir el grado de conocimiento de éstos	• Actas Comité de Ética Médica • Plan de Comunicaciones del SIAU	
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.	3	3	2	2	3	2	1	1	1	1			X			La institución ha iniciado la divulgación del Código de Ética y Derechos y Deberes de los pacientes mediante capacitación a grupos y medios masivos de comunicación (volantes, intranet, carteleras).	Diseñar e implementar mecanismos de evaluación del conocimiento de éste ítem.	• Registros de divulgación (Asistencia a capacitaciones, correos masivos).	
ACCESO											Calificación de la organización								
											5	4	3	2	1	NA			
3. Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.	3	4	3	3	3	3	3	3	2	1			X			La institución tiene definido el proceso de atención al usuario y la adherencia a este se evalúa periódicamente. El proceso ha sido divulgado a todo el personal de atención de la organización.	Divulgar las actualizaciones al proceso y evaluar el conocimiento que el personal tiene de este	• Procesos de la Unidad Funcional Hospital • Listas de verificación del cumplimiento de procesos	

REGISTRO E INGRESO												Calificación de la organización								
												5	4	3	2	1	NA			
4. Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento.	4	4	3	4	4	4	3	3	3	1				X				La institución tiene definido el proceso de atención al usuario y periódicamente se evalúa la adherencia al proceso. El proceso ha sido divulgado a todo el personal.	Incorporar dentro del proceso de admisión la identificación del personal a cargo del paciente, según su enfermedad. Documentar los criterios de priorización de los pacientes que deben atenderse y de las cirugías de urgencia según el riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de entrega de habitación • Instructivo al paciente para hospitalización quirúrgica • Procesos de la Unidad Funcional Hospital • Listas de verificación del cumplimiento de procesos
4.1. Existe un proceso inicial para informar al paciente acerca de los aspectos concernientes a su estancia, atención y cuidado, así como aspectos administrativos tales como tarifas, copagos o cuotas moderadoras y documentación requerida para su ingreso.																				
4.2. Los miembros del equipo de salud coordinan al ingreso del paciente las siguientes actividades:																				
§ Identificación del personal dentro de la institución que debe estar a cargo del paciente, según su enfermedad.																				
§ Priorización de los pacientes que deben atenderse.																				
§ Priorización de las cirugías de urgencia según el riesgo que la condición pone sobre la vida del paciente.																				
5. Existe un proceso de registro para la atención y el tratamiento.	2	3	2	3	3	3	2	1	1	1				X				La institución provee información acerca de horarios de alimentación, restricciones, informa al paciente sobre rutas de evacuación y manejo de residuos hospitalarios y para algunos procedimientos aplica consentimiento informado.	Informar sistemáticamente al paciente y su familia acerca del personal clave a contactar en caso de necesidad de su atención, Plan para asegurar las pertenencias del paciente, Elaborar protocolo o guía de recibimiento en la admisión de hospitalización, ubicación en la habitación, Elaborar consentimiento informado para todos los procedimientos invasivos pues sólo existe para los quirúrgicos y consentimiento informado administrativo. Incluir en el acta de entrega de inventario de habitación del paciente o documento anexo a esta toda la información indicada en este ítem	<ul style="list-style-type: none"> • Instructivo al paciente para hospitalización quirúrgica • Procesos de la Unidad Funcional Hospital • Listas de verificación del cumplimiento de procesos. • Cartilla Plan de Salud-Red de Servicios (IRIS) • Acta de entrega de inventario de habitación el cual incluye la información recibida por el paciente.
5.1. La organización garantiza un proceso para proveer información al paciente y su familia:	El ítem "Derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos" aplica a la institución en su condición de Régimen de excepción a la Ley 100 de 1993 y el Plan de salud se encuentra descrito en el Reglamento de Salud a partir de lo pactado en la Convención Colectiva de Trabajo																			
§ Se provee información al paciente y su familia acerca de la organización, por lo menos en los siguientes aspectos:																				
∅ Información acerca de la organización:																				
~ Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos.																				
~ Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación.																				
personales.																				
∅ La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento.																				
∅ Derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud, planes complementarios y medicamentos.																				
5.2. Existe un protocolo o guía de recibimiento en la admisión de hospitalización, ubicación en la habitación y presentación ante los compañeros de habitación.																				
5.3. Se obtiene consentimiento informado, si aplica en este momento.																				

EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO											Calificación de la organización											
												5	4	3	2	1				NA		
6. La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario. Específicamente se pretende identificar los siguientes criterios.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						X		Se cuenta con un equipo calificado que desde el proceso de Gestión de Talento Humano asegura la existencia de una hoja de vida de cada colaborador que presta el servicio en el hospital, con diplomas completos que demuestran el conocimiento, los cuadros de turnos que evidencian las rotaciones, el perfil de cargos, el plan de desarrollo y el seguimiento a su cumplimiento que permite evaluar si ha sido entrenado periódicamente	Planear, Diseñar e Implementar un proceso que de cumplimiento a éste ítem. Conformer un equipo de salud que efectúe la evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas de vida • Cuadros de turno • Perfil de cargos • Plan de desarrollo individual (PDI) • Seguimiento al cumplimiento al PDI 		
6.1. La evaluación del conocimiento, expectativas, necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su enfermedad, están plenamente identificadas en colaboración con él, e incluye:																						
§ Conocimiento del paciente acerca de su patología.																						
§ Forma de tratamiento de su enfermedad.																						
§ Expectativas del paciente acerca del resultado de su tratamiento.																						
6.2. Existe evidencia de que la evaluación es realizada por un equipo de salud y coordinada por un médico tratante responsable. El equipo en cuestión:																						
§ Está calificado para atender la patología que está atendiendo.																						
§ Es rotado periódicamente de actividad																						
§ Es reentrenado periódicamente en las actividades específicas que sirve.																						
7. La organización garantiza que está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el paciente, y de acuerdo con su patología o condición sobre agregada, requiere técnicas especiales de aislamiento.	4	4	2	4	4	2	2	1	1	1					X					La institución tiene definido y existe adherencia al proceso de aislamiento hospitalario.	Establecer mecanismo de identificación del paciente y no de la habitación en la cual se encuentra hospitalizado a fin de asegurar el respeto a la dignidad del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de Aislamiento hospitalario. • Listas de verificación del cumplimiento de procesos. • Historia Clínica del paciente aislado.
7.1. Este aislamiento debe mantener la dignidad del paciente y no puede ser obstáculo para un proceso de atención de acuerdo con lo necesario para su enfermedad.																						
7.2. La organización, una vez identificada la necesidad del aislamiento, diseña el plan de tratamiento, ejecuta el tratamiento y evalúa su resultado de acuerdo a la decisión adoptada.																						

PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO											Calificación de la organización																	
											5	4	3	2	1	NA												
8. Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados. Esta planeación incluye.	3	3	3	3	4	3	3	3	3	1								La institución cuenta con las guías de práctica clínica para las patologías prioritarias institucionales, la adherencia a las guías son evaluadas por la Auditoría Clínica a partir de muestras estadísticamente significativas. Existe consentimiento informado para todos los procedimientos quirúrgicos.	Elaborar guías de práctica clínica para todos las patologías susceptibles de atender en la institución según los criterios definidos en los estándares de acreditación. Elaborar e implementar consentimiento informado para todos los procedimientos invasivos. Estandarizar e incluir en historia clínica nota de Disentimiento y/o Alta voluntaria para los casos que aplique.	<ul style="list-style-type: none"> • Guías de práctica clínica de patologías prioritarias. • Seguimiento a indicadores de adherencia a guías. • Historia Clínica del paciente (incluye consentimiento informado para procedimientos quirúrgicos). • Listado de asistencia y acta de reuniones sistemáticas con médicos generales y especialistas, enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería 								
8.1. Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento 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.	El ítem "Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, donde se le explica el objetivo, beneficios e inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología." no aplica ya que la institución no adelanta estudios de investigación docente asistencial ni clínica.																											
8.2. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado, el cual es requerido para todos los procedimientos médicos. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.																												
8.3. Se obtiene un consentimiento especial del paciente si este va a hacer parte o se le solicita participar en un proyecto de investigación, donde se le explica el objetivo, beneficios e inconvenientes del mismo. La negativa por parte del paciente no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.																												
8.4. Se obtiene un registro firmado por el paciente cuando decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante																												

9. Los puntos clave del cuidado y tratamiento para procesos de atención específicos están identificados para cada paciente, los cuales apoyan la oportunidad y efectividad de las intervenciones e incluyen:	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1					X			
§ Se identifican el lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el paciente.																		
§ Planeación de partos de emergencia y cuidados del recién nacido.																		
§ Planeación de cuidados especiales, tales como cesáreas, partos inducidos y partos instrumentados.																		
§ Consejería en casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos.																		
§ Orientación a la madre acerca de las normas de seguridad y cuidado para evitar casos de confusión o extravío de recién nacidos.																		
§ Apoyo emocional al paciente y su familia relacionado con el impacto de la experiencia de la cirugía, aspectos éticos como muerte cerebral, retiro de los sistemas de soporte vital, decisiones de no tratamiento y no reanimación. Este criterio aplica sólo cuando las circunstancias anteriormente mencionadas ya están presentes o instauradas.																		
§ Rehabilitación según necesidades físicas, ocupacionales, de recreación y de comunicación (lenguaje y audición), si aplica.																		
§ Soporte nutricional especial.																		
§ Se proveen actividades lúdicas para infantes y adolescentes, y actividades especiales para pacientes de tercera edad.																		
§ Consejería y apoyo emocional al paciente y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento, la preparación para las consecuencias físicas, sociales y emocionales de la enfermedad, incluyendo la muerte y donación de órganos, cuando aplique.																		
§ Apoyo espiritual / religioso.																		
§ En caso de que el paciente vaya a ser sometido a una intervención quirúrgica se realiza una valoración anestésica prequirúrgica.																		
§ Se verifica la identidad del paciente, la naturaleza y el sitio de la operación propuesta.																		
La institución tiene planeados lugar e identificación de los sitios requeridos para atención de procedimientos médicos y quirúrgicos, cuenta con apoyo espiritual, valoración preanestésica y efectúa medición sistemática de la oportunidad de las intervenciones quirúrgicas.	Asegurar orientación y consejería o apoyo en todos los casos, efectuar marcación o identificación de sitio quirúrgico, implementar recreación y actividades lúdicas para grupos especiales, Implementar grupo de soporte nutricional para los casos que lo requieran.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de demarcación institucional del SIAU. • Contrato de asesoría espiritual. • Registro oportunidad quirúrgica electiva. • Procedimiento de solicitud y programación quirúrgica. • Historia Clínica. 																

10. La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad, lo cual incluye:	3	3	3	3	4	4	4	1	1	1			X			La institución cuenta con instalaciones físicas que favorecen la evaluación de cada paciente en ambiente privado.	Establecer una política de confidencialidad frente a la información del paciente y su presencia en la institución	No se evidencia.
§ Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.																		
§ La privacidad es respetada mientras el paciente se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional o técnico.																		
§ 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.																		
11. El plan de tratamiento debe incluir las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente, lo cual incluye:	4	4	3	4	4	4	4	3	3	1			X			La institución ha implementado un programa de dosis unitaria hospitalaria que asegura el cumplimiento de éstos aspectos que incluye revisión de todas las fórmulas antes del despacho, interacciones y notificación al médico de las discrepancias u objeciones para las correcciones. Para los problemas relacionados con medicamentos se aplica la metodología de análisis de reacción adversa medicamentosa (RAM), reporte de farmacovigilancia y análisis de eventos adversos (Minprotecciónsocial). La Institución aplica mecanismos para comunicar las necesidades específicas de medicamentos mediante notas de historia clínica, entrega de turnos, interconsultas, ronda hospitalaria.	Implementar un mecanismo para asegurar la información al paciente sobre medicamentos peligrosos ó reacciones adversas no deseadas. Dispensación informada. Seguimiento a la administración de medicamentos que hace enfermería. Asegurar que se entregue un listado de la información necesaria de medicamentos suministrados al paciente cuando se traslada un paciente de un servicio a otro o a otra institución. Asegurar la adopción de criterios para la práctica clínica segura (Joint Commission). Asegurar la revisión de los medicamentos no incluidos en la guía o vademecun de ECP en el comité técnico científico.	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Dosis Unitaria Hospitalaria. • Registros Programa de Dosis Unitaria. • Fórmula médica de dosis unitaria aprobada • Formato de reporte RAM • Formato de Farmacovigilancia • Historia Clínica • Registro entrega de turno • Registro de remisión referencia
§ Diseño del plan farmacológico de tratamiento.	El ítem "Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud" no aplica pues no existe limitación para el suministro de medicamentos siempre que éstos cuenten con el aval para su comercialización y estén autorizados para ser utilizados en el país.																	
§ Todas las órdenes de farmacia son revisadas en esa dependencia antes de la entrega de los medicamentos.																		
§ Mecanismos para comunicar oportunamente, al equipo de salud, las necesidades específicas de medicamentos del paciente. Estos medicamentos hacen referencia a aquellos que el paciente normalmente consume dentro de un esquema terapéutico por patologías o condiciones diferentes al motivo actual de atención. El equipo de salud debe tener especial cuidado en incorporar estos medicamentos dentro del plan de tratamiento y consignarlos en su historia clínica.																		
§ Mecanismos para proveer información al paciente o su familia sobre los medicamentos que se van a utilizar. 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 estos efectos.																		
§ Mecanismo para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.																		

12. El proceso de planeación del cuidado y tratamiento incluye la investigación diagnóstica, cuando la patología lo hace necesario.	4	4	3	5	4	4	4	4	3	3	1							X		<p>La institución asegura la elaboración de investigación diagnóstica exhaustiva en cada caso y los registros cumplen los requisitos del proceso. En cada Unidad funcional se cuenta con los procedimientos e instructivos para la realización de estudios de apoyo diagnóstico.</p>	<p>Estandarizar y documentar la planeación de la investigación diagnóstica. Asegurar que los proveedores externos de exámenes diagnósticos cumplan con los requisitos del proceso.</p>	<p>• Procedimientos de las áreas de apoyo diagnóstico (Laboratorio Clínico, Citohistopatología e Imagenología).</p>
<p>12.1. La información de la planeación y la investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo de salud y se comunica oportunamente al paciente y su familia. Constancia de la información brindada debe quedar escrita en la historia clínica.</p> <p>12.2. La planeación de la investigación diagnóstica incluye.</p> <p>§ Se cuenta con un sitio para referir las órdenes de necesidades diagnósticas, bien sea dentro de la organización u otra diferente.</p> <p>§ Existe una serie de reglas que condicionan cómo son solicitados los exámenes de diagnóstico, cómo son tomadas las muestras, cómo son transportadas las muestras y cómo son notificados los resultados.</p> <p>§ Las órdenes de exámenes de diagnóstico van acompañadas de información clínica relevante.</p> <p>§ Se instruye al paciente sobre la preparación para la toma de los exámenes.</p> <p>§ Los resultados están acompañados de una interpretación, en letra legible, con firma, sello, código del responsable, y fecha de resultados.</p> <p>§ Se provee información a los pacientes y familiares sobre los resultados de los exámenes o procedimientos diagnósticos. Se presta especial atención sobre la información brindada a los familiares cuando se trate de pacientes menores de edad, discapacitados mentales o en estado de inconsciencia.</p> <p>§ Se realizan análisis y valoraciones diagnósticas que sirvan como líneas de base para observar la respuesta del paciente a los tratamientos prescritos, si su patología o condición clínica lo ameritan.</p> <p>12.3. La organización garantiza un proceso donde se identifica y designa el personal autorizado para la solicitud de exámenes de laboratorio. Los servicios de laboratorio deben asegurar el cumplimiento de estos procesos.</p>																				<p>La institución cuenta con procedimiento que define responsabilidades de manejo interdisciplinario para los casos de Unidad de Cuidados Intermedios y las intervenciones de cada uno de los médicos</p>	<p>Establecer en el procedimiento de admisión y egreso hospitalarios las responsabilidades para cada uno de los servicios hospitalarios. Implementar una metodología</p>	<p>• Procedimiento de Ingreso a Unidad de Cuidados Intermedios. • Terminos de referencia de Contratación de Medicina Especializada. • Procedimiento de Admisión y Egreso Hospitalario.</p>
13. Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar.	3	3	2	3	3	3	2	1	1	1								X				

EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO											Calificación de la organización								
											5	4	3	2	1	NA			
14. Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento. 14.1. La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función dentro de un equipo de trabajo. 14.2. El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, la cual incluye como mínimo: § Óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos. § El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma. § Cuidados que se han de brindar en el momento de la hospitalización y necesidades después del egreso. § Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo prevención de infecciones. § Cuidados en casa, si aplica. 14.3. La educación está dada por un grupo interdisciplinario.	2	2	2	3	3	3	2	1	1	1				X			La institución asegura que el tratamiento es instaurado por personal idóneo según cada caso.	Implementar instructivos para todos los casos de tratamientos médicos y quirúrgicos acordes a cada patología ó procedimiento y asegurar el registro de la información que se entrega al paciente o su familia y el entendimiento y aceptación por parte de estos, tanto para los pacientes hospitalizados y aquellos que requieren cuidados en casa.	• Historia Clínica.
15. El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible. 15.1 Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en el tratamiento del paciente. 15.2 La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o Guías de Práctica Clínica.	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1				X			La institución cuenta con guías de practica clinica para las patologias prioritarias.	Asegurar la implementación de guías de practica clinica para todas las patologias susceptibles de atender, a través de una metodología consistente con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible. Efectuar referenciación de la medición, Asegurar la implementación del plan de acción generado a partir de las observaciones de auditoria.	• Guías de practica Clinica de patologias prioritarias. • Informe de Auditoria.

16. Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización.	4	4	4	4	5	4	4	5	4	2		X				La institución tiene definido e implementado un proceso para atender las no conformidades relacionadas de la prestación del servicio.	Efectuar referenciación externa del sistema y resultados obtenidos	<ul style="list-style-type: none"> • Portal de registro de Quejas y Reclamaciones (Habitat). • Encuesta de Satisfacción de usuarios. • Análisis de Satisfacción de usuarios. • Gestión de sugerencias y Reclamaciones. • Seguimiento al Plan de Acción de Satisfacción del Cliente. 	
§ La organización promueve un sistema para que los clientes presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones durante el curso de su hospitalización																			
§ Todos los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o sus familiares, son evaluados, investigados, si aplica, y respondidos.																			
§ Se informa al servicio que generó el reclamo, sugerencia o felicitación.																			
EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO											Calificación de la organización								
											5	4	3	2	1	NA			
17. La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica	4	3	3	3	4	3	3	4	3	1			X			La institución tiene definido y en ejecución el programa de auditoría médica y el procedimiento para el análisis de los eventos adversos.	Asegurar la implementación del plan de acción generado a partir de las observaciones de auditoría. Asegurar la inclusión de todos los criterios internacionales para la seguridad del paciente (Protocolo de Londres)	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de Auditoría Médica. • Informe de Auditoría Médica. • Procedimiento para el Análisis de eventos adversos 	
§ La evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.																			
§ La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para los casos de resultados adversos o de resultados no esperados en el curso de tratamiento.																			

SALIDA Y SEGUIMIENTO											Calificación de la organización									
											5	4	3	2	1	NA				
18. Existe para cada paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadía y los requerimientos futuros necesarios.	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1						X		La institución registra el resumen final de estadía y requerimientos futuros mediante la realización de epicrisis.	Asegurar que a cada paciente se le entregue copia de la epicrisis e instrucciones de los requerimientos al egreso.	• Epicrisis
19. Existe un proceso para identificar las necesidades y planear un continuo de cuidados al paciente después del egreso. Este estándar se aplica en aquellos casos donde el tratamiento del paciente sea de carácter ambulatorio, y cuya duración sea igual o superior a un mes.	4	4	2	3	3	3	3	3	3	3	1							La institución cuenta y tiene implementado el Programa de Atención Domiciliaria.	Estandarizar un proceso del plan de cuidado en casa para los pacientes con tratamientos mayores a 30 días. Definir y ejecutar indicadores de resultado del Programa de Atención Domiciliaria y del Plan de cuidado en casa. Definir mecanismo que sirva de evidencia de suministro al paciente de la información para su atención post hospitalaria. Asegurar la divulgación del Programa sea extendida a todos los clientes internos y externos de la institución.	• Programa de Atención Domiciliaria.
19.1. Existe un plan de egreso que incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ La explicación y determinación del nivel de conocimiento y comprensión del paciente y su familia acerca de los cuidados que debe seguir una vez egrese, incluyendo información de los medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, alimentación y rehabilitación, si aplica. ▪ Comunicación de toda la información relevante a la Empresa Promotora de Salud, Administradora de Régimen Subsidiado, o las que se asimilen, para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento. ▪ Planes documentados y de referencia para el seguimiento y tratamiento, que incluyen: <ul style="list-style-type: none"> o Lugar, fecha y razones de referencia. o Personas que se deben contactar, si aplica. o Reporte de los resultados del cuidado y tratamiento, si aplica. 																				
19.2. Las necesidades del continuo de cuidado al egreso reflejan la situación del cuadro clínico actual y de las nuevas necesidades expresadas por el paciente.																				
20. La organización cuenta con un proceso para contribuir y evaluar la adherencia del paciente a su tratamiento.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						X		No se evidencia.	Establecer el proceso para contribuir y evaluar la adherencia al tratamiento post egreso	No se evidencia.
21. El médico u organización que refirió al paciente es informado acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido.	3	2	1	2	3	2	1	1	1	1							X	Existe un vínculo médico-paciente individualizado, no institucional.	Establecer un mecanismo de realimentación a cada médico tratante de las intervenciones efectuadas a su paciente.	• Historia Clínica.

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD											Calificación de la organización								
											5	4	3	2	1	NA			
22. Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento.	4	4	3	3	2	3	3	2	2	1			X				La institución cuenta con un Plan de Mejoramiento de la Calidad, Hoja de Indicadores de la Unidad Funcional Hospital y el tablero de Indicadores de gestión.	Diseñar, implementar y analizar los Indicadores de monitoría del sistema (resolución 1446 de 2006) e interna (estándares de acreditación) y Asegurar la participación de todos los trabajadores en la construcción y seguimiento del Plan de Mejoramiento de la Calidad.	• Plan de Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud • Hoja de Indicadores • Tablero de Indicadores de Gestión.
22.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.																			
22.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y el familiar.																			
22.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.																			
22.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados.																			
23. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	2	3	3	3	2	3	2	3	2	1				X			El plan de mejoramiento aplica algunos de los criterios para implementar las acciones de mejoramiento mencionadas en este ítem.	Documentar el proceso de mejoramiento con la metodología sugerida en éste ítem.	• PAMEC • Informe Auditoría Médica.
23.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud. Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:																			
> Alto riesgo.																			
> Alto volumen.																			
> Alto costo.																			
23.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:																			
> Seguridad																			
> Continuidad																			
> Coordinación																			
> Competencia																			
> Aceptabilidad																			
> Efectividad																			
> Pertinencia																			
> Eficiencia																			
> Accesibilidad																			
> Oportunidad																			

<p>24. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1					<p>La institución efectúa seguimiento a los procesos prioritarios.</p>	<p>Estandarizar el proceso de monitorización.</p>	<p>Informe Auditoría Médica. • Seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones de Auditoría Médica.</p>
<p>▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</p>																		
<p>25. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1					<p>La institución ha trazado una directriz de efectuar realimentación de las oportunidades de mejoramiento a los grupos de prestadores del servicio.</p>	<p>Desplegar la información de oportunidades de mejoramiento a todos los grupos de interés, Realizar efectivamente las evaluaciones de Médicos Especialistas.</p>	<p>Acta de reuniones Medicina Especializada, Médicos Hospitalarios. • Evaluaciones de desempeño de personal de planta. • Evaluación de contratistas.</p>
<p>25.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p>																		
<p>25.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>																		

6.1.2. Estándares de direccionamiento.

	ENFOQUE			IMPLEMENTA		RESULTADOS					FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	DOCUMENTOS/REGISTROS QUE EVIDENCIAN LA FORTALEZA					
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo Evaluacion y Mejoramiento	Despliegue en la Institucion	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medicion	Tendencia	Comparacion								
ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN											Calificación de la organización							
											5	4	3	2	1	NA		
1. Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.	4	4	4	5	5	4	4	4	4	2		X				La institucion cuenta con un Direccionamiento construido con la participacion de los organos directivos.	Establecer una politica de comparacion con las mejores practicas.	• Actas Comité Nacional de Salud. • Actas reunion de lideres empresariales.
2. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2		X				La institucion desarrolla analisis estrategico teniendo en cuenta entorno y voz del cliente.	Efectuar ejercicios de referenciacion.	• Analisis de Satisfaccion del cliente. • Analisis de registros de Contact Center. • Analisis de Quejas y Reclamaciones.
3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno Esta definición contempla por lo menos los siguientes criterios.	5	4	5	5	5	5	4	5	4	2		X				La institucion cuenta con un proceso sistematico para definir y plantear mision, vision y valores que actualmente ajusta a los cambios organizacionales.	Establecer una politica de referenciacion que involucre los servicios de salud.	• Plan de comunicaciones de directrices organizacionales. • Acta de reunion de Lideres.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La relación de la organización con la comunidad que sirve. ▪ Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el paciente y su familia. ▪ Aspectos que guían la ética de la organización. ▪ La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. ▪ La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios. 																		

4. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.	5	5	5	5	4	4	4	4	4	2		X				La institución cuenta con un plan estratégico que revisa cada año construido a partir del Direccionamiento Estratégico.	Establecer una política de referenciación que involucre los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura de Control de Gestión. • Tablero balanceado de gestión. • Planes Operativos por dependencia.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior planeación, implementación y evaluación. 																		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización y del proceso de atención al cliente. 																		
5. Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	5	5	3	4	4	4	3	2	2	1			X			La institución cuenta con un plan de difusión bajo la responsabilidad de los líderes de cada área.	Establecer acciones de seguimiento ó indicadores con los cuales pueda medirse el impacto y resultados de la difusión.	<ul style="list-style-type: none"> • Acta Reuniones Sistemáticas. • Acta Reuniones de áreas funcionales.
6. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	5	4	4	4	4	4	4	4	4	1		X				La institución cuenta con un proceso para planificar y priorizar los recursos financieros disponibles.	Establecer una política de referenciación de la planificación que involucre los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan Anual de Presupuesto. • Presupuesto de Vigencias Fiscales Futuras.
7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:	5	4	4	4	4	4	4	4	4	2		X				La institución cuenta con un proceso sistemático de evaluación de la gestión en salud.	Efectuar referenciación de los indicadores de gestión y calidad con instituciones del sector.	<ul style="list-style-type: none"> • Tablero de Indicadores de Gestión. • Análisis hospitalizaciones Patologías Crónicas (P y P).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad de la atención por tipos de servicios. 																		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilización de servicios por afiliado (por ejemplo, tratando de incentivar la consulta y desincentivar la hospitalización). 																		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Satisfacción global del cliente con la atención recibida. 																		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Calidad de la atención. 																		

8. Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1		X				La institución cuenta con un proceso de mejoramiento de desempeño desplegado a todos los funcionarios.	Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de Gestión del Desempeño. • Evaluaciones de Desempeño.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existe un proceso por medio del cual el personal de la institución sustenta su gestión ante la junta directiva o comités especiales creados para tal fin. 																			
9. Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1					X		No se evidencia.	Definir una política y procedimiento para elaboración de conceptos técnicos y asesoramiento por los líderes funcionales a las instancias directivas.	<ul style="list-style-type: none"> • No se evidencia.
9.1. El proceso incluye:																			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de conceptos o documentos técnicos. 																			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega de informes sobre solicitudes específicas. 																			
9.2. El asesoramiento involucra las políticas o decisiones concernientes a los procesos de atención a los clientes.																			
10. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.	5	4	5	4	4	5	4	4	5	1			X				La institución cuenta con un Plan de Desarrollo Individual basado en el desarrollo de competencias técnicas y transversales orientadas al servicio al cliente.	Aplicar plantilla de evaluación de reuniones exitosas a todas las desarrolladas en la institución. Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Desarrollo Individual (PDI). • Plantilla de evaluación de Reuniones Exitosas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los integrantes de la junta directiva reciben orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así mismo, de cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo. 																			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Especial énfasis debe ser puesto en la filosofía, políticas y procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias. 																			

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD												Calificación de la organización								
	5	4	3	2	1	NA	5	4	3	2	1	NA								
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del Direccionamiento	5	5	4	4	4	4	5	5	4	2		X					La institución cuenta con un plan para mejorar la calidad de los procesos de direccionamiento.	implementar mecanismos para lograr despliegue masivo y adicionales de escucha al cliente como insumo para las propuestas de mejoramiento de los procesos de direccionamiento.	Proceso de Mejoramiento y Ajustes al Direccionamiento Estratégico.	
11.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.																				
11.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y																				
11.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.																				
11.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados																				
12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	5	5	4	4	4	4	4	3	3	2		X					La institución cuenta con un proceso para implementar y establecer prioridades al mejoramiento de los procesos de Direccionamiento.	Establecer indicadores de seguimiento a la implementación.	Proceso de Mejoramiento y Ajustes al Direccionamiento Estratégico.	
12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores.																				
▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de:																				
➢ Alto riesgo.																				
➢ Alto volumen.																				
➢ Alto costo.																				
12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los																				
➢ Seguridad																				
➢ Continuidad																				
➢ Coordinación																				
➢ Competencia																				
➢ Aceptabilidad																				
➢ Efectividad																				
➢ Pertinencia																				
➢ Eficiencia																				
➢ Accesibilidad																				
➢ Oportunidad																				

13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1				X				La institución cuenta con un proceso de verificación del mejoramiento del Direccionamiento.	Ampliar el enfoque para la monitorización del mejoramiento al direccionamiento y asegurar sistematicidad en todas las áreas de la institución.	• Plan de Auditoría a Regionales • Informe de visitas de seguimiento a Regionales.
El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.																					
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	2	2	2	2	2	3	2	1	1	1					X				No se evidencia.	Implementar actividades de comunicación de las acciones de mejoramiento a todos los grupos de interés.	No se evidencia.
14.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.																					
14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.																					

6.1.3 Estándares de gerencia.

	ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	DOCUMENTOS/REGISTROS QUE EVIDENCIAN LA FORTALEZA							
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo Evaluacion y Mejoramiento	Despliegue en la Institucion	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medicion	Tendencia	Comparacion										
ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN											Calificación de la organización									
											5	4	3	2	1	NA				
1. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.	5	4	3	3	3	3	3	4	4	1							X	La institucion cuenta con un listado de clientes y proveedores.	Establecer un mecanismo sistematico de divulgacion de las actualizaciones del listado de clientes. Definir metodologia para identificacion de cliente interno.	Listado de Proveedores. • Sistema Unico de Informacion en Salud (SUIS).
2. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso considera:	5	5	5	4	4	4	4	5	4	1							X	La institucion tiene definido, desplegado y aplica el proceso de Atencion orientado al cliente	Ejecutar actividades de despliegue para todos los clientes.	• Proceso de Atencion Orientado al Cliente. • Proceso de Gestion de Sugerencias, Reclamos y Felicitaciones. • Proceso de Evaluacion de la Satisfaccion de usuarios. • Analisis de Encuestas de Satisfaccion y Quejas y Reclamaciones.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una metodología para la identificación de las necesidades. ▪ Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades. ▪ La descripción del proceso de atención al cliente y sus necesidades específicas por tipo de cliente y para cada una de las fases del proceso. 																				
3. Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad, incluido el Manual de Calidad de la Organización. El soporte es demostrado a través de:	3	3	4	3	3	3	3	3	3	1							X	La institucion tiene definidos un proceso que incluye escenarios de seguimiento y acompañamiento para la identificacion de desviaciones de los objetivos y ejecucion de los planes de accion frente a éstas. Efectúa reconocimiento por resultados.	Ajustar Manual de Calidad de la empresa exclusivamente a los servicios de salud. Efectuar referenciancion del proceso con instituciones del sector.	• Actas de Reuniones Sistematicas. • Planes de Accion. • Política de compensacion variable por resultados.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. ▪ Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación. ▪ Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. ▪ Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización. 																				

4. La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario.	5	5	5	4	4	5	5	5	4	2			X					La institución cuenta con un proceso para el logro del estándar.	Asegurar el despliegue del proceso en las áreas de soporte. Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.	• Proceso de Despliegue de Direcciónamiento Estratégico. • Actas de Reuniones Sistemáticas.
Las metas y objetivos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. ▪ Proveen orientación para el proceso de atención del cliente. ▪ Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia. 																				
5. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. La monitorización incluye.	4	4	4	4	4	4	4	5	4	2			X					La institución cuenta con un proceso para la monitorización permanente de los resultados.	Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.	• Proceso de Seguimiento a la Gestión Institucional. • Hoja de Vida de Indicadores. • Tablero de Indicadores de Gestión.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las actividades específicas de monitoreo y mejoramiento. ▪ La evaluación del logro de las metas y objetivos. 																				
6. Existe un proceso en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes o el código de ética establecido por la organización. El respeto por el cliente incluye:	2	3	2	2	3	1	1	1	1	1							X	No se evidencia.	Documentar e implementar un proceso para identificar, garantizar y cumplir los derechos de los clientes.	No se evidencia.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dignidad personal. ▪ Privacidad. ▪ Seguridad. 																				

<p>7. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla</p>	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1					X	No se evidencia.	Documentar e implementar un proceso para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y trabajadores de la organización hacia otros clientes, familias, visitantes y trabajadores.	No se evidencia.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una política clara emanada de la alta gerencia, que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y compañeros de trabajo ▪ Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención. ▪ Educación a los trabajadores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. ▪ Información y educación a los clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas. 																		
<p>8. Existen procesos para desarrollar políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.</p>	5	5	4	4	5	5	5	5	4	1		X				La institución cuenta con un proceso ampliamente difundido para la definición del tipo y amplitud de los servicios a proveer.	Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso definición Plan de Salud. • Plan de Salud. • Plan Estructurado por Niveles de Atención (PENA).
<p>9. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la organización y de cada unidad funcional. Lo anterior es logrado a través de</p>	5	5	4	4	4	5	5	5	4	1		X				La institución cuenta con un proceso de presupuestación definido e implementado para todas las áreas de la institución.	Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.	<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto oficial Anualidad. • Presupuesto de Vigencias Fiscales Futuras. • Normas de presupuesto.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisión de prioridades en el plan. ▪ Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención. ▪ Evaluación de los recursos disponibles. 																		

10. Existe un proceso para la protección y control de los recursos.	5	5	4	4	4	5	5	5	4	1			X					La institución cuenta con un proceso para la protección y control de los recursos definidos.	Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector. Implementar divulgación de recursos presupuestados al cliente externo.	<ul style="list-style-type: none"> Medición Productividad. Análisis de costos. Seguimiento a ejecución presupuestal. Interventoría a contrato servicio farmacéutico. Política Manejo de seguros Ecopetrol. Seguimientos recobros SOAT. Reporte incapacidad médica. Auditoría Gestión de la Calidad. Visitas de seguimiento a cumplimiento de procesos/protocolos.
Lo anterior se logra a través de:																				
<ul style="list-style-type: none"> Medición de la productividad. Costeo. Monitorización de los presupuestos. Manejo de inventarios. Manejo de seguros. Fomento de la cultura del buen uso de los recursos. Auditoría de procesos. Seguimiento de contingencias cubiertas por ATEP y SOAT. Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades. 																				
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD											Calificación de la organización									
											5	4	3	2	1	NA				
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia	2	3	2	2	2	2	2	1	1	1				X				La institución realiza actividades de mejoramiento fundamentada en datos y hechos con la participación del equipo de salud y teniendo en cuenta las necesidades del paciente.	Estructurar las acciones de mejoramiento mediante la elaboración de un plan de mejoramiento.	Proceso de Seguimiento a la Gestión Institucional.
11.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.																				
11.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y																				
11.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.																				
11.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados.																				

12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1					X			La institución realiza actividades de mejoramiento fundamentada en datos y hechos con la participación del equipo de salud y teniendo en cuenta las necesidades del paciente.	Estructurar las acciones de mejoramiento mediante la elaboración de un plan de mejoramiento.	Proceso de Seguimiento a la Gestión Institucional.
<p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Alto riesgo. ➢ Alto volumen. ➢ Alto costo. <p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Seguridad ➢ Continuidad ➢ Coordinación ➢ Competencia ➢ Aceptabilidad ➢ Efectividad ➢ Pertinencia ➢ Eficiencia ➢ Accesibilidad ➢ Oportunidad 																					
13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1					X			No se evidencia.	Documentar e implementar un proceso de monitorización dentro del plan de mejoramiento de los procesos de Gerencia.	No se evidencia.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 																					
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					X			No se evidencia.	Establecer un plan de comunicaciones como parte integral del mejoramiento del proceso de Gerencia.	No se evidencia.
<p>14.1. Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <p>14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>																					

6.1.4 Gerencia del recurso humano.

	ENFOQUE			IMPLEMENTA		RESULTADOS					FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	DOCUMENTOS/REGISTROS QUE EVIDENCIAN LA FORTALEZA						
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo Evaluación y Mejoramiento	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación									
ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN											Calificación de la organización								
											5	4	3	2	1	NA			
<p>1.Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.</p> <p>1.1. Estos procesos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Legislación relevante. ▪ Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo. ▪ Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial. ▪ Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal. ▪ Evaluación de desempeño. ▪ Evaluación periódica de expectativas y necesidades que ayuden a dirigir el clima organizacional. ▪ Políticas de compensación. ▪ Estímulos e incentivos. ▪ Bienestar laboral. ▪ Necesidades de comunicación organizacional. <p>1.2 Los procesos descritos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.</p> <p>1.3 Los procesos mencionados en el estándar debe incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención.</p>	5	5	4	4	4	5	4	5	4	2		X					<p>La institución cuenta con procesos claramente definidos e implementados para identificar y responder a las necesidades de los clientes internos de la institución.</p> <p>Adaptar los procesos a la normativa y requerimientos vigentes para las instituciones de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan Local de Salud Ocupacional. • Perfiles de cargo. • Procesos de Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal. • Proceso de Gestión del Desempeño. • Política de Compensación. • Política de Compensación Variable. • Plan de Mejoramiento de Clima Laboral. 		

2. Existe un proceso para la planeación del recurso humano.	5	5	5	4	4	5	4	5	4	2		X				La institución cuenta con un proceso de planeación del recurso humano.	Asegurar la implementación del enfoque en todas las áreas claves. Implementar divulgación de la planeación del recurso humano al cliente externo. Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.	• Proceso de Reestructuración organizacional.
<p>2.1 El proceso descrito considera los cambios que ocurren en su ambiente, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambios en la misión de la organización. ▪ Cambios en el plan estratégico. ▪ Cambios en la estructura organizacional. ▪ Cambios en la planta física. ▪ Cambios en la complejidad de los servicios. ▪ Disponibilidad de recursos. ▪ Legislación relevante. ▪ Tecnología disponible. <p>2.2. La asignación de personal a todo nivel de la organización apoya la prestación de los servicios y está diseñado de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Requisitos y perfil del cargo. ▪ Identificación de los patrones de carga laboral del empleo. ▪ Reubicación y promoción del personal en el evento de que una situación así lo requiera. <p>2.3. La planeación del recurso humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y del diseño del proceso de atención.</p>																		
3. Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias.	5	5	4	4	4	5	4	4	4	1		X				La institución cuenta con un proceso que garantiza la calificación y competencia del personal propio y de los contratistas.	Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.	• Perfiles de Cargo. • Proceso de Selección de Personal. • Terminos de Referencia de la contratación (Condiciones Específicas de la Contratación).
<p>3.1. Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las calificaciones incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto y se relacionan con: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Experiencia. ➢ Licenciamiento o certificación, si aplica. <p>3.2. Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Conocimiento y habilidades. ➢ Relaciones interpersonales. ➢ Habilidades de liderazgo y ➢ Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad. 																		

<p>4. La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.</p>	5	5	4	4	4	5	5	5	4	1	X					La institución cuenta con un Plan de Desarrollo de Personal.	Divulgar a los clientes externos la existencia del Plan de Desarrollo Individual. Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Desarrollo Individual. • Programas de Capacitación. • Seguimiento al cumplimiento del Plan de Desarrollo de Talento Humano.
<p>4.1. La educación continuada y actividades de entrenamiento promueven la competencia del personal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Se provee información acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades e incluyen: <ul style="list-style-type: none"> > Valores. > Misión y visión. > Plan estratégico. > Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos. > Servicios disponibles. > Objetivos y metas de la organización > Estructura organizacional. > Expectativas del desempeño. > Legislación relevante. > Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones. > Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio. ▪ Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización. <p>4.2. La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.</p>																		
<p>5. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.</p>	5	5	4	5	4	5	5	5	4	1	X					La institución cuenta y tiene implementado el proceso de gestión del desempeño.	Documentar el desempeño durante los periodos de prueba.	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de Gestión del Desempeño. • Evaluaciones de desempeño del personal. • Seguimiento al cumplimiento de la evaluación de desempeño.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El desempeño es revisado y documentado durante el período de prueba. ▪ El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. ▪ Se provee retroalimentación al personal evaluado. 																		

6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:	4	3	3	4	4	3	4	3	3	1							La institucion cuenta con procesos para asegurar el entrenamiento y evaluacion periodica y mejoramiento de las condiciones de trabajo de los empleados.	Implementar mecanismos sistematicos de comunicacion de cambios legislativos aplicables a la institucion y realizacion de conciliacion de protocolos medicos.	• Plan de Desarrollo Individual. Programas de Capacitacion. • Plan de Salud ocupacional (incluye HRA y HEMP).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. ▪ Investigación científica. ▪ Entrenamiento de estudiantes, si aplica. ▪ Conciliación de protocolos médicos. ▪ Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional. ▪ Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. ▪ Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. ▪ La atención al cliente y su familia. 	Los ítem: <i>"Investigación científica y Entrenamiento de estudiantes"</i> no aplican pues la institucion no cuenta con estas areas ó actividades.																		
7. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.	5	5	5	5	4	4	4	4	3	1		X					Existe un enfoque organizacional para los procesos de comunicacion y se han efectuado mediciones para documentar	Concientizar al personal para utilizar adecuadamente las herramientas de medicion.	• Plan de comunicaciones organizacional. • Encuesta de medicion del clima laboral. • Plan de Mejoramiento del Clima laboral.
8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso a los registros. ▪ Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización 	5	5	4	4	4	4	3	3	3	1		X					Existe un enfoque organizacional que busca asegurar la confidencialidad de los registros del personal y la institucion cuenta con la informacion sistematizada, en red con acceso restringido.	La institucion debe efectuar adecuado entrenamiento para la utilizacion de la herramienta informatica.	• Política de Manejo de Talento Humano. • Sistema de Informacion SAP-RH.

9. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	1		X						Existe un área institucional que maneja el programa de Salud Ocupacional y Seguridad Industrial.	Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.	<ul style="list-style-type: none"> Plan Nacional y Local de Salud Ocupacional. HRA y HEMP. Plan de Reconocimientos. 	
9.1. Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados.																						
9.2. Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud.																						
10. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.	5	4	5	5	5	5	3	3	3	1		X							La organización cuenta con un proceso para evaluación y mejoramiento de la satisfacción de los empleados y clima organizacional.	Continuar la implementación sistemática de la estrategia de evaluación de la satisfacción de empleados y clima organizacional.	<ul style="list-style-type: none"> Política Corporativa Talento Humano de Clase Mundial. Encuesta Great Place to Work. Plan de Mejoramiento de Clima Organizacional. 	
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD											Calificación de la organización											
											5	4	3	2	1	NA						
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano.	5	4	4	4	4	4	4	4	4	1		X							La institución tiene una Política de Mejoramiento Continuo de todos los procesos de manejo del recurso humano.	Continuar el despliegue de la Política de Mejoramiento Continuo.	<ul style="list-style-type: none"> Despliegue de Dirección Estratégica para macroproceso de Talento Humano. Sistema de Gestión Integral de la Calidad. Estructura de Control de Gestión de los procesos de manejo de recurso humano. 	
11.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.																						
11.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores en general.																						
11.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.																						
11.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados																						

<p>12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>	5	4	4	4	4	5	4	4	3	1		X					<p>La institución cuenta con una metodología para el mejoramiento de la calidad del área de manejo del recurso humano.</p>	<p>Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector. Asegurar la implementación de los criterios de calidad para el mejoramiento que no estén contemplados en el actual proceso de manejo de talento humano.</p>	<p>• Estructura de Control de Gestión de proceso de Talento Humano. • Actas de Reunión Sistemática de Regional de Servicios al Personal.</p>
<p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Alto riesgo. ➢ Alto volumen. ➢ Alto costo. <p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Seguridad ➢ Continuidad ➢ Coordinación ➢ Competencia ➢ Aceptabilidad ➢ Efectividad ➢ Pertinencia ➢ Eficiencia ➢ Accesibilidad ➢ Oportunidad 																			
<p>13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>	5	4	4	4	4	5	4	4	3	1		X					<p>La institución tiene definidos los Indicadores de Gestión del proceso de recurso humano y planes de acción de mejoramiento de los procesos críticos.</p>	<p>Asegurar el avance de los planes de mejoramiento de los procesos de manejo de talento humano.</p>	<p>• Tablero de Indicadores operativos. • Planes de Acción de Procesos Críticos de Talento Humano.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 																			
<p>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>	3	2	3	2	1	2	2	3	2	1				X			<p>La institución comunica los resultados de las actividades de mejoramiento de forma integral al nivel gerencial.</p>	<p>Asegurar despliegue al equipo de salud, pacientes, familia.</p>	<p>• Informe de resultados de planeamiento.</p>
<p>14.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a la familia, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <p>14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>																			

6.1.5 Estándares de gerencia del ambiente físico.

	ENFOQUE			IMPLEMENTA		RESULTADOS					FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	DOCUMENTOS/REGISTROS QUE EVIDENCIAN LA FORTALEZA					
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo Evaluación y Mejoramiento	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación				Calificación de la organización				
														5	4	3	2	1
ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN											Calificación de la organización							
1.La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.	4	4	3	4	3	4	4	3	3	1								
1.1. Lo anterior incluye:																		
▪ La gerencia de los riesgos físicos.																		
▪ Mantenimiento de la seguridad industrial.																		
▪ Preparación para emergencia y desastres.																		
▪ La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades.																		
1.2. Los procesos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.																		
1.3. Está diseñado y difundido un plan que desarrolla el método o programa que se utilizará para ejecutar las acciones que garantizan la protección de los pacientes durante su proceso de atención y de los trabajadores.																		
											La institución cuenta con programas de mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura, Plan de atención de emergencias y evacuación institucional.	Asegurar la regularización del Comité de Emergencias institucional y seguimiento a los indicadores de cumplimiento de Mantenimiento preventivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Contratación (PACC) de necesidades de Mantenimiento. • Programa de Mantenimiento preventivo de instalaciones. • Plan de Atención de Emergencias externo. • Plan de Evacuación institucional. • Actas de reunión Comité operativo Emergencias. 					

<p>2. La organización cuenta con procesos diseñados y operacionalizados, los cuales garantizan la prevención y control de las infecciones durante el proceso de atención del cliente. Los procesos son basados en guías o estándares, que incluyen:</p>	5	5	4	4	4	5	5	5	4	1							<p>La institución cuenta con Comité de Infecciones Intrahospitalarias el cual realiza todas las actividades para prevenir y controlar los riesgos de infección.</p>	<p>Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actas de conformación y reunión de Comité de Infecciones Intrahospitalarias (CIH). • Guías y protocolos CIH. • Plan de acción y seguimiento del CIH. • Protocolo de preparación de medicamentos del Programamde Dosis Unitaria Hospitalaria. • Manual de Central de esterilización.
<p>2.1. Para los clientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Admisión y transporte de los pacientes con infección. ▪ Implementación de técnicas de aislamiento. ▪ Garantía del uso de técnicas asépticas para la preparación de medicamentos intravenosos, quimioterapia o nutrición parenteral. <p>2.2. Existe un proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definición de cuándo se considera una infección intrahospitalaria. ▪ Definición de mecanismos de reportes y protocolos de investigación en casos de infección intrahospitalaria. ▪ Reporte de las infecciones intrahospitalarias. ▪ Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos relevantes dentro de la organización. <p>2.3. El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.</p> <p>2.4. El plan está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la organización.</p> <p>2.5. Están identificadas las responsabilidades para la prevención de infecciones.</p> <p>2.6. El personal de la organización recibe entrenamiento en la prevención y control de infecciones.</p> <p>2.7. Existen sistemas de ventilación para prevenir la diseminación de contaminantes, si aplica.</p> <p>2.8. Existen procesos para el manejo de desechos (físicos, químicos, biomédicos, etc.).</p>																			

3. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención.	3	4	4	4	4	3	3	2	2	1							La institución realiza sistemáticamente investigación de incidentes y accidentes serios e implementa acciones de mejoramiento para evitarlos, cuenta con sistemas de provisión de energía de emergencia en zonas críticas y tiene definido cronogramas de desinfección y limpieza.	Integrar todas las actividades realizadas en la institución con el fin de favorecer la generación de una cultura del manejo seguro del espacio físico.	<ul style="list-style-type: none"> • Portal de Fallas de Control/Incidentes. • Formato de reporte Control/Incidentes. • Procedimiento para el análisis de Fallas de Control/Incidentes. • Procedimiento activación Sistema de energía eléctrica de emergencia. • Cronograma de desinfecciones.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos. ▪ Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia. ▪ Provisión de energía de emergencia e insumos básicos de todo tipo utilizados durante la atención. ▪ Programaciones de limpieza. 																			
4. La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:	5	5	4	5	4	4	4	4	4	1							La institución ha adoptado el Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios.	Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector. Fortalecer la información y educación del usuario para la segregación adecuada de residuos	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios. • Actas de Reunión de Grupo de gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS). • Seguimiento de cumplimiento al Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios (PGIRH).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente. ▪ No reutilización de materiales. ▪ Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación. ▪ Impacto ambiental. ▪ Reciclaje y comercialización de materiales. ▪ El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente. 																			

<p>5. Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).</p>	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	1		X						<p>La institución tiene un Plan de Atención de Emergencias Externas y Plan de Evacuación.</p>	<p>Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector. Generar convenios para red de urgencias con otras instituciones aunque no exista CRU en la localidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Atención de Emergencias Externas. • Plan de Evacuación. • Cronograma de capacitaciones Emergencias. • Actas reunion Comité operativo emergencias.
<p>5.1 Existe un plan organizacional que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado. ▪ Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables. ▪ Conexión a la red de urgencias. ▪ Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres. <p>5.2. Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y describen cómo la unidad se integra al plan organizacional.</p> <p>5.3. Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres.</p> <p>Estos ejercicios permitirán:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la organización. ▪ Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos. ▪ Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos. ▪ Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo. <p>5.4. La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecimiento de un centro dentro de la organización para facilitar y coordinar las actividades de respuesta. ▪ Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos. ▪ La identificación del personal que está a cargo de los servicios. ▪ Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares. ▪ Proveer un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la organización. ▪ Recolectar y difundir la información necesaria. ▪ Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. <p>5.5. La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.</p>																					

6. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. El proceso incluye:	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	1		X				La institución cuenta con un Plan de Atención de Emergencias y realiza sistemáticamente simulacro de atención de emergencias externas.	Realizar evaluación de emergencias externas reales. Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector. Generar convenios para red de urgencias con otras instituciones aunque no exista CRU en la localidad.	• Plan de Atención de Emergencias Externas. • Cronograma de capacitaciones Emergencias. • Actas reunion Comité operativo emergencias. • Acta de evaluación simulacro atención emergencia externa.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño de un área para la recepción del personal. ▪ Registro de los nombres y números de identificación de los clientes al momento del ingreso. ▪ Aplicación de un sistema de triage. ▪ Señalización del área acomodada para atender al grupo de pacientes. ▪ Activación de protocolos de salida a los pacientes hospitalizados que puedan ser egresados para acomodar a los nuevos ingresos. 																			
7. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.	4	5	4	5	2	4	4	4	4	4	1		X				La institución tiene un proceso para la prevención y respuesta adecuada ante incendios con el apoyo del equipo de contraincendios corporativo.	Garantizar información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de incendios.	• Plan de Evacuación institucional. • Programa de capacitación contraincendio. • Programa capacitación ante emergencias. • Sistema de Alarma contraincendio de áreas críticas.
7.1. El proceso está asesorado por guías del departamento de bomberos. 7.2. El proceso está acorde con los códigos aprobados e incluyen entre otros: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguridad <ul style="list-style-type: none"> ➢ Prevención de incendios. ➢ Educación a los empleados de la organización sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación. ▪ Emergencia <ul style="list-style-type: none"> ➢ Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos. ➢ Evacuación de los clientes en riesgo. ➢ Instrucciones en el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores. ➢ Sistemas de evacuación. ➢ Señalización de sistemas de evacuación. ➢ Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios. 7.3. La institución garantiza la información y educación a los pacientes y sus familiares para su preparación en casos de incendios.																			

8. Existen procesos para evacuación y reubicación de clientes. El proceso incluye:	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	1			X					El plan de evacuación incluye el procedimiento para evacuar y reubicar clientes. La institución tiene definidas zonas de expansión ante emergencias.	Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector ó evaluación de pares para identificar oportunidades de mejora.	• Plan de Atención de Emergencias Externas. • Plan de Evacuación. (Protocolo de Triage institucional ante emergencias).	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de clientes que deben ser reubicados. ▪ Comunicación de esta situación a las familias. ▪ Sistema de transporte de los clientes. ▪ Arreglos de sitios alternos para la reubicación del cliente, incluyendo al personal de atención. 																	No se evidencia.	Definir e implementar un proceso para manejo de situación donde se pierda un paciente.	No se evidencia.			
9. La organización garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria. El proceso incluye:	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1							X	No se evidencia.	Definir e implementar un proceso para manejo de situación donde se pierda un paciente.	No se evidencia.	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. ▪ Un sistema de comunicación dentro de la organización para la identificación del cliente. ▪ Designar a un responsable de la búsqueda. ▪ Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la organización. ▪ Contacto con la policía y la familia del cliente. 																						
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD												Calificación de la organización										
												5	4	3	2	1	NA					
10. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del ambiente físico	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	1			X				La institución cuenta con plan de mejoramiento para mejorar la calidad de los procesos de áreas claves para la gerencia de ambiente físico.	Definir plan de mejoramiento para todos los aspectos del ítem. Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.	• Plan de acción y seguimiento del CIH. • Plan de gestión Integral de Residuos Hospitalarios (PGIRH). • Plan de Acción Comité Operativo de Emergencias.		
10.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. 10.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores de la organización. 10.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. 10.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados.																						

<p>12. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>	3	3	2	3	3	3	3	4	3	1					X			<p>La institución prioriza las actividades de mejoramiento teniendo en cuenta algunos de los criterios definidos en el estándar.</p>	<p>Estandarizar ó priorizar las acciones de mejoramiento para las áreas de soporte (mantenimiento y adecuación de infraestructura) según los criterios definidos en el estándar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Plan de acción y seguimiento del CIH. Plan de gestión Integral de Residuos Hospitalarios (PGIRH). Plan de Acción Comité Operativo de Emergencias.
<p>12.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> > Alto riesgo. > Alto volumen. > Alto costo. <p>12.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los siguientes criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Seguridad > Continuidad > Coordinación > Competencia > Aceptabilidad > Efectividad > Pertinencia > Eficiencia > Accesibilidad > Oportunidad 																				
<p>13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>	3	3	2	3	3	3	3	4	3	1					X			<p>La institución tiene definidos indicadores de gestión y resultados con los que monitoriza los aspectos definidos en éste criterio.</p>	<p>Definir los indicadores de resultado para todos los aspectos definidos en el criterio. Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Índice de Infección Intrahospitalaria. Seguimiento al cumplimiento de cronograma de desinfecciones. Seguimiento al cumplimiento de recomendaciones de simulacros de emergencias.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 																				
<p>14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1					X			<p>La institución divulga a su interior los resultados de las acciones de mejoramiento sobre algunos de los procesos de gerencia del ambiente físico.</p>	<p>Efectuar difusión sistemática de los resultados de acciones de mejoramiento incluyendo al paciente, familia y comunidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> Actas de Reuniones Sistemáticas de equipo gerencial. Informe Semestral Comité de Infecciones Intrahospitalarias. Informe Comité operativo Emergencias.
<p>14.1. Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <p>14.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>																				

6.1.6 Gerencia de sistemas de información.

	ENFOQUE			IMPLEMENTA		RESULTADOS					FORTALEZA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	DOCUMENTOS/REGISTROS QUE EVIDENCIAN LA FORTALEZA				
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo Evaluación y Mejoramiento	Despliegue en la Institución	Despliegue al Cliente Interno y/o Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la Medición	Tendencia	Comparación							
ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN											Calificación de la organización						
											5	4	3	2	1	NA	
<p>1. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial de aquellas necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un cliente.</p> <p>1.1. Las necesidades que están identificadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los procesos de atención a los clientes. ▪ Planeación de la organización. ▪ Asignación de recursos. ▪ Productividad. ▪ Educación del personal. ▪ Investigación. ▪ Necesidades del cliente y la comunidad. ▪ Direccionamiento organizacional ▪ Mejoramiento de la calidad ▪ Coordinación de servicios frente a la atención del cliente. <p>1.2. Existe un plan de gerencia de la información. El plan incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La identificación de las necesidades de información. ▪ Captura de los datos. ▪ Análisis de la información. ▪ Transmisión de la información. ▪ Estandarización de la información ▪ Uso de la tecnología ▪ Un proceso de implementación basada en prioridades. ▪ Almacenamiento, conservación y depuración de la información. ▪ Seguridad y confidencialidad de la información. ▪ Sistema de evaluación del plan. ▪ Sistema de mejoramiento <p>1.3. Se cuenta con un plan que garantice el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.</p>	3	3	3	4	3	3	3	3	2	1			X		<p>La institución tiene identificadas las necesidades de información en especial aquella relacionada con el proceso de atención al cliente.</p> <p>Estructurar de manera organizada los esfuerzos para la construcción de un plan de gerencia de la información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mapa de Procesos • SIAU. • Direccionamiento Estratégico • Estructura de Control de la Gestión (ECG). • Indicadores de Gestión. • Plan de desarrollo Individual. • Sistema Único de Información en Salud (SUIS). 		
<p><i>El ítem: "Investigación" no aplica pues la institución no cuenta con esta área ó actividad.</i></p>																	

2. Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)	5	5	5	5	3	4	4	4	4	4	1		X					La institución cuenta con un proceso para identificar y responder a las necesidades de sus clientes.	Asegurar divulgación de los resultados de información a todos los clientes. Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.	<ul style="list-style-type: none"> • Tablero de Indicadores de Gestión. • Resultados encuestas de satisfacción y Quejas y Reclamaciones. • Actas Reuniones Sistemáticas. • Plan SIAU
<p>2.1. Los procesos contemplan la recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección la toma oportuna y efectiva de decisiones.</p> <p>2.2. Existe un proceso periódico para priorizar y recoger las necesidades, opiniones y niveles de satisfacción de los clientes del sistema.</p> <p>2.3. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta.</p> <p>2.4. La información soporta la gestión de los procesos relacionados con el cliente y los generales de la organización.</p>																				
3. La organización realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.	5	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1		X					La institución ejecuta acciones preventivas e investigación, análisis periódico y corrección a las desviaciones.	Asegurar la divulgación de las acciones preventivas y correctivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Tablero de Indicadores de Gestión. • Plan de Acción (Satisfacción del Cliente, Financiero, Procesos Críticos, Promoción y Prevención)
<p>3.1. La organización garantiza el diseño y seguimiento de protocolos por cumplir en caso de variaciones observadas.</p>																				
4. Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.	4	4	4	4	4	3	3	3	2	1			X					La institución garantiza seguridad y confidencialidad de la información mediante restricciones al acceso y aplica medios de conservación de los archivos.	Establecer indicadores o mecanismos de seguimiento que permitan el mejoramiento del proceso.	<ul style="list-style-type: none"> • Normas de Seguridad Informática. • Manual de Control Administrativo. • Plan de Comunicaciones. • Tablas de Retención Documental (TRD).
<p>4.1. La seguridad debe prevenir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Acceso no autorizado. ▪ Pérdida de información. ▪ Manipulación. ▪ Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos de los legalmente contemplados dentro de la organización. ▪ Deterioro físico de los archivos. 																				

5. Existe un proceso para transmitir los datos y la información.	5	4	4	4	4	4	4	4	4	1			X						
5.1. La transmisión debe garantizar la																			
▪ Oportunidad.																			
▪ Facilidad de acceso.																			
▪ Confiabilidad y validez de la información.																			
▪ Confidencialidad y seguridad.																			
6. Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.	5	4	4	4	3	3	3	3	3	3	1			X					
La institución tiene los mecanismos y medios para transmitir la información de manera oportuna, confiable y segura.																			
Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.																			
• Normas de Seguridad Informática. • Sistema cartero. • Procedimiento para envío y recepción de correspondencia.																			
7. Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los pacientes y su familia.	4	3	3	3	3	3	3	3	2	1				X					
La institución asegura la consolidación de la información asistencial y administrativa.																			
Asegurar la difusión de los procesos de emisión de documentos y los indicadores del proceso.																			
• Procedimiento para el control de la emisión de documentos.																			
7.1. Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad.																			
7.2. La información consolidada está disponible para la comparación frente a mejores prácticas.																			
La institución asegura la consolidación de la información asistencial y administrativa.																			
Asegurar la estructuración de los esfuerzos para consolidar la información. Efectuar referenciación del proceso con instituciones del sector.																			
• Sistema Único de Información en Salud (SUIS). • Tablero de Indicadores de Gestión. • Tablero Balanceado de Gestión (TBG).																			
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD											Calificación de la organización								
											5	4	3	2	1	NA			
8. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia de la información.	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1				X					
La institución cuenta con procesos de gerenciamiento de la información que no se encuentran integrados bajo un plan de mejoramiento que los cobije a todos.																			
Efectuar integración de los procesos de gerenciamiento de la información y hacer seguimiento y control bajo un esquema de mejoramiento continuo.																			
No se evidencia.																			
8.1. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.																			
8.2. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores de la organización																			
8.3. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.																			
8.4. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados																			

<p>9. Existe un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento a las prioridades seleccionadas en el plan mencionado en el estándar anterior.</p>	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1							X			No un plan de mejoramiento que cubja a todos los procesos d egerenciamiento de la informacion.	Diseñar e implementar actividades de mejoramiento al plan de mejoramiento de informacion.	No se evidencia.		
<p>9.1. Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas del paciente, la familia, el equipo de salud y los trabajadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: <ul style="list-style-type: none"> > Alto riesgo. > Alto volumen. > Alto costo. <p>9.2. Los aspectos de la calidad que son considerados para el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento incluyen alguno o todos los</p> <ul style="list-style-type: none"> > Seguridad > Continuidad > Coordinación > Competencia > Aceptabilidad > Efectividad > Pertinencia > Eficiencia > Accesibilidad > Oportunidad 																									
<p>10. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										X		No se evidencia.	Diseñar y ejecutar un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identifique e implemente actividades de mejoramiento.	No se evidencia.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 																									
<p>11. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1										X		No se evidencia.	Efectuar divulgacion de los resultados de las actividades de mejoramiento sobre los procesos de gerenciamiento de la informacion.	No se evidencia.
<p>11.1 Los resultados son comunicados al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <p>11.2. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>																									

6.1.7 Plan de mejoramiento.

PROBLEMA:						
El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad del proceso de hospitalización, de la Policlínica Ismael Darío Rincón, de la Regional de Salud Magdalena Medio no cumple con todas las fases requeridas según las Pautas de Auditoria del Ministerio de Protección Social para el logro de óptimos estándares establecidos en la Resolución 1445 de 2006						
OBJETIVO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:						
Establecer el proceso de hospitalización orientado al cumplimiento de altos estándares de calidad y diseñar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en la Unidad Funcional de Hospitalización.						
INDICADOR:						
Porcentaje de Cumplimiento del Plan de Mejoramiento (No. Actividades ejecutadas / No. Actividades planeadas) x 100						
META: 90%						
PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL						
QUÉ (Actividades a realizar)	QUIÉN (Responsable de ejecutarla)	CUÁNDO (Fecha de terminación de la actividad)	DÓNDE (Lugar donde se realiza la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)	POR QUÉ (Propósito de la actividad)	FECHA DE SEGUIMIENTO
Asegurar la implementación de la declaración de los derechos y deberes de los pacientes y código de ética a todos los grupos de interés.	Líder SIAU RSM.	Julio 15 de 2008	Auditorio RSM, Carteleras RSM, Correo electrónico	Charlas a grupos de usuarios, publicaciones en carteleras, envío de correos masivos y mensajes en intranet ECOPETROL.	Porque todos los usuarios deben conocer y apropiarse los derechos y deberes.	Tercer jueves de cada mes en Reunión de Comité de Ética médica.
Diseñar e Implementar mecanismos de evaluación del conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes y código de ética	Líder SIAU RSM y Líder Calidad RSM.	Julio 15 de 2008.	Auditorio RSM.	Aplicación de evaluación de comprensión al finalizar la charla de divulgación a grupos de usuarios.	Es necesario asegurar la comprensión de los derechos y deberes y código de ética por pacientes y grupos de interés.	Tercer jueves de cada mes en Reunión de Comité de Ética médica.

Divulgar las actualizaciones al proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y evaluar el conocimiento que el personal tiene de este.	Líder de Enfermería y Líder de Cirugía.	Agosto 2008	Cada servicio de la Unidad funcional de hospitalización.	En reunión con el personal de cada servicio. La evaluación se realiza al finalizar la presentación.	Todos los funcionarios de la institución deben conocer el proceso de atención al cliente y sus actualizaciones.	Septiembre 30 de 2008 en Reunión Sistemática de la Unidad Funcional de Hospitalización.
Incorporar dentro del proceso de admisión la identificación del personal a cargo del paciente, según su enfermedad.	Líder de Enfermería.	Junio 15 de 2008.	Proceso de admisión Unidad Funcional Hospitalización.	Actualizar y divulgar el proceso de Hospitalización y actualizar incluyendo en las listas de verificación del cumplimiento de los procesos para asegurar el cumplimiento de éste ítem.	Porque es necesario identificar para el usuario y asegurar la información del personal a cargo del paciente, según su enfermedad.	Septiembre 15 de 2008.
Documentar los criterios de priorización de los pacientes que deben atenderse y de las cirugías de urgencia según el riesgo.	Líder de Enfermería.	Junio 15 de 2008.	Proceso de admisión Unidad Funcional Hospitalización.	Actualizar y divulgar el proceso de Hospitalización.	Porque es necesario asegurar la definición de los criterios de Priorización de los pacientes que deben atenderse y de las cirugías de urgencia según el riesgo.	Septiembre 15 de 2008.
Informar sistemáticamente al paciente y su familia acerca del personal clave a contactar en caso de necesidad de su atención.	Enfermera profesional de cada servicio de la unidad funcional hospitalización.	Cada vez que un paciente es ingresado a la unidad funcional de hospitalización.	Instructivo al paciente para hospitalización.	Actualizar el instructivo al paciente para hospitalización incluyendo el personal clave a contactar en caso de necesidad de su atención.	Porque cada paciente y su familia deben identificar claramente el personal al cual pueden acudir en caso de necesidad.	Julio 31 de 2008.
Elaborar y divulgar un Plan para asegurar las pertenencias del paciente.	Líder de Enfermería.	Julio 15 de 2008.	Plan para asegurar pertenencias del paciente. Proceso de admisión Unidad Funcional Hospitalización.	Informar al paciente para que no traiga objetos valiosos a su hospitalización, asegurar acciones sistemáticas para minimizar riesgo de pérdida (acompañante en habitación, cierre de puerta)	Para minimizar el riesgo de pérdida de pertenencias del paciente.	Noviembre 8 de 2008.

Elaborar protocolo o guía de recibimiento en la admisión de hospitalización, ubicación en la habitación	Líder de Enfermería y Líder de Cirugía.	Julio 31 de 2008.	Guía de recibimiento en la admisión de hospitalización, ubicación en la habitación	Documentar y divulgar la guía de recibimiento en la admisión.	Para asegurar que cada paciente y su familia tenga toda la información y sea ubicado al momento de la admisión.	Agosto 15 de 2008.
Elaborar consentimiento informado para todos los procedimientos invasivos y consentimiento informado administrativo.	Líder de Enfermería, Líder de Cirugía, Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización.	Junio 15 de 2008.	Consentimiento Informado para procedimientos invasivos y Consentimiento informado administrativo.	Elaborar y Divulgar el consentimiento informado y asegurar su inclusión en el Proceso de Admisión a la Unidad funcional de hospitalización.	Porque cada paciente tiene derecho a ser informado y consentir sobre la realización de procedimientos invasivos y autorizar el suministro de información sobre su estancia en la institución.	Agosto 5 de 2008.
Incluir en el acta de entrega de inventario de habitación del paciente o documento anexo a esta, toda la información que se le da al paciente o familiares acerca de la organización y lo referente a su proceso de hospitalización	Líder de Enfermería.	Junio 5 de 2008.	Acta de entrega de inventario de habitación al paciente.	Actualizar acta de entrega de inventario de habitación al paciente.	Porque cada paciente o familiares debe tener toda la información acerca de la organización y lo referente a su proceso de hospitalización.	Septiembre 15 de 2008.
Planear, Diseñar e Implementar un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso.	Líder de Enfermería, Líder de Cirugía, Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización.	Agosto 15 de 2008.	Proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso.	Elaborar, Divulgar y Aplicar el proceso.	Porque se requiere estandarizar la identificación de necesidades del paciente y su familia desde el ingreso.	Octubre 10 de 2008.
Conformar un equipo de salud que efectúe la evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso	Jefe de la Unidad Funcional hospitalización.	Agosto 1 de 2008	Cada servicio de la Unidad funcional de hospitalización.	Aplicando los criterios definidos en el proceso de evaluación de necesidades del paciente y su familia.	Porque cada funcionario debe estar sensible y conocer su rol y responsabilidad frente a la planeación y resolución de necesidades del paciente y su familia desde el ingreso.	Septiembre 30 de 2008.

Establecer mecanismo para identificar al paciente que requiere técnicas especiales de aislamiento, desde el momento del ingreso.	Líder de Enfermería y Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización.	Julio 10 de 2008.	Cada servicio de la Unidad Funcional de hospitalización.	Asegurando efectividad y respeto de la dignidad.	Porque se requiere aplicar medidas de aislamiento en algunos casos a fin de minimizar los riesgos de contagio para los trabajadores de la salud, la familia del paciente y los demás pacientes en algunos casos.	Octubre 31 de 2008.
Elaborar guías de practica clínica para todos las patologías susceptibles de atender en la institución según los criterios definidos en los estándares de acreditación	Líder de Enfermería, Líder de Cirugía, Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización.	Julio 15 de 2009	Cada servicio de la Unidad Funcional de hospitalización.	Elaborar, Divulgar y Aplicar la guía de práctica clínica para las patologías susceptibles de atender en la institución.	Porque se requiere estandarizar la prestación del servicio a la practica clínica basada en la evidencia.	Marzo 15 de 2009.
Estandarizar e incluir en historia clínica nota de Disentimiento y/o Alta voluntaria para los casos que aplique.	Líder de Enfermería, Líder de Cirugía.	Julio 20 de 2008.	Proceso de admisión Unidad Funcional Hospitalización.	Elaborar y Divulgar el proceso de admisión a la unidad funcional de hospitalización asegurando la inclusión del formato de disentimiento y/o alta voluntaria de la institución. Aplicar el formato de disentimiento y/o Alta Voluntaria para cada caso que aplique.	Porque es necesario estandarizar el formato para los casos en que aplique el disentimiento y/o alta voluntaria.	Agosto 15 de 2008.
Asegurar orientación y consejería o apoyo emocional y espiritual al paciente y su familia en todos los casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos y de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento. Orientación a la madre acerca de las normas de seguridad y cuidado para evitar casos de confusión o extravío de recién nacidos.	Líder de Enfermería y Líder de Cirugía, Medico de la unidad funcional de hospitalización.	Julio 15 de 2008.	Cada servicio de la Unidad Funcional de hospitalización.	Indicando valoración y/o apoyo por psicología, trabajo social ó poyo espiritual según sea el caso.	Porque cada paciente requiere una valoración y apoyo integral.	Agosto 15 de 2008.

Efectuar marcación o identificación de sitio quirúrgico.	Líder de Enfermería.	Julio 31 de 2008.	Para todos los casos que requieren intervención quirúrgica.	Marcando con una equis el sitio de intervención quirúrgica en cada caso confrontando con identidad del paciente.	Porque se requiere minimizar el riesgo de intervención en sitio equivocado.	Noviembre 30 de 2008.
Implementar recreación y actividades lúdicas para grupos especiales	Enfermera Profesional y Auxiliares de Enfermería de la unidad funcional de hospitalización.	Agosto 15 de 2008.	Para todos los casos del servicio de pediatría y aquellos especiales de Medicina Interna.	Efectuando un plan de actividades lúdicas y recreativas grupales con los recursos disponibles.	Porque las actividades lúdicas y recreativas ayudan a mejorar la recuperación de cada paciente.	Septiembre 1 de 2008.
Implementar grupo de soporte nutricional para los casos que lo requieran	Líder de Enfermería, Líder de Cirugía y Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización.	Agosto 15 de 2008.	Cada servicio de la Unidad Funcional de hospitalización para todos los casos que lo requieran.	Asegurando la participación de Nutricionista, Enfermería profesional, Médico General Hospitalario y las especialidades de Medicina Interna, Cirugía y Anestesiología.	Porque se requiere dar soporte nutricional acorde a las necesidades para todos aquellos casos en los que no es posible mantener la nutrición enteral normal.	Diciembre 15 de 2008.
Establecer una política de confidencialidad frente a la información del paciente y su presencia en la institución	Líder de Enfermería, Líder de Cirugía y Jefe de la Unidad de hospitalización	Julio 15 de 2008.	Proceso de admisión Unidad Funcional Hospitalización.	Asegurando la reserva de la información de la historia clínica y confidencialidad de la estancia de cada paciente a menos que exista autorización del paciente.	Porque la confidencialidad de la información del paciente es un derecho el cual depende de su autonomía para levantar dicha reserva.	Octubre 30 de 2008.
Implementar un mecanismo para asegurar la información al paciente sobre medicamentos peligrosos ó reacciones adversas no deseadas	Médico General Hospitalario y Médico especialista tratante.	Julio 31 de 2008.	Cada servicio de la Unidad Funcional de hospitalización.	Informando al paciente sobre cada medicamento que va a ser administrado (posología, cuidados ó condiciones que debe tener, efectos esperados, no deseados, peligros ó reacciones adversas)	Porque es necesario que el paciente participe de su tratamiento (adherencia) y reporte los efectos no deseados ó adversos en caso que se presenten para asegurar la ejecución de medidas correctivas ó preventivas.	Agosto 1 de 2008.

Seguimiento a la administración de medicamentos que hace enfermería y la Dispensación informada.	Enfermera Profesional y Auxiliares de Enfermería de la unidad funcional de hospitalización.	Julio 31 de 2008.	Cada servicio de la Unidad Funcional de hospitalización, Proceso de Administración de medicamentos.	Informando al paciente sobre cada medicamento que va a ser administrado (posología, cuidados ó condiciones que debe tener, efectos esperados, no deseados, peligros ó reacciones adversas)	Porque es necesario que el paciente participe de su tratamiento (adherencia) y reporte los efectos no deseados ó adversos en caso que se presenten para asegura la ejecución de medidas correctivas ó preventivas.	Agosto 1 de 2008.
Asegurar que se entregue un listado de la información necesaria de medicamentos suministrados al paciente cuando se traslada un paciente de un servicio a otro o a otra institución	Enfermera Profesional y Auxiliares de Enfermería de la unidad funcional de hospitalización.	Agosto 15 de 2008	Proceso de remisión referencia y muerte durante el traslado.	Incluyendo una lista de verificación con la que se verifique la entrega de la información necesaria de medicamentos suministrados al paciente cuando es trasladado.	Porque es necesario asegurar la continuidad del tratamiento instaurado a cada paciente y evitar errores en la administración de medicamentos que pueden implicar sobre dosificación, interacciones ó efectos secundarios.	Agosto 30 de 2008.
Asegurar la adopción de criterios para la práctica clínica segura (Joint Comission)	Líder de Enfermería, Líder de Cirugía y Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización.	Agosto 15 de 2008.	Política institucional de seguridad del paciente.	Conformando el equipo de seguimiento a la seguridad del paciente el cual debe adoptar, divulgar y asegurar la implementación de los criterios para la práctica clínica segura.	Porque es necesario asegurar el control de los riesgos derivados de la prestación del servicio.	Enero 15 de 2009.
Asegurar la revisión de los medicamentos no incluidos en la guía o vademécum de ECP en el comité técnico científico	Líder de Enfermería, Líder de Cirugía y Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización.	Junio 15 de 2008.	Comité Técnico Científico.	Cada líder de servicio presenta al comité los casos susceptibles de revisar.	A fin de asegurar que cada paciente reciba el tratamiento idóneo y de primera elección según su condición medica a la luz de la práctica clínica basada en la evidencia.	Julio 15 de 2008.

Estandarizar y documentar la planeación de la investigación diagnóstica. Asegurar que los proveedores externos de exámenes diagnósticos cumplan con los requisitos del proceso.	Medico general hospitalario, medico especialista tratante e Interventor de contrato de proveedores externos de exámenes diagnósticos.	Julio 15 de 2008.	Historia clínica de cada paciente hospitalizado e informe de interventoría del contrato de proveedores externos de exámenes diagnósticos.	Asegurando el registro de la planeación diagnóstica por el medico tratante en cada caso y el cumplimiento de los proveedores externos de exámenes diagnósticos de los requisitos del proceso.	Para asegurar que exista un análisis y manejo integral en cada caso de paciente hospitalizado.	Octubre 30 de 2008.
Establecer en el proceso de admisión y egreso hospitalario la determinación de las responsabilidades para cada uno de los servicios hospitalarios	Líder de Enfermería, Líder de Cirugía y Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización.	Agosto 30 de 2008.	Proceso de admisión y Proceso de Egreso Unidad Funcional Hospitalización	Incluyendo determinación de las responsabilidades para cada uno de los servicios hospitalarios en el proceso.	Es necesario que cada uno de los partícipes del proceso tenga claridad de su rol y responsabilidad.	Septiembre 15 de 2008.
Implementar una metodología estandarizada de evolución del paciente (PSOAP).	Medico General y medico especialista Hospitalario.	Julio 31 de 2008.	Guía de evaluación medica de paciente.	Asegurando la elaboración, divulgación e implementación de la guía.	Para asegurar la evaluación integral de cada caso y la calidad de los registros clínicos.	Septiembre 30 de 2008.
Implementar instructivos para todos los casos de tratamientos médicos y quirúrgicos acordes a cada patología ó procedimiento y asegurar el registro de la información que se entrega al paciente o su familia y el entendimiento y aceptación por parte de estos, tanto para los pacientes hospitalizados y aquellos que requieren cuidados en casa.	Medico General y medico especialista Hospitalario.	Julio 31 de 2008.	Proceso de admisión y Proceso de Egreso Unidad Funcional Hospitalización. Historia clínica.	Asegurando la elaboración e inclusión de los instructivos para los pacientes hospitalizados y aquellos que requieren cuidados en casa de todos los casos de tratamientos médicos y quirúrgicos acordes a cada patología ó procedimiento en el proceso de admisión y proceso de egreso.	Para asegurar que cada paciente cuente con toda la información requerida como fundamento para su adherencia al tratamiento instaurado hospitalario ó ambulatorio.	Diciembre 15 de 2008.

Asegurar la implementación de guías de práctica clínica para todas las patologías susceptibles de atender, a través de una metodología consistente con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible	Medico General y medico especialista Hospitalario (especialidades medicas y quirúrgicas)	Agosto 31 de 2008.	Guías de práctica clínica de la institución.	Elaborar, divulgar e implementar todas las guías de práctica clínica.	Porque es necesario estandarizar la práctica clínica a la mejor evidencia disponible.	Octubre 31 de 2008.
Asegurar la implementación del plan de acción generado a partir de las observaciones de auditoria.	Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización.	Julio 31 de 2008.	Cada servicio de la Unidad Funcional de hospitalización.	Elaborar el Plan de Acción generado a partir de las observaciones de auditoria, divulgarlo e implementarlo.	Porque es necesario ejecutar las acciones de mejora tendientes a resolver las no conformidades detectadas por la auditoria.	Agosto 1 de 2008.
Efectuar referenciación externa del sistema y resultados obtenidos en el proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización	Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización.	Julio 15 de 2009.	Institución acreditada. Cada servicio de la Unidad Funcional de hospitalización.	Efectuar visita de reconocimiento y verificar las mejores prácticas.	A fin de plantear acciones de mejoramiento y apropiar las mejores prácticas del sector para el proceso de atención de los reclamos, sugerencias o felicitaciones.	Febrero 15 de 2009.
Asegurar la implementación del plan de acción generado a partir de las observaciones de auditoria con respecto a la historia clínica	Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización, Comité de Historias Clínicas.	Julio 31 de 2008.	Cada servicio de la Unidad Funcional de hospitalización.	Elaborar el Plan de Acción generado a partir de las observaciones de auditoria, divulgarlo e implementarlo.	Porque es necesario ejecutar las acciones de mejora tendientes a resolver las no conformidades detectadas por la auditoria y mejorar la calidad de historia clínica.	Agosto 31 de 2008.
Asegurar la inclusión de todos los criterios internacionales para la seguridad del paciente (Protocolo de Londres)	Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización, Comité de Calidad institucional.	Julio 30 de 2008.	Política institucional de seguridad del paciente.	Conformando el equipo de seguimiento a la seguridad del paciente el cual debe adoptar, divulgar y asegurar la implementación de los criterios para la práctica clínica segura.	Porque es necesario asegurar el control de los riesgos derivados de la prestación del servicio.	Enero 15 de 2009.

Asegurar que a cada paciente se le entregue copia de la epicrisis e instrucciones de los requerimientos al egreso.	Medico General y Especialista hospitalario, Enfermera profesional hospitalización.	Junio 1 de 2008.	Cada servicio de la Unidad Funcional de hospitalización.	Cada medico tratante debe generar una copia de la epicrisis, además de las instrucciones de requerimientos al egreso y asegurar su entrega al paciente.	Porque es necesario asegurar la información al paciente y su adherencia a las instrucciones de los requerimientos al egreso.	Junio 15 de 2008.
Estandarizar un proceso del plan de cuidado en casa para los pacientes con tratamientos mayores a 30 días.	Medico General y Especialista hospitalario, Enfermera profesional hospitalización.	Julio 31 de 2008.	Proceso del plan de cuidado en casa para los pacientes con tratamientos mayores a 30 días.	Elaborar, divulgar e implementar el proceso del plan de cuidado en casa para los casos con tratamientos mayores a 30 días.	Porque es necesario asegurar la comprensión y adherencia al tratamiento.	Agosto 31 de 2008.
Definir y ejecutar indicadores de resultado del Programa de Atención Domiciliaria y del Plan de cuidado en casa	Enfermera profesional del programa de Atención Domiciliaria.	Agosto 15 de 2008.	Programa de Atención Domiciliaria.	Estableciendo los indicadores claves de éxito en términos de efectividad para el programa.	Porque es necesario asegurar la ejecución de las tareas previstas y medir su impacto en términos de resultado para el paciente y la institución.	Diciembre 15 de 2008.
Definir mecanismo que sirva de evidencia de suministro al paciente de la información para su atención post hospitalaria.	Líder de Enfermería.	Julio 31 de 2008.	Historia Clínica.	Registrando la entrega de epicrisis, prescripción medica y plan de cuidado post egreso hospitalario.	Porque es necesario asegurar la información al paciente y su adherencia a las instrucciones de los requerimientos al egreso.	Agosto 31 de 2008.
Asegurar la divulgación del Programa de Atención Domiciliaria y del Plan de cuidado en casa sea extendida a todos los clientes internos y externos de la institución.	Jefe de la Unidad de Funcional hospitalización	Agosto 15 de 2008.	En cada servicio todo el personal de la Unidad Funcional de hospitalización	Efectuando reuniones de divulgación de la actualización de los procesos y procedimientos y entregando copia impresa y electrónica a dejar disponible en el servicio	Porque es necesario que cada uno de los funcionarios conozca y aplique los procesos y procedimientos según el estándar.	Diciembre 15 de 2008.

Establecer el proceso para contribuir y evaluar la adherencia al tratamiento post egreso	Líder de enfermería.	Agosto 15 de 2008.	Estandarizando el Proceso de seguimiento postegreso Unidad Funcional de hospitalización.	Elaborar, divulgar y ejecutar el proceso de seguimiento postegreso.	Porque es necesario asegurar la adherencia al tratamiento postegreso en cada caso.	Noviembre 30 de 2008.
Establecer un mecanismo de realimentación a cada medico tratante de las intervenciones efectuadas a su paciente.	Líder de Enfermería.	Agosto 30 de 2008.	Proceso de Admisión Unidad Funcional de hospitalización.	Incluyendo el mecanismo de realimentación para cada uno de los servicios hospitalarios en el proceso.	Porque es necesario que cada medico tratante se mantenga informado de las intervenciones efectuadas a su paciente.	Septiembre 15 de 2008.
Diseñar, implementar y analizar los Indicadores de monitoría del sistema (resolución 1446 de 2006) e interna (estándares de acreditación)	Líder de Enfermería, Líder de Cirugía Y jefe de la Unidad Funcional de hospitalización.	Junio 30 de 2008.	Hoja de Indicadores de la Unida Funcional de hospitalización.	Asegurando la implementación de todos los indicadores definidos en la Resolución 1446 de 2006 y los estándares de Acreditación en salud de Colombia.	Para mejorar el seguimiento de la calidad del proceso de cuidado y tratamiento, la referenciación interna y externa de la institución.	Julio 1 de 2008.
Documentar el proceso de mejoramiento con la metodología sugerida en el estándar de acreditación.	Líder de Enfermería, Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización, Comité de Calidad institucional.	Julio 31 de 2008.	Proceso de construcción y seguimiento del Plan de Mejoramiento de la Calidad.	Estandarizar y Divulgar el proceso.	Porque la estandarización del proceso permite correlacionar la estrategia de mejoramiento con los resultados obtenidos.	Agosto 15 de 2008.
Asegurar la participación de todos los trabajadores en la construcción y seguimiento del Plan de Mejoramiento de la Calidad.	Líder de Enfermería, Líder de Cirugía y Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización.	Agosto 31 de 2008.	Reuniones de cada uno de los servicios y Reunión Sistemática de la Unidad Funcional de hospitalización, Comité de Calidad Institucional.	Efectuando reuniones participativas para elaboración del plan de mejoramiento de los aspectos contenidos en el estándar cliente asistencial a partir de las oportunidades de mejora detectadas.	Porque mediante una metodología participativa se facilita la sinergia para el logro de los resultados esperados dentro del Plan de Mejoramiento.	Septiembre 15 de 2008.

Estandarizar el proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	Líder de Enfermería, Líder de Cirugía y Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización.	Agosto 15 de 2008.	Proceso de Plan de Mejoramiento de la Calidad.	Estandarizar y Divulgar el proceso.	Porque la estandarización del proceso permite correlacionar la estrategia de mejoramiento con los resultados obtenidos.	Octubre 15 de 2008.
Desplegar la información de oportunidades de mejoramiento a todos los grupos de interés	Líder de Enfermería, Líder de Cirugía y Jefe de la Unidad Funcional de hospitalización.	Agosto 30 de 2008	Reuniones con usuarios, reuniones de cada uno de los servicios y Reunión Sistemática de la Unidad Funcional de hospitalización, Comité de Calidad Institucional.	Asegurando el cumplimiento del cronograma de las reuniones planeadas.	Para asegurar el despliegue de las oportunidades de mejora a todos los grupos de interés de la institución.	Enero 31 de 2009.

6.2 SELECCIÓN DE LOS ASPECTOS A MEJORAR EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION

OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION	PROBLEMAS RELACIONADOS CON				
	COMUNICACIÓN (NO SE DIFUNDE, NO SE DESPLIEGA A CLIENTES INTERNOS Y/O EXTERNOS)	PLANEACION (NO SE TIENE EN CUENTA EN LA PLANEACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION)	EJECUCION (NO SE REALIZA O NO SE DEJA REGISTRO)	VERIFICACION (NO SE MIDEN INDICADORES DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION O NO SE ANALIZAN LOS RESULTADOS)	INTERVENCION PARA LA MEJORA (NO SE REALIZAN ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS O DE MEJORA O NO SE HACE SEGUIMIENTO A SUS RESULTADOS)
Asegurar la implementación de la declaración de los derechos y deberes de los pacientes y código de ética a todos los grupos de interés.	X	X	X	X	X
Diseñar e Implementar mecanismos de evaluación del conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes y código de ética			X	X	
Divulgar las actualizaciones al proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y evaluar el conocimiento que el personal tiene de este	X			X	X
Incorporar dentro del proceso de admisión la identificación del personal a cargo del paciente, según su enfermedad.			X		
Documentar los criterios de priorización de los pacientes que deben atenderse y de las cirugías de urgencia según el riesgo.		X	X		
Informar sistemáticamente al paciente y su familia acerca del personal clave a contactar en caso de necesidad de su atención.	X				
Elaborar un plan para asegurar las pertenencias del paciente		X	X	X	X
Elaborar protocolo o guía de recibimiento en la admisión de hospitalización, ubicación en la habitación	X	X	X		
Elaborar consentimiento informado para todos los procedimientos invasivos y consentimiento informado administrativo.		X	X		
Incluir en el acta de entrega de inventario de habitación del paciente o documento anexo a esta, toda la información que se le da al paciente o familiares acerca de la organización y lo referente a su proceso de hospitalización	X				

OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION	PROBLEMAS RELACIONADOS CON				
	COMUNICACIÓN (NO SE DIFUNDE, NO SE DESPLIEGA A CLIENTES INTERNOS Y/O EXTERNOS)	PLANEACION (NO SE TIENE EN CUENTA EN LA PLANEACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION)	EJECUCION (NO SE REALIZA O NO SE DEJA REGISTRO)	VERIFICACION (NO SE MIDEN INDICADORES DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION O NO SE ANALIZAN LOS RESULTADOS)	INTERVENCION PARA LA MEJORA (NO SE REALIZAN ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS O DE MEJORA O NO SE HACE SEGUIMIENTO A SUS RESULTADOS)
Planear, Diseñar e Implementar un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso	X	X	X	X	X
Conformar un equipo de salud que efectúe la evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso			X		
Establecer mecanismo para identificar al paciente que requiere técnicas especiales de aislamiento, desde el momento del ingreso.		X	X		
Elaborar guías de practica clínica para todos las patologías susceptibles de atender en la institución según los criterios definidos en los estándares de acreditación	X	X	X		
Estandarizar e incluir en historia clínica nota de Disentimiento y/o Alta voluntaria para los casos que aplique.		X	X		
Asegurar orientación y consejería o apoyo emocional y espiritual al paciente y su familia en todos los casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos y de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento. Orientación a la madre acerca de las normas de seguridad y cuidado para evitar casos de confusión o extravío de recién nacidos.			X		
Efectuar marcación o identificación de sitio quirúrgico			X		
implementar recreación y actividades lúdicas para grupos especiales		X	X		
Implementar grupo de soporte nutricional para los casos que lo requieran		X	X		

OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION	PROBLEMAS RELACIONADOS CON				
	COMUNICACIÓN (NO SE DIFUNDE, NO SE DESPLIEGA A CLIENTES INTERNOS Y/O EXTERNOS)	PLANEACION (NO SE TIENE EN CUENTA EN LA PLANEACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION)	EJECUCION (NO SE REALIZA O NO SE DEJA REGISTRO)	VERIFICACION (NO SE MIDEN INDICADORES DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION O NO SE ANALIZAN LOS RESULTADOS)	INTERVENCION PARA LA MEJORA (NO SE REALIZAN ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS O DE MEJORA O NO SE HACE SEGUIMIENTO A SUS RESULTADOS)
Establecer una política de confidencialidad frente a la información del paciente y su presencia en la institución		X	X		
Implementar un mecanismo para asegurar la información al paciente sobre medicamentos peligrosos ó reacciones adversas no deseadas	X		X		
Seguimiento a la administración de medicamentos que hace enfermería y la Dispensación informada.	X	X	X		
Asegurar que se entregue un listado de la información necesaria de medicamentos suministrados al paciente cuando se traslada un paciente de un servicio a otro o a otra institución		X	X		
Asegurar la adopción de criterios para la práctica clínica segura (Joint Comission)	X	X	X	X	X
Asegurar la revisión de los medicamentos no incluidos en la guía o vademécum de ECP en el comité técnico científico			X		
Estandarizar y documentar la planeación de la investigación diagnóstica. Asegurar que los proveedores externos de exámenes diagnósticos cumplan con los requisitos del proceso.			X		
Establecer en el proceso de admisión y egreso hospitalario la determinación de las responsabilidades para cada uno de los servicios hospitalarios		X	X		
Implementar una metodología estandarizada de evolución del paciente (PSOAP).		X			
Implementar instructivos para todos los casos de tratamientos médicos y quirúrgicos acordes a cada patología ó procedimiento y asegurar el registro de la información que se entrega al paciente o su familia y el entendimiento y aceptación por parte de estos, tanto para los pacientes hospitalizados y aquellos que requieren cuidados en casa.	X	X	X		

OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION	PROBLEMAS RELACIONADOS CON				
	COMUNICACIÓN (NO SE DIFUNDE, NO SE DESPLIEGA A CLIENTES INTERNOS Y/O EXTERNOS)	PLANEACION (NO SE TIENE EN CUENTA EN LA PLANEACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION)	EJECUCION (NO SE REALIZA O NO SE DEJA REGISTRO)	VERIFICACION (NO SE MIDEN INDICADORES DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION O NO SE ANALIZAN LOS RESULTADOS)	INTERVENCION PARA LA MEJORA (NO SE REALIZAN ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS O DE MEJORA O NO SE HACE SEGUIMIENTO A SUS RESULTADOS)
Asegurar la implementación de guías de practica clínica para todas las patologías susceptibles de atender, a través de una metodología consistente con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible	X	X	X		
Asegurar la implementación del plan de acción generado a partir de las observaciones de auditoria.			X	X	X
Efectuar referenciación externa del sistema y resultados obtenidos en el proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización		X			
Asegurar la implementación del plan de acción generado a partir de las observaciones de auditoria con respecto a la historia clínica			X	X	X
Asegurar la inclusión de todos los criterios internacionales para la seguridad del paciente (Protocolo de Londres)	X	X	X	X	X
Asegurar que a cada paciente se le entregue copia de la epicrisis e instrucciones de los requerimientos al egreso.	X		X		
Estandarizar un proceso del plan de cuidado en casa para los pacientes con tratamientos mayores a 30 días.	X	X	X		
Definir y ejecutar indicadores de eficiencia del Programa de Atención Domiciliaria y del Plan de cuidado en casa			X	X	X
Definir mecanismo que sirva de evidencia de suministro al paciente de la información para su atención post hospitalaria.			X		

OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION	PROBLEMAS RELACIONADOS CON				
	COMUNICACIÓN (NO SE DIFUNDE, NO SE DESPLIEGA A CLIENTES INTERNOS Y/O EXTERNOS)	PLANEACION (NO SE TIENE EN CUENTA EN LA PLANEACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION)	EJECUCION (NO SE REALIZA O NO SE DEJA REGISTRO)	VERIFICACION (NO SE MIDEN INDICADORES DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION O NO SE ANALIZAN LOS RESULTADOS)	INTERVENCION PARA LA MEJORA (NO SE REALIZAN ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS O DE MEJORA O NO SE HACE SEGUIMIENTO A SUS RESULTADOS)
Asegurar la divulgación del Programa de Atención Domiciliaria y del Plan de cuidado en casa sea extendida a todos los clientes internos y externos de la institución.	X				
Establecer el proceso para contribuir y evaluar la adherencia al tratamiento post egreso	X	X	X		
Establecer un mecanismo de realimentación a cada medico tratante de las intervenciones efectuadas a su paciente.	X	X			
Diseñar, implementar y analizar los Indicadores de monitoría del sistema (resolución 1446 de 2006) e interna (estándares de acreditación)	X	X	X	X	X
Documentar el proceso de mejoramiento con la metodología sugerida en el estándar de acreditación.	X	X			
Asegurar la participación de todos los trabajadores en la construcción y seguimiento del Plan de Mejoramiento de la Calidad.	X				
Estandarizar el proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.			X		
Desplegar la información de oportunidades de mejoramiento a todos los grupos de interés	X				

6.3 PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION

ESTANDAR	OPORTUNIDADES DE MEJORA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION	SATISFACCION DEL CLIENTE EXTERNO	SEGURIDAD DEL PACIENTE	SATISFACCION DEL CLIENTE INTERNO	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA	TOTAL
EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO	Establecer mecanismo para identificar al paciente que requiere técnicas especiales de aislamiento, desde el momento del ingreso.	5	5	3	3	225
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Efectuar marcación o identificación de sitio quirúrgico	5	5	3	3	225
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Implementar un mecanismo para asegurar la información al paciente sobre medicamentos peligrosos ó reacciones adversas no deseadas	5	5	3	3	225
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Asegurar la adopción de criterios para la práctica clínica segura (Joint Comission)	3	5	5	3	225
REGISTRO E INGRESO	Documentar los criterios de priorización de los pacientes que deben atenderse y de las cirugías de urgencia según el riesgo.	5	5	3	3	225
SALIDA Y SEGUIMIENTO	Definir mecanismo que sirva de evidencia de suministro al paciente de la información para su atención post hospitalaria.	5	5	3	3	225
SALIDA Y SEGUIMIENTO	Asegurar la divulgación del Programa de Atención Domiciliaria y del Plan de cuidado en casa sea extendida a todos los clientes internos y externos de la institución.	5	5	3	3	225
SALIDA Y SEGUIMIENTO	Establecer el proceso para contribuir y evaluar la adherencia al tratamiento post egreso	5	5	3	3	225
EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO	Asegurar la inclusión de todos los criterios internacionales para la seguridad del paciente (Protocolo de Londres)	3	5	3	3	135

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Diseñar, implementar y analizar los Indicadores de monitoría del sistema (resolución 1446 de 2006) e interna (estándares de acreditación)	3	5	3	3	135
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Documentar el proceso de mejoramiento con la metodología sugerida en el estándar de acreditación.	3	3	5	3	135
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Seguimiento a la administración de medicamentos que hace enfermería y la Dispensación informada.	3	5	3	3	135
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Asegurar que se entregue un listado de la información necesaria de medicamentos suministrados al paciente cuando se traslada un paciente de un servicio a otro o a otra institución	3	5	3	3	135
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Estandarizar e incluir en historia clínica nota de Disentimiento y/o Alta voluntaria para los casos que aplique.	5	5	5	1	125
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	Asegurar la implementación del plan de acción generado a partir de las observaciones de auditoría.	3	3	3	3	81
EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO	Asegurar la implementación del plan de acción generado a partir de las observaciones de auditoría con respecto a la historia clínica	3	3	3	3	81
ACCESO	Divulgar las actualizaciones al proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y evaluar el conocimiento que el personal tiene de este	5	5	1	3	75
DERECHOS DE LOS PACIENTES	Asegurar la implementación de la declaración de los derechos y deberes de los pacientes y código de ética a todos los grupos de interés.	5	3	5	1	75
DERECHOS DE LOS PACIENTES	Diseñar e Implementar mecanismos de evaluación del conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes y código de ética	5	3	5	1	75

EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	Implementar instructivos para todos los casos de tratamientos médicos y quirúrgicos acordes a cada patología ó procedimiento y asegurar el registro de la información que se entrega al paciente o su familia y el entendimiento y aceptación por parte de estos, tanto para los pacientes hospitalizados y aquellos que requieren cuidados en casa.	5	5	1	3	75
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Estandarizar y documentar la planeación de la investigación diagnóstica. Asegurar que los proveedores externos de exámenes diagnósticos cumplan con los requisitos del proceso.	5	5	3	1	75
REGISTRO E INGRESO	Elaborar consentimiento informado para todos los procedimientos invasivos y consentimiento informado administrativo.	5	5	3	1	75
SALIDA Y SEGUIMIENTO	Asegurar que a cada paciente se le entregue copia de la epicrisis e instrucciones de los requerimientos al egreso.	5	5	3	1	75
SALIDA Y SEGUIMIENTO	Estandarizar un proceso del plan de cuidado en casa para los pacientes con tratamientos mayores a 30 días.	5	5	3	1	75
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	Asegurar la implementación de guías de practica clínica para todas las patologías susceptibles de atender, a través de una metodología consistente con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible	1	5	3	3	45
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	Efectuar referenciación externa del sistema y resultados obtenidos en el proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el período de hospitalización	3	1	5	3	45
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Asegurar la participación de todos los trabajadores en la construcción y seguimiento del Plan de Mejoramiento de la Calidad.	3	1	5	3	45
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Elaborar guías de practica clínica para todas las patologías susceptibles de atender en la institución según los criterios definidos en los estándares de acreditación	3	3	5	1	45

PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Asegurar orientación y consejería o apoyo emocional y espiritual al paciente y su familia en todos los casos de abortos espontáneos, trabajo de parto pretérmino, mortinatos, óbitos fetales, procedimientos de resucitación en recién nacidos y de acuerdo con la evolución y respuesta del paciente al tratamiento. Orientación a la madre acerca de las normas de seguridad y cuidado para evitar casos de confusión o extravío de recién nacidos.	5	3	3	1	45
SALIDA Y SEGUIMIENTO	Establecer un mecanismo de realimentación a cada medico tratante de las intervenciones efectuadas a su paciente.	3	3	5	1	45
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Estandarizar el proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	3	1	3	3	27
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Desplegar la información de oportunidades de mejoramiento a todos los grupos de interés	3	1	3	3	27
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Implementar grupo de soporte nutricional para los casos que lo requieran	5	5	1	1	25
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Establecer una política de confidencialidad frente a la información del paciente y su presencia en la institución	5	5	1	1	25
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Establecer en el procedimiento de admisión y egreso hospitalario la determinación de las responsabilidades para cada uno de los servicios hospitalarios	1	5	5	1	25
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Implementar una metodología estandarizada de evolución del paciente (PSOAP).	1	5	5	1	25
REGISTRO E INGRESO	Incorporar dentro del proceso de admisión la identificación del personal a cargo del paciente, según su enfermedad.	5	5	1	1	25
REGISTRO E INGRESO	Informar sistemáticamente al paciente y su familia acerca del personal clave a contactar en caso de necesidad de su atención.	5	5	1	1	25

REGISTRO E INGRESO	Incluir en el acta de entrega de inventario de habitación del paciente o documento anexo a esta, toda la información que se le da al paciente o familiares acerca de la organización y lo referente a su proceso de hospitalización	5	5	1	1	25
EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO	Planear, Diseñar e Implementar un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso	5	3	1	1	15
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Realizar efectivamente las evaluaciones de Médicos Especialistas.	1	1	5	3	15
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Asegurar la revisión de los medicamentos no incluidos en la guía o vademécum de ECP en el comité técnico científico	5	3	1	1	15
REGISTRO E INGRESO	Plan para asegurar las pertenencias del paciente	5	3	1	1	15
REGISTRO E INGRESO	Elaborar protocolo o guía de recibimiento en la admisión de hospitalización, ubicación en la habitación	5	3	1	1	15
SALIDA Y SEGUIMIENTO	Definir y ejecutar indicadores de eficiencia del Programa de Atención Domiciliaria y del Plan de cuidado en casa	5	1	3	1	15
EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO	Conformar un equipo de salud que efectúe la evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso	5	1	1	1	5
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	implementar recreación y actividades lúdicas para grupos especiales	5	1	1	1	5

6.4 IDENTIFICACION DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES FRENTE AL PROCESO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION

ACTIVIDAD DEL PROCESO	NECESIDADES DEL CLIENTE INTERNO (Personal)	NECESIDADES DEL CLIENTE INTERNO (Servicios)	NECESIDADES DEL CLIENTE EXTERNO (Paciente y/o familia)	NECESIDADES DEL CLIENTE EXTERNO (Proveedores)	NECESIDADES DEL CLIENTE EXTERNO (Estado)	CARACTERISTICAS O REQUISITOS DEL PROCESO (Pertinencia, Accesibilidad, Continuidad, Oportunidad, Seguridad, Coordinación, Eficiencia, Competencia del personal, Aceptabilidad o satisfacción y Efectividad de la atención)
Derechos y deberes de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> Conocer los Derechos y deberes de los pacientes Conocer la conformación y funcionamiento de Comité de Ética Institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> Conocer la conformación y funcionamiento de Comité de Ética Institucional. Estrategias de divulgación de los derechos y deberes de los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Conocer los Derechos y deberes de los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> Conocer los Derechos y deberes de los pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de la normatividad respecto de los Comités de Vigilancia y participación ciudadana (Comité de Ética). 	<ul style="list-style-type: none"> Aceptabilidad ó satisfacción.
Acceso (Admisiones)	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de recursos. Tener procedimientos estandarizados y divulgados al personal. 	<ul style="list-style-type: none"> Estandarización y disponibilidad de mecanismos ó herramientas de verificación del derecho a los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> Tener la información clara y suficiente sobre el acceso a los servicios (Como, cuando, donde, etc.) así como las contingencias válidas. 	<ul style="list-style-type: none"> Tener las herramientas y mecanismos de comprobación de derechos. Conocer Plan de beneficios actualizados y las condiciones especiales. 	<ul style="list-style-type: none"> Reporte de Indicadores. Cumplimiento de condiciones de habilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> Accesibilidad. Oportunidad. Coordinación. Aceptabilidad ó satisfacción.

<p>Registro e ingreso</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer los procedimientos estandarizados sobre proceso de admisión, Priorización de la atención, Consentimiento informado, asegurar pertenencias del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer Plan de Salud, Proceso de admisión institucional, Priorización de la atención y procedimientos de su notificación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer equipo de salud destinado para su atención, información acerca de la organización, Personal que puede contactar en caso de requerir, Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación, como asegurar sus pertenencias personales, plan de salud y sus restricciones, información acerca de los procedimientos ó intervenciones a que será sometido. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer Plan de Salud, Proceso de admisión institucional, Priorización de la atención y procedimientos de su notificación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notificación de prestaciones efectivas (RIPS). ▪ Reporte de Indicadores. ▪ Cumplimiento de las normas de ingreso para casos críticos ó prioritarios. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad. ▪ Seguridad. ▪ Coordinación. ▪ Aceptabilidad ó satisfacción.
<p>Evaluación inicial de necesidades</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad de la información del estado clínico del paciente y requerimientos de acuerdo al estado de salud. ▪ Necesidad de aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requerimientos de atención del paciente. ▪ Requerimientos de aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación del estado clínico. ▪ Información acerca de la patología, el tratamiento, atención por personal idóneo, ▪ Mantenimiento de la dignidad en los casos que requieren aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Requerimientos de atención del paciente. ▪ Requerimientos de insumos. ▪ Requerimientos de aislamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificación y registro del personal prestador del servicio de salud. ▪ Disposición de programas de reentrenamiento y rotaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertinencia. ▪ Accesibilidad. ▪ Oportunidad. ▪ Seguridad. ▪ Competencia del personal.

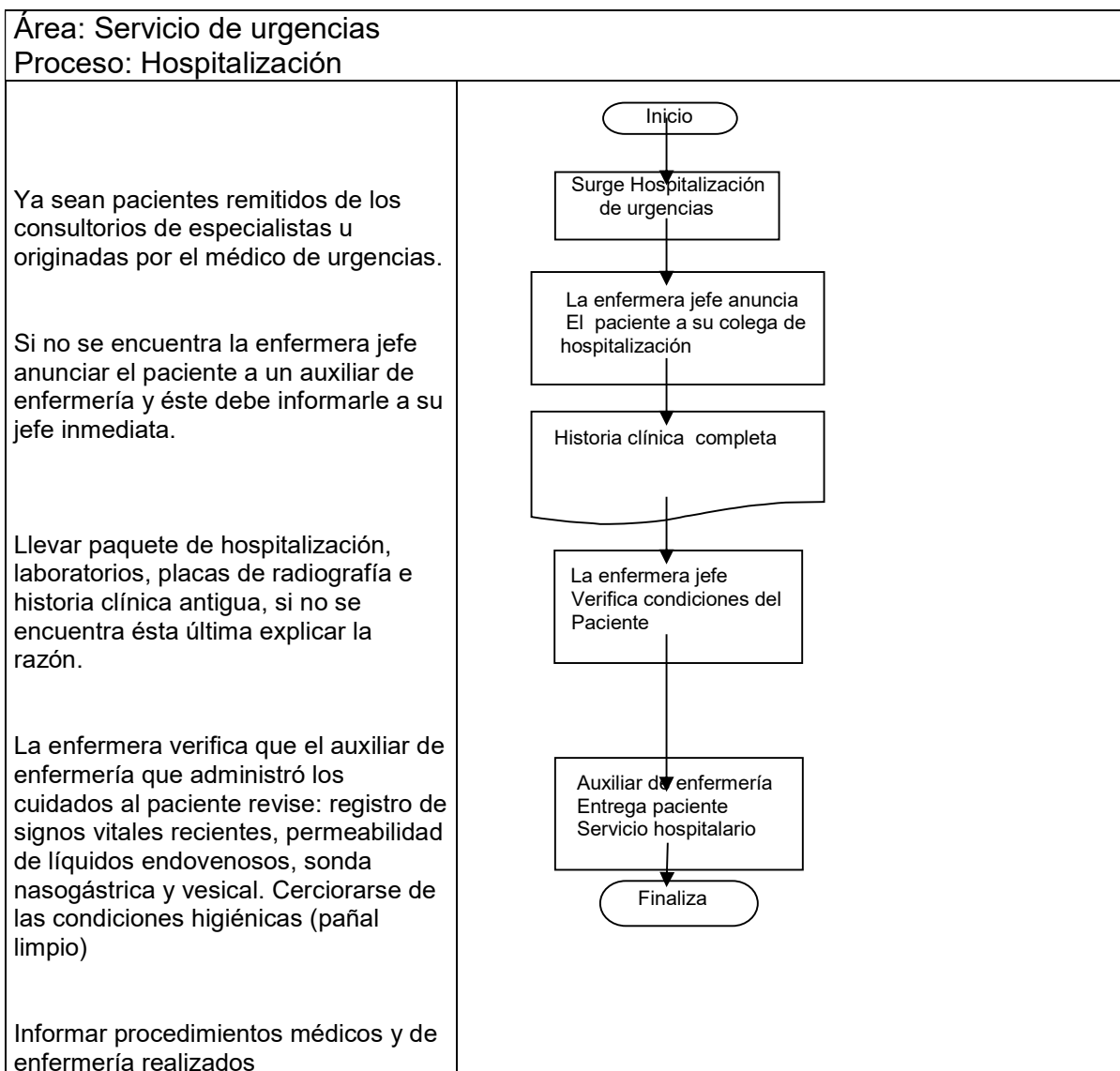
<p>Plan de cuidado y tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponer de guías de practica clínica. ▪ Procedimiento y formatos para el registro del consentimiento informado, Disentimiento ó Alta voluntaria según el caso. ▪ Definición del plan de cuidado y tratamiento. ▪ Definición de rol y responsabilidad en el proceso de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponer de guías de practica clínica. ▪ Definición del plan de cuidado y tratamiento, plan farmacológico, plan de investigación diagnóstica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponer de personal de apoyo para casos que lo requieran (terapias, nutrición, asesor espiritual). ▪ Instalaciones diseñadas para mantener reserva. ▪ Información sobre prescripción y medicamentos peligrosos. ▪ Conocer el Plan de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer el Plan de Salud. ▪ Comité Técnico Científico. ▪ Comité de farmacia y terapéutica. ▪ Conocer los requisitos del proceso de investigación diagnóstica. ▪ Definición de rol y responsabilidad en el proceso de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reportes de Farmacovigilancia. ▪ Reporte de revisión de casos analizados por requerir medicamentos fuera del plan de salud. ▪ Reporte de Indicadores. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertinencia. ▪ Oportunidad. ▪ Seguridad ▪ Coordinación.
<p>Ejecución del tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponer de guías de practica clínica. ▪ Disponer de insumos requeridos para la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecanismos de comunicación adecuada de cada caso. ▪ Información sobre plan de cuidado y tratamiento, plan farmacológico, plan de investigación diagnóstica. ▪ Informe de casos por auditoria. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación e Información del tratamiento que va a recibir. ▪ Conocer el sistema para presentar reclamos, sugerencias o felicitaciones durante el curso de su hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe de casos por auditoria clínica. ▪ Resultados de la valoración de la satisfacción de los usuarios. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reporte de Indicadores. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertinencia. ▪ Continuidad. ▪ Seguridad. ▪ Coordinación. ▪ Eficiencia ▪ Competencia del Personal. ▪ Aceptabilidad ó satisfacción. ▪ Efectividad de la atención.

<p>Evaluación del tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultados de la evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas ▪ Mecanismo de reporte, análisis y resultado de eventos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecanismo de reporte, análisis y resultado de eventos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecanismos y canales de reporte de los resultados del tratamiento instaurado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultados de la evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas ▪ Mecanismo de reporte, análisis y resultado de eventos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reporte de indicadores de auditoría. ▪ Seguimiento a los reportes de eventos adversos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuidad. ▪ Seguridad. ▪ Eficiencia. ▪ Efectividad de la atención.
<p>Salida y Seguimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer procesos, procedimientos y registros del egreso. ▪ Informe de la adherencia del paciente a los cuidados postegreso. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de cuidados. ▪ Informe de egresos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reporte final de estadía y los requerimientos futuros necesarios. ▪ Canales o mecanismos de notificación de la evolución postegreso. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reporte final de estadía y los requerimientos futuros necesarios. ▪ Informe de la adherencia del paciente a los cuidados postegreso. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reporte de Indicadores. ▪ Reporte de eventos de notificación obligatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertinencia. ▪ Continuidad. ▪ Coordinación. ▪ Eficiencia. ▪ Aceptabilidad ó satisfacción.
<p>Acciones de mejoramiento del proceso de hospitalización</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer Plan de mejoramiento. ▪ Conocer los indicadores de seguimiento y acciones claves del plan de mejoramiento. ▪ Mecanismos para analizar y evaluar los resultados del mejoramiento. ▪ Conocer el resultado de las acciones de mejoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer Plan de mejoramiento. ▪ Conocer los indicadores de seguimiento y acciones claves del plan de mejoramiento. ▪ Conocer el resultado de las acciones de mejoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer los indicadores, metas y resultados de mejoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer Plan de mejoramiento. ▪ Conocer los indicadores de seguimiento y acciones claves del plan de mejoramiento. ▪ Conocer el resultado de las acciones de mejoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer los indicadores, metas y resultados de mejoramiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oportunidad. ▪ Eficiencia. ▪ Continuidad. ▪ Aceptabilidad o satisfacción. ▪ Efectividad de la atención.

6.5 PROCESO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION

El proceso de la unidad funcional de hospitalización de la Regional de Salud del Magdalena Medio contiene el estándar vigente para la institución y comprende desde el momento en que se genera la hospitalización de un paciente en los servicios de urgencias, consulta externa, cirugía, unidad de cuidados intensivos y sala de partos hasta la ubicación del paciente en su unidad.

El proceso de hospitalización se encuentra descrito en el documento KSG-R118-P-004, en el cual se especifica el objeto, alcance, glosario de términos, documentos aplicables, las condiciones generales para los servicios de urgencias, consulta externa y hospitalización, descripción del equipo y contingencia; así mismo se representa el proceso de hospitalización por medio de flujogramas que de una manera abreviada a continuación se describen:



Área: Servicio de consulta externa

Proceso: Hospitalización

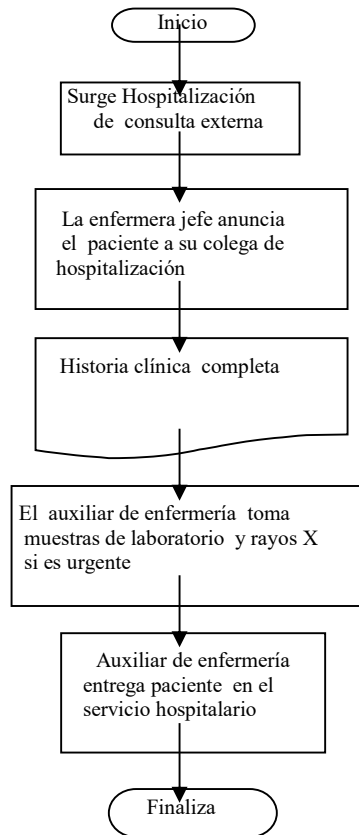
El médico le informa a la enfermera jefe de consulta externa, si es después de las 16:30 horas le avisará a la enfermera de urgencias.

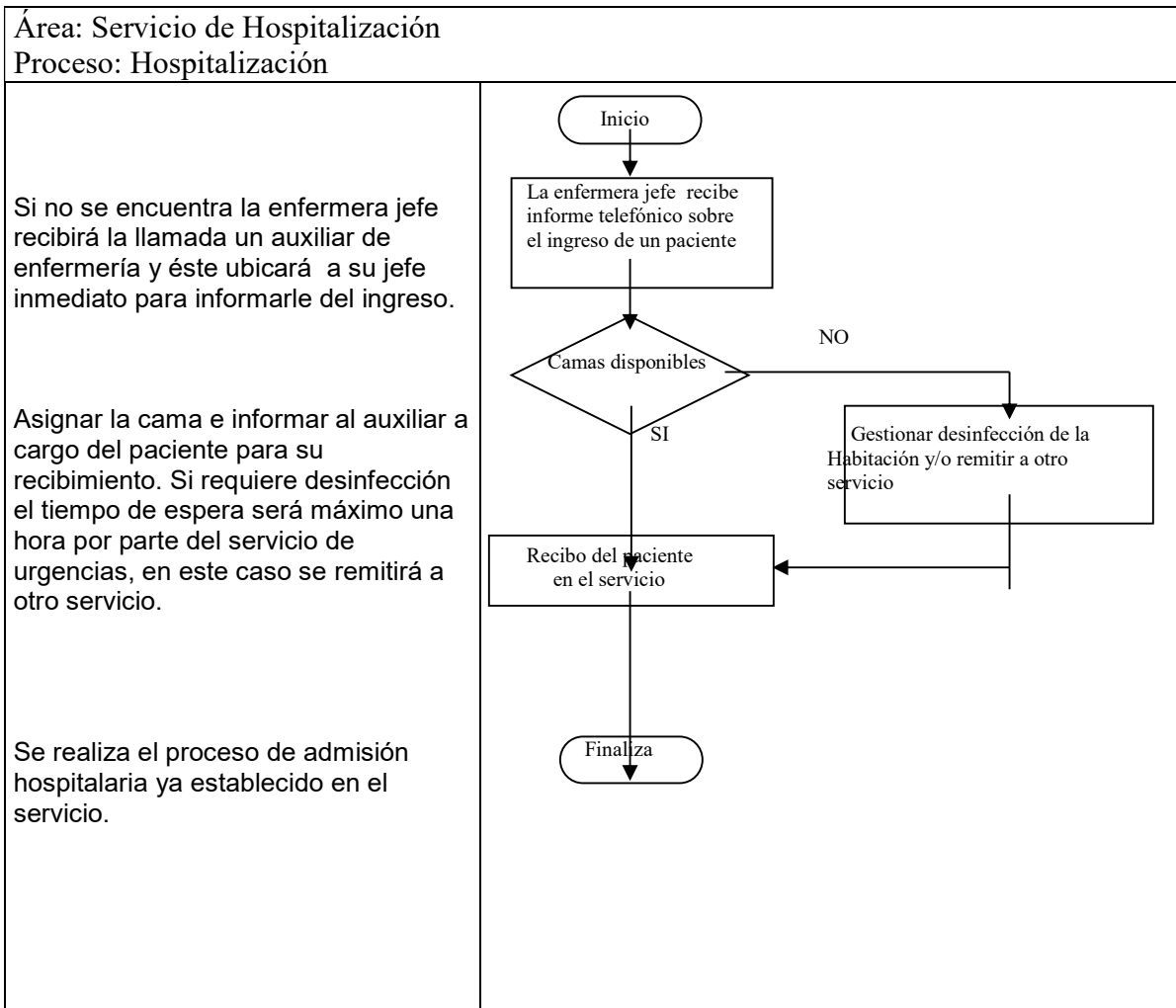
Si no se encuentra la enfermera jefe anunciar el paciente a un auxiliar de enfermería y éste debe informarle a su jefe inmediata.

Llevar paquete de hospitalización con formato de unidosis, laboratorios, placas de radiografía e historia clínica antigua, si no se encuentra ésta última explicar la razón.

Tomar laboratorios y radiografías antes de subir al paciente si son ordenadas como urgentes. La enfermera jefe verificará que se realice.

Informar procedimientos realizados. Si es después de las 10:00 o 16:30 horas llevará al paciente una auxiliar del servicio de inyectología.





Para desarrollar las actividades de forma estandarizada en la Unidad funcional de hospitalización se tienen establecidos los procesos prioritarios asistenciales que se listan a continuación:

1. Diez (10) primeras causas de egreso Hospitalario

- 1.1 Guía para manejo de Neumonía Adquirida en la Comunidad - NAC
- 1.2 Guía para manejo de Infección de Tejidos Blandos
- 1.3 Guía para manejo de Infección de Vías Urinarias
- 1.4 Guía para manejo Síndrome Coronario Agudo
- 1.5 Guía para manejo de Infarto Agudo de Miocardio
- 1.6 Guía para manejo de Edema Agudo de Pulmón
- 1.7 Guía para manejo de Dengue
- 1.8 Guía para manejo de Infección de la Herida Quirúrgica
- 1.9 Guía para manejo de la Enfermedad Diarreica Aguda
- 1.10 Guía para manejo de Alimentación Enteral

2. Sistema organizado de alerta (Código Azul)

- 2.1 Medicamentos y elementos carro de paro servicio de Urgencias
- 2.2 Medicamentos y elementos carro de paro servicio de Medicina Interna y Quirúrgicos

- 2.3 Medicamentos y elementos carro de paro servicios Pediatría, G/O, Cirugía
- 2.4 Medicamentos y elementos carro de paro Unidad de Cuidado Intermedio
- 2.5 Reanimación Cardiocerebropulmonar
- 2.6 Procedimiento Ingreso/Egreso Unidad de Cuidado Intermedio

3. Guías para procedimiento por parte de Enfermería

- 3.1 Manejo del paciente agitado o violento
- 3.2 Manejo y control de líquidos
- 3.3 Cateterismo Vesical
- 3.4 Administración de medicamentos
- 3.5 Funcionamiento Desfibrilador

4. Guías de manejo Regional de Salud Magdalena Medio

- 4.1 Proceso de Hospitalización
- 4.2 Ingreso y salida de visitantes a las instalaciones RSMM
- 4.3 Desinfección y esterilización de material Quirúrgico y Hospitalario
- 4.4 Desinfección Equipos de Oxigenoterapia
- 4.5 Central de esterilización
- 4.6 Limpieza y desinfección áreas de servicios de salud
- 4.7 Unidad Transfusional
- 4.8 Ingreso del paciente al servicio de Medicina Interna
- 4.9 Proceso de egreso Hospitalario
- 4.10 Solicitud de Interconsulta Intrahospitalaria
- 4.11 Manejo del catéter venoso central
- 4.12 Determinación de Muerte Cerebral
- 4.13 Anticoagulación Profiláctica
- 4.14 Procedimiento para Esofagogastroduodenoscopia, Colonoscopia, Cistoscopia
- 4.15 Gestión de indicadores Hospital
- 4.16 Entrega de turno médico y ronda hospitalaria
- 4.17 Entrega de turno servicio de enfermería
- 4.18 Banco de Tejidos
- 4.19 Asignación de citas para remisión de pacientes hospitalizados
- 4.20 Remisión de pacientes hospitalizados
- 4.21 Referencia-Contrarreferencia y Muerte durante el Traslado
- 4.22 Catéter intracraneal
- 4.23 Marcapaso interno transitorio
- 4.24 Traqueotomía
- 4.25 Toracentesis
- 4.26 Toracostomía
- 4.27 Paracentesis
- 4.28 Broncoscopia
- 4.29 Punción Lumbar
- 4.30 Lavado de Fracturas

5. Manejo interno de Desechos

6. Manejo integral del paciente Oncológico

7. Guías para el manejo general del Neonato

- 7.1 Manual de Atención en la Unidad de Recién Nacido
- 7.2 Atención del recién nacido en sala de partos
- 7.3 Profilaxis umbilical en el recién nacido
- 7.4 Ictericia
- 7.5 Hipoglicemia
- 7.6 Convulsiones
- 7.7 Policitemia-Hiperviscosidad Sanguínea-

8. Guías de procedimientos Laparoscopios

8.1 Colectomía laparoscopia

8.2 Laparoscopia diagnóstica

9. Guías de servicios Obstétricos

9.1 Cesárea y complicación intraparto, indicación episiotomía/episiorrafia

9.2 Manejo de la hemorragia posparto

9.3 Monitoria fetal

10. Guía para el manejo de nutrición Enteral/Parenteral

11. Guías de atención sobre tratamiento con Quimioterapia

12. Radiología, imágenes diagnósticas

12.1 Manejo del paciente en Sala de Rayos X

6.6 INDICADORES PROCESO DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION

A partir de lo previsto en la Resolución 1446 de 2006 que define el Sistema de Información para la Calidad la Superintendencia Nacional de Salud, Supersalud, recientemente ha realizado un ejercicio de integración a través de la Circular Única 049 de 2008 en el que determina que el sistema opera en los siguientes niveles:

1. Nivel de Monitoría del Sistema. Los indicadores trazadores definidos para este nivel y las fichas técnicas de los mismos contenidos en el Anexo Técnico que forma parte integral de la citada resolución, los cuales son de obligatoria implementación y reporte por parte de las instituciones a que hace referencia el artículo 1º del Decreto 1011 de 2006 y servirán para la monitoría de la calidad de la atención en salud en todo el territorio nacional y el desempeño de los diferentes actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. En cumplimiento del artículo 3º del Decreto 2193 de 2004 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya, la información solicitada para las variables de calidad corresponderá a los indicadores definidos para el nivel de monitoría.

2. Nivel de Monitoría Externa. Entre los diversos actores del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, se pueden proponer y utilizar en el marco de sus competencias indicadores de calidad adicionales a los que hace referencia la Resolución 1446 de 2006, con el objeto de evaluar la calidad y promover acciones de mejoramiento en áreas específicas de responsabilidad, atendiendo al principio de eficiencia del Sistema de Información para la calidad contemplado en el artículo 47 del Decreto 1011 del 2006.

3. Nivel de Monitoría Interna. Está constituido por los indicadores que se evalúan y los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Se encuentran comprendidos en este nivel, como de obligatorio cumplimiento e implementación, los indicadores de seguimiento a riesgo establecidos en el Sistema Único de Habilitación.¹³

¹³ SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, Circular Externa No. 049, Bogotá 2 de abril de 2008.

En lo correspondiente a indicadores de monitoreo del sistema definido en la resolución 1446 de 2006, con la periodicidad y estructura técnica definidos en la circular 049 de abril 04 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud, quien realizará la recepción, validación y cargue de la información y la pondrá a disposición del Ministerio de la Protección Social.

En el proceso de la unidad funcional de hospitalización de la Regional de Salud del Magdalena Medio, se lleva a cabo la medición sistemática de los indicadores (Ver anexo 2), los cuales están descritos en el documento RSM-HOB-C-001 Gestión de Indicadores Hospital y se mencionan a continuación:

INDICADORES DE HOSPITALIZACION

- Número de Egresos
- Porcentaje Ocupacional
- Promedio Días Estancia
- Giro cama
- Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
- Índice de infección intrahospitalaria
- Satisfacción hospitalización y ayudas diagnósticas
- Resolutividad de quejas
- Proporción de partos vaginales
- Proporción de remisiones
- Proporción de pacientes hospitalizados inscritos en los programas de Promoción y Prevención.
- Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados

INDICADORES DE CIRUGÍA

- Oportunidad en la realización de cirugía programada
- Cumplimiento de programa
- Porcentaje de cirugías canceladas
- Productividad de salas de cirugía
- Porcentaje de reintervenciones
- Porcentaje de satisfacción de Cirugía Ambulatoria
- Proporción de cirugías agregadas
- Proporción de cirugías ambulatorias y hospitalarias

Así mismo en el mencionado documento se ha establecido los siguientes criterios que caracterizan al indicador, cabe resaltar que para alguno de ellos la institución se encuentra elaborando las metas teniendo como base los datos históricos:

- Denominación del Indicador
- Propósito
- Responsable de la toma de decisiones
- Interpretación
- Patrón de comparación
- Periodicidad
- Definición operacional y datos requeridos
- Fuente de Datos
- Responsable de generar los datos
- Responsable de generar el indicador

6.7 PROGRAMA DE AUDITORIA PARA LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION

ITEM O CRITERIO A AUDITAR	OBJETIVO	FECHA		PRUEBA DE AUDITORIA						2008			2009					OBSERVACIONES				
		INICIA	TERMINA	TECNICA	ENFOQUE	ALCANCE	SEGUIMIENTO	FUENTE	ESTADO	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY		JUN	JUL	AGO	SEP
DERECHOS DE LOS PACIENTES	Verificar la implementación y divulgación de los derechos y deberes de los pacientes y código de ética a todos los grupos de interés (cliente interno y externo)	Septiembre 18	Septiembre 18	Análisis y Revisión	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	Direccionamiento o Estratégico	EJECUTADO													
																		X				
				Indagación	Prueba Mixta	5% de toda la población beneficiaria y 50% de clientes internos	Semestral	Encuesta a grupos de interés	EJECUTADO													
														X							X	
ACCESO	Verificar la divulgación de las actualizaciones al proceso de atención del cliente	Septiembre 19	Septiembre 19	Indagación	Prueba Mixta	50% de clientes internos	Semestral	Encuesta a clientes internos	EJECUTADO													
									PLANEADO				X									
REGISTRO E INGRESO	Verificar la estandarización de los criterios de priorización de los pacientes que deben atenderse y de las cirugías de urgencia según el riesgo.	Septiembre 25	Septiembre 27	Inspección	Prueba de Cumplimiento	100% proceso documentado, divulgado e implementado.	Anual	Guía de criterios de priorización de ingreso de pacientes	EJECUTADO													
				Confirmación	Prueba de Cumplimiento	100% de casos prioritarios o urgentes	Cuatrimestral	Historia Clínica/ Programa de cirugía	EJECUTADO													
														X				X				X
	Comprobar la elaboración de consentimiento informado para todos los procedimientos invasivos y consentimiento informado administrativo.	Septiembre 22	Septiembre 23	Inspección	Prueba de Cumplimiento	100% proceso documentado, divulgado e implementado.	Anual	Consentimientos informados	EJECUTADO													
				Confirmación	Prueba Sustantiva	10% de Egresos Hospitalarios	Cuatrimestral	Encuesta a beneficiarios	EJECUTADO													
																		X				X

PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Confirmar que se efectúa marcación o identificación de sitio quirúrgico	Septiembre 25	Septiembre 27	Inspeccion	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	Guía de manejo del paciente quirúrgico	EJECUTADO																		
				PLANEADO	X																						
				Indagación	Prueba de Cumplimiento	100%	Cuatrimestral	Personal médico especialista	EJECUTADO																		
									PLANEADO			X				X							X				
				Confirmación	Prueba de Cumplimiento	10% de las historias clínicas de los pacientes de procedimientos quirúrgicos	Cuatrimestral	Historia Clínica	EJECUTADO																		
									PLANEADO				X				X										
	Comprobar la implementación de un mecanismo para asegurar la información al paciente sobre medicamentos peligrosos ó reacciones adversas no deseadas	Septiembre 25	Septiembre 27	Inspeccion	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	Proceso de Planeación del cuidado y tratamiento	EJECUTADO																		
				PLANEADO	X																						
				Análisis y Revisión	Prueba de Cumplimiento	10% de Egresos Hospitalarios	Semestral	Historia Clínica	EJECUTADO																		
									PLANEADO			X										X					
	Verificar la adopción de criterios para la práctica clínica segura (Joint Commission)	Septiembre 27	Octubre 2	Inspeccion	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	Proceso de Planeación del cuidado y tratamiento	EJECUTADO																		
				PLANEADO				X																			
			Análisis y Revisión	Prueba de Cumplimiento	10% de Egresos Hospitalarios	Mensual	Eventos adversos	EJECUTADO																			
								PLANEADO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	Verificar el seguimiento a la administración de medicamentos que hace enfermería y la Dispensación informada.	Septiembre 27	Octubre 2	Inspeccion	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	Proceso de Planeación del cuidado y tratamiento	EJECUTADO																		
				PLANEADO	X																						
				Indagacion	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	Personal de Enfermería.	EJECUTADO																		
				PLANEADO		X																					
						Analisis y Revision	Prueba de Cumplimiento	10% de Egresos Hospitalarios	Cuatrimestral	Hoja de anotaciones enfermería	EJECUTADO																
						PLANEADO			X			X											X				
	Verificar que se entregue un listado de la información necesaria de medicamentos suministrados al paciente cuando se traslada un paciente de un servicio a otro o a otra institución	Septiembre 25	Septiembre 29	Inspeccion	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	Proceso de Planeación del cuidado y tratamiento	EJECUTADO																		
				PLANEADO		X																					
				Analisis y Revision	Prueba de Cumplimiento	10% de Egresos Hospitalarios	Cuatrimestral	Historia Clinica	EJECUTADO																		
				PLANEADO			X			X												X					
	Comprobar que se incluye en la historia clínica nota de Disentimiento y/o Alta voluntaria para los casos que aplique.	Septiembre 25	Septiembre 29	Inspeccion	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	Proceso de Planeación del cuidado y tratamiento	EJECUTADO																		
				PLANEADO		X																					
				Analisis y Revision	Prueba de Cumplimiento	10% de Egresos Hospitalarios	Cuatrimestral	Historia Clinica	EJECUTADO																		
				PLANEADO			X			X												X					
	Verificar la estandarización de la planeación de la investigación diagnóstica.	Septiembre 25	Septiembre 29	Inspeccion	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	Proceso de Planeación del cuidado y tratamiento	EJECUTADO																		
PLANEADO					X																						
			Analisis y Revision	Prueba de Cumplimiento	10% de Egresos Hospitalarios	Cuatrimestral	Historia Clínica/ Solicitudes de ayudas diagnósticas	EJECUTADO																			
			PLANEADO			X			X												X						

EJECUCION DEL TRATAMIENTO	Verificar la implementación del plan de acción generado a partir de las observaciones de auditoría.	Octubre 3	Octubre 3	Análisis y Revisión	Prueba de Cumplimiento	100%	Trimestral	Plan de acción de resultados de mejoramiento de auditoría	EJECUTADO																
									PLANEADO	X				X			X			X					
	Comprobar que se documentan instructivos para todos los casos de tratamientos médicos y quirúrgicos acordes a cada patología ó procedimiento y se asegura el entendimiento y aceptación por parte del paciente ó su	Octubre 6	Octubre 6	Inspección	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	Guías manejo	EJECUTADO																
									PLANEADO	X															
				Indagación	Prueba de Cumplimiento	5% de los egresos hospitalarios	Anual	Paciente Hospitalizado ó su familiar	EJECUTADO																
									PLANEADO			X													
EVALUACION DEL TRATAMIENTO	Verificar la implementación de los criterios internacionales para la seguridad del paciente (Protocolo de Londres)	Octubre 7	Octubre 9	Inspección	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	Proceso de evaluación del tratamiento	EJECUTADO																
									PLANEADO	X															
				Análisis y Revisión	Prueba de Cumplimiento	10% de Egresos Hospitalarios	Mensual	Eventos adversos	EJECUTADO																
									PLANEADO		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Comprobar la implementación del plan de acción generado a partir de las observaciones de auditoría con respecto	Octubre 3	Octubre 3	Análisis y Revisión	Prueba de Cumplimiento	100%	Trimestral	Plan de acción de resultados de mejoramiento de auditoría	EJECUTADO																
									PLANEADO		X			X			X				X				

SALIDA Y SEGUIMIENTO	Verificar la entrega al paciente que egresa de la organización un documento que contiene el reporte final de su estadia y los requerimientos futuros necesarios.	Octubre 10	Octubre 14	Inspeccion	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	Procedimiento egreso hospitalario. Plan de cuidado en casa	EJECUTADO																
				PLANEADO		X																			
		Indagacion	Prueba de Cumplimiento	5% de los egresos hospitalarios	Anual	Paciente Hospitalizado ó su familiar	EJECUTADO																		
							PLANEADO			X															
	Verificar la estandarizacion del proceso de evaluacion de adherencia al tratamiento.	Octubre 10	Octubre 14	Inspeccion	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	Procedimiento egreso hospitalario. Plan de cuidado en casa	EJECUTADO																
				PLANEADO		X																			
		Indagacion	Prueba de Cumplimiento	5% de los egresos hospitalarios	Trimestral	Paciente Egresado ó su familiar	EJECUTADO																		
							PLANEADO			X			X			X			X					X	
	Comprobar el mecanismo de realimentacion a cada medico tratante de las intervenciones efectuadas a su paciente.	Septiembre 25	Septiembre 27	Inspeccion	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	Procedimiento manejo de historia clinica	EJECUTADO																
				PLANEADO				X																	
		Inspeccion	Prueba de Cumplimiento	10% de historias clinicas de los egresos hospitalarios	Trimestral	Historia Clinica	EJECUTADO																		
							PLANEADO					X			X			X							
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Octubre 15	Octubre 15	Inspeccion	Prueba de Cumplimiento	100%	Anual	PAMEC	EJECUTADO																	
			PLANEADO															X							
	Analisis y Revision	Prueba de Cumplimiento	10% de Egresos Hospitalarios	Cuatrimestral	Actas de reuniones con grupos de medicos generalistas y especialistas	EJECUTADO																			
						PLANEADO															X				

6.8 PLAN DE AUDITORIA PARA LA UNIDAD FUNCIONAL DE HOSPITALIZACION

AUDITORIA: ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL FECHA: Lunes Mayo 12 de 2008					
REUNION DE APERTURA: Fecha: Jueves Septiembre 18 de 2008 Hora: 12:30 p.m.			REUNION DE CIERRE: Fecha: Viernes Octubre 22 de 2008 Hora: 12:30 p.m.		
OBJETIVO DE LA AUDITORIA: Verificar el grado de implementación de las acciones de mejoramiento de la calidad de la atención en salud en la Unidad Funcional de hospitalización, de la Policlínica Ismael Darío Rincón, de la Regional de Salud del Magdalena Medio de Ecopetrol S.A. en Barrancabermeja frente al Estándar de Acreditación de Atención al Cliente Asistencial Anexo técnico No. 1 Resolución 1445 de 2006 y las disposiciones planificadas por la entidad.					
ALCANCE DE LA AUDITORIA: Unidad Funcional de hospitalización					
CRITERIOS DE AUDITORIA: Minproteccionsocial Resolución 1445 de 2006, Anexo Técnico No. 1. Modelo de Procesos del Macroproceso de Servicios de Salud Ecopetrol S.A. Modelo de Gestión de los Servicios de Salud Ecopetrol S.A. Direccionamiento Estratégico Unidad de Servicios de Salud (USS). Plan de Calidad de los Subproceso de Servicios de Salud de Ecopetrol S.A. Estructura de Control de Gestión USS. Tablero Balanceado de Gestión Regional de Salud Magdalena Medio – Unidad Funcional hospitalización. Caracterización del Proceso de la Unidad Funcional hospitalización. Plan de mejoramiento de la Calidad del proceso de hospitalización Policlínica Ismael Darío Rincón, de la Regional de Salud Magdalena Medio. Procesos de la Unidad Funcional de hospitalización. Indicadores del Proceso de la Unidad Funcional de hospitalización.					
EQUIPO DE AUDITORIA: Enrique Jiménez Trespalacios. Marina Quijano Valderrama.					
PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES					
LUGAR	FECHA	HORA	ACTIVIDAD	AUDITADO	AUDITOR
Sala Juntas Policlínica	18/09/08	12:30 a 2:30	Reunión de Apertura y entrevista	Marcial Garzón y equipo	Enrique Jiménez Marina Quijano
Sala de Juntas Policlínica	18/09/08	2:30 a 4:30	- Direccionamiento estratégico / Derechos de los Pacientes	Marcial Garzón	Enrique Jiménez
Coordinación hospitalización Barrancabermeja	19/09/08	06:00 a 4:30	- Encuesta a Clientes / Acceso	Víctor Gutiérrez	Marina Quijano
Coordinación hospitalización Barrancabermeja	22/09/08 a 23/09/08	06:00 a 4:30	- Consentimiento Informado – Proceso de registro e Ingreso. - Encuesta a beneficiarios – Proceso registro e Ingreso.	Víctor Gutiérrez	Marina Quijano

Coordinación hospitalización Barrancabermeja	24/09/08	06:00 a 4:30	- Proceso de Admisión Hospitalaria – Evaluación de Necesidades al Ingreso. - Entrevista a personal de enfermería e informe de entrevista de los pacientes hospitalizados – Evaluación de necesidades al ingreso.	Víctor Gutiérrez Lida Rangel	Enrique Jiménez Marina Quijano
Sala de Juntas de Hospital	25/09/08 a 26/09/08	06:00 a 4:30	- Historia Clínica – Registro e Ingreso - Historia Clínica – Planeación del Cuidado y Tratamiento - Historia Clínica – Salida y Seguimiento. - Solicitudes de ayudas diagnósticas	N.A	Enrique Jiménez Marina Quijano
Sala de Juntas de Hospital	27/09/08	06:00 a 4:30	- Programa de cirugía- – Registro e Ingreso - Guía de criterios de priorización de ingreso de pacientes. - Guía del manejo del paciente quirúrgico – Planeación del cuidado y tratamiento. - Entrevista a Personal médico especialista – Planeación del cuidado y tratamiento.	Víctor Gutiérrez Lida Rangel	Enrique Jiménez Marina Quijano
Sala de Juntas de Hospital	29/09/08	06:00 a 4:30	- Proceso de Planeación del cuidado y tratamiento – Planeación del cuidado y tratamiento.	Lida Rangel	Marina Quijano
Sala de Juntas de Hospital	30/09/08	06:00 a 4:30	- Entrevista Personal de Enfermería - Planeación del cuidado y tratamiento. - Hoja de anotaciones enfermería	Lida Rangel	Marina Quijano
Sala de Juntas de Hospital	01/10/08	06:00 a 4:30	- Eventos adversos – Planeación del Cuidado y Tratamiento - Eventos adversos – Evaluación del Tratamiento	Víctor Gutiérrez	Enrique Jiménez
Sala de Juntas de Hospital	03/10/08	06:00 a 4:30	- Plan de acción de resultados de mejoramiento de auditoria - Ejecución del tratamiento - Plan de acción de resultados de mejoramiento de auditoria – Evaluación del tratamiento	Víctor Gutiérrez Lida Rangel	Enrique Jiménez Marina Quijano
Sala de Juntas de Hospital	06/10/08	06:00 a 4:30	- Guías manejo- Ejecución del tratamiento - Informe entrevista Paciente Hospitalizado ó su familiar - Ejecución del tratamiento	Víctor Gutiérrez Lida Rangel	Enrique Jiménez Marina Quijano
Sala de Juntas de Hospital	06/10/08	06:00 a 4:30	- Proceso de evaluación del tratamiento	Víctor Gutiérrez	Enrique Jiménez

Sala de Juntas de Hospital	10/10/08 a 11/10/08	06:00 a 4:30	- Procedimiento egreso hospitalario. Plan de cuidado en casa - Salida y seguimiento - Procedimiento manejo de historia clínica- Salida y seguimiento	Víctor Gutiérrez	Enrique Jiménez
Sala de Juntas de Hospital	12/10/08 a 14/10/08	06:00 a 4:30	- Informe entrevista Paciente Hospitalizado ó su familiar - Salida y seguimiento - Informe entrevista Paciente egresado ó su familiar - Salida y seguimiento	Lida Rangel	Marina Quijano
Sala de Juntas de Hospital	15/10/08	06:00 a 4:30	- PAMEC - Actas de reuniones con grupos de médicos generales y especialistas	Víctor Gutiérrez	Enrique Jiménez
Sala Juntas Policlínica	22/10/08	12:30 a 4:30	REUNION DE CIERRE	Marcial Garzón y equipo	Enrique Jiménez Marina Quijano

OBSERVACIONES:

Antes de la reunión de cierre se verificará con el líder los hallazgos

FECHA DE ENTREGA DEL INFORME AUDITORIA: Miércoles 22 de Octubre de 2.008

EL INFORME SERA ENTREGADO A: Marcial Garzón Guzmán.

CARGO DEL FUNCIONARIO: Jefe Regional de Salud Magdalena Medio.

FIRMA AUDITOR LIDER:

Enrique Jiménez Trespalcios

Fecha: 18 de Septiembre de 2.008

ACEPTADO:

Marcial Enrique Garzón Guzmán

Fecha: 18 de Septiembre de 2.008

7. BIBLIOGRAFIA

CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA. Consideraciones y Definiciones para un Sistema de Garantía de Calidad en Colombia. Revista Vía Salud No. 12. Bogotá: CGH, 2000. p. 5 – 12.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. Numeral 5, Artículo 248.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1298 de 1994. Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1918 de 1994. Reglamentación del Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Capítulo I, Artículo 1 y Capítulo II, Artículo 7.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 2174 de 1996. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículo 14.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 2309 de 2002. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Artículo 7 y Título IV Artículos 36 a 44)

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículo 4 y Título IV Artículos 32 a 40.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1445 de 2006, Anexo Técnico 1. Bogotá: MPS, 2006.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: MPS, 2007.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: MPS, 2007.

GOMEZ DE LEON, Patricia y PINTO, Diana. Incentivos para Calidad en Salud. Revista Vía Salud No. 17. Bogotá: CGH. p. 4 – 13.

RIAÑO GAMBOA, Germán. Auditoria de Calidad en salud. Casa Editorial Grupo ECOMEDIOS, 2001.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, Circular Externa No. 049, Bogotá 2 de abril de 2008.

ANEXOS


Anexo A. ESCALA DE CALIFICACION ESTANDARES DE ACREDITACION RESOLUCION 1445 DE 2006 ANEXO TECNICO 2.

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
Sistematicidad y amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Proactividad	Los enfoques son principalmente reactivos.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.	Enfoque principalmente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es principalmente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
Ciclo de evaluación y mejoramiento	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
			servicios		mejoramiento.
Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
IMPLEMENTACIÓN					
Despliegue en la institución	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
Despliegue al cliente interno y/o externo	El enfoque no se despliega hacia los clientes.	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
RESULTADOS					
Pertinencia	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
Consistencia	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Avance de la medición	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
Tendencia	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
Comparación	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 113 de 143

Anexo B. INDICADORES DE LA UNIDAD FUNCIONAL HOSPITALIZACIÓN

RELACIÓN DE VERSIONES

VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
01	Emisión del documento.	Enero 19 de 2007
DEPENDENCIA RESPONSABLE	REVISÓ	APROBÓ
VICTOR EDUARDO GUTIEREZ URIBE Profesional Líder en Cirugía JEAN KARL YANES POVEDA Profesional Líder en Cirugía (E)	ENRIQUE JIMENEZ TRESPALACIOS Coordinador Hospital Barrancabermeja RESPONSABLE DEL PROCESO NORMATIVO Normativa Corporativa	MARCIAL ENRIQUE GARZON GUZMAN Jefe Regional de Salud
ELABORÓ: JEAN KARL YANES POVEDA Profesional Líder en Cirugía (E) ADRIANA BECERRA GUEVARA Enfermera Jefe de Salas de Cirugía MARINA QUIJANO VALDERRAMA Profesional Líder Enfermería FABIOLA PINZÓN DE RODRIGUEZ Profesional Líder Laboratorio Clínico VICTOR EDUARDO GUTIÉRREZ URIBE Profesional Líder en Cirugía		
VERSIÓN	DESCRIPCIÓN	FECHA
02	Emisión del documento.	Julio de 2007
DEPENDENCIA RESPONSABLE	REVISÓ	APROBÓ
ACTUALIZÓ: FABIOLA PINZÓN DE RODRIGUEZ Profesional Líder Laboratorio Clínico	ENRIQUE JIMENEZ TRESPALACIOS Coordinador Hospital Barrancabermeja	MARCIAL ENRIQUE GARZON GUZMAN Jefe Regional de Salud




	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 114 de 143

TABLA DE CONTENIDO


		Pág.
1	OBJETO	117
2	ALCANCE	117
3	GLOSARIO	117
4	DESARROLLO	118
4.1	INDICADORES DE CIRUGÍA	118
4.1.1	Oportunidad en la realización de cirugía programada	118
4.1.2	Cumplimiento de programa.....	118
4.1.3	Porcentaje de cirugías canceladas	118
4.1.4	Productividad de salas de cirugía	119
4.1.5	Porcentaje de reintervenciones.....	119
4.1.6	Porcentaje de satisfacción de Cirugía Ambulatoria	119
4.1.7	Proporción de cirugías agregadas.....	119
4.1.8	Proporción de cirugías ambulatorias y hospitalarias.....	119
4.2	INDICADORES LABORATORIO CLINICO	119
4.2.1	Tiempo de espera en toma de muestras.....	119
4.2.2	Oportunidad de entrega de reportes al archivo clínico.....	119
4.2.3	Productividad Laboratorio Clínico.....	119
4.2.4	Satisfacción Laboratorio Clínico.....	119
4.2.5	Resolutividad de Quejas.....	119
4.2.6	Proporción de utilización de Laboratorio Clínico	119
4.2.7	Pertinencia de Pruebas Cruzadas.....	119
4.2.8	Racionalidad Utilización unidades de sangre.....	119
4.3	INDICADORES IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	119
4.3.1	Productividad Imágenes Diagnósticas	119
4.3.2	Resolutividad de Quejas.....	119
4.3.3	Oportunidad Imágenes Diagnósticas.....	119
4.3.4	Utilización Imágenes Diagnósticas	119
4.3.5	Proporción de placas dañadas	119
4.4	INDICADORES HOSPITALIZACIÓN	119
4.4.1	Número de Egresos	120
4.4.2	Porcentaje Ocupacional.....	120
4.4.3	Promedio Días Estancia	120
4.4.4	Giro cama	120
4.4.5	Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas	120
4.4.6	Índice de infección intrahospitalaria	120
4.4.7	Satisfacción hospitalización y ayudas diagnósticas	120
4.4.8	Resolutividad de quejas.....	120
4.4.9	Proporción de partos vaginales	120

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 115 de 143

4.4.10	Proporción de remisiones	120
4.4.11	Proporción de pacientes hospitalizados inscritos en P&P	120
4.4.12	Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados	120
4.5	INDICADORES MEDICINA ESPECIALIZADA	120
4.5.1	Oportunidad en la asignación de citas de consulta especializada	120
4.5.2	Resolutividad de quejas.....	120
5	SEGUIMIENTO Y CONTROL	120
5.1	INDICADORES CIRUGÍA	120
5.1.5	Oportunidad en la realización de cirugía programada	120
5.1.6	Oportunidad en Cirugía Electiva.....	121
5.1.7	Cumplimiento de programa.....	122
5.1.8	Porcentaje de cirugías canceladas	122
5.1.9	Productividad de salas de cirugía	123
5.1.10	Porcentaje de satisfacción de Cirugía Ambulatoria.....	124
5.1.11	Resolutividad de Quejas	124
5.1.12	Porcentaje de reintervenciones	125
5.1.13	Proporción de cirugías programadas y de urgencias	125
5.1.14	Proporción de cirugías ambulatorias y hospitalarias	126
5.2	INDICADORES LABORATORIO CLINICO	126
5.2.1	Tiempo de espera en fila de toma de muestras.....	126
5.2.2	Oportunidad en la entrega de resultados al archivo clínico	127
5.2.3	Productividad Laboratorio Clínico.....	127
5.2.4	Satisfacción Laboratorio Clínico.....	128
5.2.5	Resolutividad Quejas.....	128
5.2.6	Proporción utilización Laboratorio Clínico.....	129
5.2.7	Pertinencia pruebas cruzadas	130
5.2.8	Racionalidad de unidades de sangre.....	130
5.3	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS	131
5.3.1	Productividad Imágenes Diagnósticas	131
5.3.2	Resolutividad Quejas.....	131
5.3.3	Oportunidad Imágenes Diagnósticas Toma / Lectura	132
5.3.4	Utilización Imágenes Diagnósticas	132
5.3.5	Total Estudios Imagenológicos Realizados.....	133
5.3.6	Proporción Estudios Imagenológicos por paciente	133
5.3.7	Proporción de Placas Dañadas	134
5.4	HOSPITALIZACIÓN	134
5.4.1	Número de Egresos	134
5.4.2	Porcentaje de Ocupación	135
5.4.3	Promedio Días Estancia	135
5.4.4	Giro Cama	136
5.4.5	Tasa Mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas	136

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 116 de 143

5.4.6	Tasa Mortalidad Intrahospitalaria	137
5.4.7	Índice de Infección Intrahospitalaria.....	138
5.4.8	Satisfacción Hospitalización y Ayudas Diagnósticas	138
5.4.9	Resolutividad de Quejas.....	139
5.4.10	Proporción de partos vaginales.....	139
5.4.11	Proporción de remisiones	140
5.4.12	Proporción de Pacientes Hospitalizados inscritos en P y P	140
5.4.13	Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados	141
5.5	MEDICINA ESPECIALIZADA	141
5.5.5	Oportunidad en las citas de Medicina Especializada	141
5.5.6	Resolutividad de Quejas.....	142
6	REGISTROS	142
7	CONTINGENCIAS	143

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 117 de 143

OBJETO

El objetivo del presente documento es el de proveer a todos los niveles de la organización de herramientas que permitan evaluar el desempeño del área, para garantizar la eficacia en términos de cumplimiento de metas y objetivos propuestos, eficiencia en términos de la mejor utilización de los recursos con la optimización de los procesos y satisfacción de las expectativas y necesidades reales del usuario.

ALCANCE

El presente procedimiento está dirigido a la Coordinación del Hospital de Barrancabermeja, en sus áreas de Cirugía, Laboratorio Clínico, Imágenes Diagnósticas y Hospitalización, y pretende hacer una medición continua de los procesos que allí se llevan a cabo.

GLOSARIO

Cirugía: Rama de la medicina que trata las enfermedades y accidentes, totalmente, o en parte, por procedimientos manuales y operatorios.

Cirugías Agregadas o reprogramadas: Son aquellos procedimientos que se incluyen en el programa de cirugía cuando se cancela un procedimiento, con el fin de optimizar la utilización de salas de cirugía.

Cirugías Canceladas: Son aquellos procedimientos que no son realizados a pesar de haberseles realizado todo el trámite de solicitud, aprobación y programación. Dichas cancelaciones pueden ser por enfermedad del paciente, por motivos personales, o por falta de las condiciones requeridas para su realización, instrumental, equipos, personal, etc.

Complicación Quirúrgica: Fenómeno que sobreviene en el curso de una cirugía sin ser propio de esta, agravándola generalmente.


DATALAB: Sistema operativo para manejo de la información de pacientes y exámenes realizados en el Laboratorio Clínico.

Egreso: Salida. (Pequeño Larousse ilustrado).

Mortalidad: (del Lat. *Mortalitas*, - *atis*). Calidad de mortal.// Número proporcional de muertes en una población y tiempo determinados.¹⁴

Numero de horas laboradas: Horas trabajadas por el personal operativo durante un periodo de tiempo.

¹⁴ Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas., Salvat Editores, S.A. 1982.

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 118 de 143

Oportunidad: Calidad de oportuno. Favorable, que sucede cuando conviene.¹⁵

Procedimiento Quirúrgico: Proceso relacionado con la cirugía.¹⁶

Productividad: Facultad de producir. Calidad de lo que es productivo. Incremento simultáneo de la producción y del rendimiento debido a la modernización del material y a la mejora de los métodos de trabajo.¹⁷

Prueba cruzada: Prueba realizada para evaluar la compatibilidad sanguínea entre donante y receptor.

Reintervención: Reintervención quirúrgica por el mismo diagnóstico.

Sala de Cirugía: Lugar en que se realizan las intervenciones quirúrgicas.

Satisfacción: Contento, placer, gusto: *un testimonio de satisfacción.*¹⁸

Tiempo de espera: Tiempo transcurrido desde el momento en que se abre la puerta hasta el momento en que es atendido el paciente

Unidad de sangre: Componente obtenido mediante medios de extracción físicos o mecánicos tales como sedimentación, centrifugación a partir de un donante

DESARROLLO

Con el fin de realizar la medición y aplicación de los sistemas de Calidad en la gestión del Hospital Ismael Darío Rincón y dar cumplimiento a la circular 030 de 2006 del Ministerio de Protección social, se llevara a cabo la medición sistemática de los siguientes indicadores:

INDICADORES DE CIRUGÍA

Oportunidad en la realización de cirugía programada

Cumplimiento de programa


Porcentaje de cirugías canceladas

¹⁵ Pequeño Larousse Ilustrado, 1.991. Ediciones Larousse.

¹⁶ *Ibíd.* 1.

¹⁷ *Ibíd.* 2.

¹⁸ *Ídem.*

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 119 de 143

Productividad de salas de cirugía

Porcentaje de reintervenciones

Porcentaje de satisfacción de Cirugía Ambulatoria

Proporción de cirugías agregadas

Proporción de cirugías ambulatorias y hospitalarias

INDICADORES LABORATORIO CLINICO

Tiempo de espera en toma de muestras

Oportunidad de entrega de reportes al archivo clínico

Productividad Laboratorio Clínico

Satisfacción Laboratorio Clínico

Resolutividad de Quejas

Proporción de utilización de Laboratorio Clínico

Pertinencia de Pruebas Cruzadas

Racionalidad Utilización unidades de sangre

INDICADORES IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Productividad Imágenes Diagnósticas


Resolutividad de Quejas

Oportunidad Imágenes Diagnósticas

Utilización Imágenes Diagnósticas

Proporción de placas dañadas

INDICADORES HOSPITALIZACIÓN

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 120 de 143

Número de Egresos

Porcentaje Ocupacional

Promedio Días Estancia

Giro cama

Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas

Índice de infección intrahospitalaria

Satisfacción hospitalización y ayudas diagnósticas

Resolutividad de quejas

Proporción de partos vaginales

Proporción de remisiones

Proporción de pacientes hospitalizados inscritos en PyP

Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados

INDICADORES MEDICINA ESPECIALIZADA

Oportunidad en la asignación de citas de consulta especializada

Resolutividad de quejas


SEGUIMIENTO Y CONTROL

Para realizar el seguimiento de los anteriores indicadores, se debe seguir el siguiente procedimiento:

INDICADORES CIRUGÍA

Oportunidad en la realización de cirugía programada


Denominación del Indicador	Oportunidad en la realización de cirugía programada
Propósito	Evaluar y mejorar la oportunidad de programación de

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 121 de 143

	pacientes intervenidos quirúrgicamente
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional Líder en cirugía
Interpretación	Número de días de espera entre solicitud y programación de cirugía
Patrón de comparación	Se hará comparación histórica con períodos anteriores.
Periodicidad	Quincenal.
Definición operacional y datos requeridos	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita programación de cirugía y la fecha para la cual es asignada la cirugía/ Número total de cirugías programadas en la institución en el período
Fuente de Datos	Base de datos oportunidad de Cirugía y boletas de programación
Responsable de generar los datos	Secretaria Administración Hospital
Responsable de generar el indicador	Profesional líder en cirugía

Oportunidad en Cirugía Electiva

Denominación del Indicador	Oportunidad en la realización de cirugía electiva
Propósito	Evaluar y mejorar la oportunidad de programación de pacientes intervenidos quirúrgicamente
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional Líder en cirugía
Interpretación	Porcentaje de pacientes con oportunidad en la programación de cirugía electiva menor de 8 días hábiles.
Patrón de comparación	Se hará comparación histórica con períodos anteriores.
Periodicidad	Quincenal.
Definición operacional y datos requeridos	Sumatoria total de los días hábiles transcurridos entre la fecha en la cual el paciente presenta solicitud de programación y la fecha para la cual es asignada la cirugía/ Número total de cirugías asignadas en la institución en el período
Fuente de Datos	Archivo de Secretaría Hospital y programa de cirugía
Responsable de generar los datos	Secretaria Administración Hospital

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 122 de 143


Responsable de generar el indicador	Profesional líder en cirugía
--	------------------------------

Cumplimiento de programa

Denominación del Indicador	Cumplimiento de programa
Propósito	Evaluar el cumplimiento de programa de cirugía para optimizar programación.
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder en cirugía
Interpretación	Porcentaje de procedimientos programados realizados en el período
Patrón de comparación	Se hará comparación histórica con períodos anteriores.
Periodicidad	Quincenal.
Definición operacional y datos requeridos	Número de cirugías electivas realizadas en el período, incluye cirugías agregadas período determinado / Total cirugías electivas programadas x 100
Fuente de Datos	Hoja de Consumos de Cirugía y Programa de Cirugía
Responsable de generar los datos	Enfermera de Salas de Cirugía
Responsable de generar el indicador	Profesional líder en cirugía

Porcentaje de cirugías canceladas


Denominación del Indicador	Porcentaje de cirugías canceladas
Propósito	Medir el numero de cancelaciones de cirugía , observar sus causas y realizar acciones de mejora
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder en cirugía
Interpretación	Corresponde al porcentaje de cirugías canceladas por motivos del paciente, enfermedad o causa institucional
Patrón de comparación	10% es el nivel que se considera adecuado.
Periodicidad	Quincenal.
Nivel de Desagregación	Se discriminan en las siguientes causas: Médicas: cuando la cancelación es por enfermedad del paciente Paciente: Cuando es el paciente el que cancela la cirugía, por motivos personales o porque no se presenta

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 123 de 143

	a cirugía. Institucional: Cuando se cancela la cirugía por causa de la institución, por falta de elementos, medicamentos, personal, paros, mítines, etc.
Definición operacional y datos requeridos	% Cancelación= numero de cirugías canceladas/ numero de cirugías programadas en el periodo x 100
Fuente de Datos	Programa de cirugía de ambulatorios.
Responsable de generar los datos	Enfermera de Salas de Cirugía
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder en Cirugía

Productividad de salas de cirugía

Denominación del Indicador	Productividad de salas de cirugía
Propósito	Medir el rendimiento y la productividad de las salas de cirugía, teniendo en cuenta el recurso disponible
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder en cirugía
Interpretación	Corresponde al porcentaje del tiempo que se utilizan dos salas de cirugía programada, de acuerdo con el horario establecido (6:00 a.m. a 10:30 a.m. y 12:00 m a 4:30 p.m., teniendo en cuenta tiempo de desinfección de salas y preparación de primer paciente de cada jornada)
Patrón de comparación	85% es el nivel que se considera adecuado.
Periodicidad	Quincenal.
Definición operacional y datos requeridos	% Utilización= tiempo de utilización de salas en cirugía electiva/ Total Horas disponible programación Qx. Electiva x 100 El tiempo de ocupación de las salas se mide desde que ingresa el paciente a salas de cirugía, hasta que sale de la sala. El tiempo disponible de salas se mide en 2 salas (La tercera sala es para Urgencias, y no se tiene en cuenta para este indicador).
Fuente de Datos	Hoja de consumos en cirugía.
Responsable de generar los datos	Enfermera de salas de cirugía los lunes a las 7 a.m.
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder en Cirugía


	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 124 de 143

Porcentaje de satisfacción de Cirugía Ambulatoria

Denominación del Indicador	Porcentaje de Satisfacción de Cirugía Ambulatoria
Propósito	Establecer la satisfacción de los usuarios con el servicio de cirugía ambulatoria.
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder en cirugía
Interpretación	Determina el porcentaje de usuarios que califican el servicio como excelente o bueno.
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Mensual
Definición operacional y datos requeridos	$\text{Porcentaje de Usuarios Satisfechos} = \frac{\text{No. Encuestas excelentes o buenos} \times 100}{\text{No. Encuestas realizadas}}$
Fuente de Datos	Encuesta de Cirugía ambulatoria aplicada a pacientes y familiares del servicio.
Responsable de generar los datos	Enfermera de Salas de Cirugía
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder en Cirugía.

Resolutividad de Quejas

Denominación del Indicador	Resolutividad de Quejas
Propósito	Realizar seguimiento a las quejas presentadas por los usuarios de servicios de salud
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder en cirugía
Interpretación	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Semanal
Definición operacional y datos requeridos	$\frac{\text{No. Quejas resueltas antes de 15 días} \times 100}{\text{Total de quejas del período}}$ Se hace acumulado sobre la totalidad del período.
Fuente de Datos	Portal Quejas y Reclamaciones y Hábitat.
Responsable de generar los datos	Profesional Líder de Cirugía
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder de Cirugía


	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 125 de 143

Porcentaje de reintervenciones

Denominación del Indicador	Proporción de reintervenciones
Propósito	Establecer la proporción de reintervenciones, entendiéndose reintervención la realización del mismo o diferente procedimiento para un mismo diagnóstico. Determinar la eficiencia de los médicos especialistas en la resolución de las necesidades en salud de nuestros clientes. (se excluye retiro de materiales de osteosíntesis como fase final del tratamiento)
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder en cirugía
Interpretación	Proporción de las reintervenciones en el período dado, y por médico tratante
Nivel de Desagregación	Llevar la proporción por especialista tratante con el fin de hacer seguimiento a cada uno de ellos.
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Quincenal.
Definición operacional y datos requeridos	Proporción de Reintervenciones = $\frac{\text{No. Reintervenciones en el período} \times 100}{\text{No. Cirugías realizadas en el período}}$
Fuente de Datos	Boletas de solicitud de programación quirúrgica, Base de Datos de Cirugía (BDCirugia 2003)
Responsable de generar los datos	Profesional Líder en Cirugía
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder en Cirugía.

Proporción de cirugías programadas y de urgencias

Denominación del Indicador	Proporción de cirugías programadas y de urgencias
Propósito	Realizar seguimiento a la proporción de cirugías programadas y de urgencias y determinar las acciones que tiendan a mejorar los indicadores de gestión.
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder en cirugía
Interpretación	Proporción de cirugías programadas y de urgencias
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Quincenal.
Definición operacional y datos	Proporción de Tipo de procedimiento =

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 126 de 143

requeridos	No. Cirugías programadas o urgentes / No. Cirugías realizadas x 100
Fuente de Datos	Programa de cirugía y Hoja de consumo de cirugía
Responsable de generar los datos	Enfermera de Salas de Cirugía
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder en Cirugía.


Proporción de cirugías ambulatorias y hospitalarias

Denominación del Indicador	Proporción de cirugías ambulatorias y hospitalarias
Propósito	Realizar seguimiento a la proporción de cirugías ambulatorias y hospitalarias y determinar las acciones que tiendan a mejorar los indicadores de gestión.
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder en cirugía
Interpretación	Proporción de cirugías ambulatorias y cirugías hospitalarias
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Quincenal.
Definición operacional y datos requeridos	Proporción de Tipo de procedimiento = No. Cirugías ambulatorias o hospitalizadas / No. Cirugías realizadas x 100
Fuente de Datos	Programa de cirugía y Hoja de consumo de cirugía
Responsable de generar los datos	Enfermera de Salas de Cirugía
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder en Cirugía.

INDICADORES LABORATORIO CLINICO

Tiempo de espera en fila de toma de muestras

Denominación del Indicador	Tiempo de espera en fila de toma de muestras
Propósito	Evaluar y mejorar la oportunidad de espera del paciente en la fila de toma de muestras sanguíneas
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional Líder en Laboratorio Clínico
Interpretación	El tiempo optimo de espera es menos de 15 minutos
Patrón de comparación	Se hará comparación histórica con períodos anteriores.

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 127 de 143


Periodicidad	Mensual
Definición operacional y datos requeridos	Se mide el tiempo de espera del ultimo paciente al abrir la puerta a las 6:00 AM, hasta el momento de ser atendido
Fuente de Datos	Tiempo real de espera del paciente
Responsable de generar los datos	Bacteriólogo del servicio.
Responsable de generar el indicador	Profesional líder en Laboratorio Clínico

Oportunidad en la entrega de resultados al archivo clínico

Denominación del Indicador	Cumplimiento de entrega
Propósito	Evaluar y mejorar la oportunidad de entrega de los resultados al archivo clínico
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional Líder en Laboratorio Clínico
Interpretación	El tiempo optimo de entrega es 9 horas
Patrón de comparación	Se hará comparación histórica con períodos anteriores.
Periodicidad	Mensual.
Definición operacional y datos requeridos	Se mide el tiempo en el cual el Laboratorio hace entrega del paquete diario de los resultados al archivo Clínico
Fuente de Datos	Cuaderno con la firma de entrega al archivo Clínico
Responsable de generar los datos	Secretaria Laboratorio Clínico
Responsable de generar el indicador	Profesional líder en Laboratorio Clínico

Productividad Laboratorio Clínico

Denominación del Indicador	Numero de Exámenes realizados
Propósito	Medir el numero de exámenes que se realizan en una hora
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional Líder en Laboratorio Clínico
Interpretación	El número de exámenes ideal es 8 exámenes por hora laborada.
Patrón de comparación	Se hará comparación histórica con períodos anteriores.
Periodicidad	Mensual.
Definición operacional y datos	Productividad = numero de exámenes realizados/

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 128 de 143


requeridos	numero de horas laboradas por todo el personal del Laboratorio.
Fuente de Datos	Datalab y cuadro de turno
Responsable de generar los datos	Aída Fabiola Pinzón y personal de turno
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder en Laboratorio Clínico

Satisfacción Laboratorio Clínico

Denominación del Indicador	Satisfacción del usuario
Propósito	Evaluar y mejorar la satisfacción del usuario que utiliza el servicio de Laboratorio
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder Laboratorio Clínico
Interpretación	Corresponde al porcentaje de satisfacción del usuario
Patrón de comparación	Sobre el 80% es el nivel que se considera adecuado.
Periodicidad	Mensual.
Definición operacional y datos requeridos	Los datos son extraídos del informe cuatrimestral de la encuesta de satisfacción
Fuente de Datos	Encuesta de satisfacción
Responsable de generar los datos	Bacteriólogo del servicio
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder en Laboratorio Clínico

Resolutividad Quejas


Denominación del Indicador	Resolutividad de Quejas
Propósito	Evaluar y mejorar las sugerencias, quejas o reclamos de los usuarios que utilizan el servicio de Laboratorio
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder en Laboratorio Clínico
Interpretación	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Semanal
Definición operacional y datos requeridos	$\frac{\text{No. Quejas resueltas antes de 15 días} \times 100}{\text{Total de quejas del período}}$ Se hace acumulado sobre la totalidad del período.
Fuente de Datos	Portal Quejas y Reclamaciones y Hábitat.

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 129 de 143

Responsable de generar los datos	Profesional Líder de Laboratorio Clínico
----------------------------------	--

Proporción utilización Laboratorio Clínico

Denominación del Indicador	Proporción utilización Laboratorio Clínico
Propósito	Establecer el numero de exámenes generados por cada servicio
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder en Laboratorio Clínico
Interpretación	Proporción de exámenes solicitados por cada servicio
Nivel de desagregación	<p>Ambulatorios: Numero de exámenes generados por consulta. El número óptimo es 1 Examen por consulta.</p> <p>PyP: Numero de exámenes generados por consulta de PyP. El número óptimo es 1 Examen por consulta de PyP.</p> <p>Urgencias: Numero de exámenes generados por consulta de Urgencias. El número óptimo es 1 Examen por consulta de urgencias.</p> <p>Hospital: Numero de exámenes generados por egreso hospitalario. El número óptimo es 8 Exámenes por cada egreso.</p>
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Mensual.
Definición operacional y datos requeridos	<p>Ambulatorio: Índice de utilización = $\frac{\text{No. De exámenes procesados de salud integral}}{\text{No. Consultas salud integral}}$</p> <p>PyP: Índice de utilización = $\frac{\text{No. De exámenes procesados de PyP}}{\text{No. Consultas PyP}}$</p> <p>Urgencias: Índice de utilización = $\frac{\text{No. De exámenes Urgencias}}{\text{No. Consultas Urgencias}}$</p> <p>Hospital: Índice de utilización = $\frac{\text{No. De exámenes procesados Hospitalización medica}}{\text{No. Consultas egresos}}$</p>
Fuente de Datos	Datalab.
Responsable de generar los datos	Bacteriólogas de cada servicio
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder en Laboratorio Clínico.


	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 130 de 143

Pertinencia pruebas cruzadas

Denominación del Indicador	Pertinencia pruebas cruzadas
Propósito	Establecer la proporción de sangres que se cruzan y luego son transfundidas
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder en Laboratorio Clínico
Interpretación	Proporción de las Unidades que se cruzan y luego se transfunden
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Mensual.
Definición operacional y datos requeridos	Pertinencia de pruebas cruzadas = <u>No. Pruebas cruzadas</u> No. Unidades transfundidas
Fuente de Datos	Libro de pruebas cruzadas, libro de entrega de unidades de sangre a los servicios
Responsable de generar los datos	Bacterióloga Unidad Transfusional.
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder en Laboratorio Clínico

Racionalidad de unidades de sangre

Denominación del Indicador	Racionalidad Unidades de sangre
Propósito	Establecer El numero de unidades de sangre que son incineradas
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder en Laboratorio Clínico
Interpretación	Determina el Numero de unidades de sangre que son incineradas por vencimiento
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Mensual.
Definición operacional y datos requeridos	Racionalidad de unidades de sangre = Unidades incineradas por vencimiento VS unidades con control de calidad
Fuente de Datos	Libro de actas de incineración.
Responsable de generar los datos	Profesional Líder en Laboratorio Clínico
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder en Laboratorio Clínico

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 131 de 143


IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Productividad Imágenes Diagnósticas

Denominación del Indicador	Productividad Imágenes Diagnósticas
Propósito	Monitorear la productividad del área de Radiología.
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital
Interpretación	Número de estudios de rayos X realizados por hora contratada.
Patrón de comparación	Se considera adecuado un nivel de un estudio por hora.
Periodicidad	Quincenal
Definición operacional y datos requeridos	Productividad Imágenes Diagnósticas = <u>No. estudios de Rayos X realizados</u> No. Horas Contratadas
Fuente de Datos	Archivo Excel Radiología
Responsable de generar los datos	Técnico de Rayos X
Responsable de generar el indicador	Coordinador Hospital

Resolutividad Quejas

Denominación del Indicador	Resolutividad de Quejas
Propósito	Evaluar y mejorar las sugerencias , quejas o reclamos de los usuarios que utilizan el servicio de Imágenes Diagnósticas
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital
Interpretación	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Semanal
Definición operacional y datos requeridos	<u>No. Quejas resueltas antes de 15 días x100</u> Total de quejas del período Se hace acumulado sobre la totalidad del período.
Fuente de Datos	Portal Quejas y Reclamaciones y Hábitat.
Responsable de generar los datos	Coordinador Hospital


	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 132 de 143

Oportunidad Imágenes Diagnósticas Toma / Lectura

Denominación del Indicador	Oportunidad Imágenes Diagnósticas Toma / Lectura
Propósito	Evaluar la oportunidad en la realización de exámenes por parte del servicio de Imágenes Diagnósticas
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital
Interpretación	Oportunidad para la toma y lectura de estudios realizados en Imágenes Diagnósticas en días hábiles
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Nivel de Desagregación	Rx. Convencionales Rx. Especiales Ultrasonido Ecocardiografía EKG Endoscopia Digestiva Endoscopia Urológica Electromiografía y Neuroconducción.
Periodicidad	Quincenal
Definición operacional y datos requeridos	Oportunidad para la toma / oportunidad de lectura en días hábiles Es una razón y se expresa en números absolutos
Fuente de Datos	Secretaria Imágenes Diagnósticas, Secretaria Cardiología y Fisiatra.
Responsable de generar los datos	Coordinador Hospital

Utilización Imágenes Diagnósticas

Denominación del Indicador	Utilización Imágenes Diagnósticas
Propósito	Evaluar la utilización del servicio de Imágenes Diagnósticas
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital
Interpretación	Porcentaje de utilización del servicio de Imágenes Diagnósticas en sus diferentes modalidades.
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Nivel de Desagregación	Rx. Urgencias Rx. Hospitalización Rx. Alto Costo

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 133 de 143


	Rx. Medicina General Rx. Promoción y Prevención (incluye Mamografías) Rx. Salud Ocupacional Rx. Medicina Especializada Rx. Odontología
Periodicidad	Quincenal
Definición operacional y datos requeridos	$\text{Porcentaje Utilización} = \frac{\text{No. Estudios realizados} \times 100}{\text{Total Estudios del período}}$
Fuente de Datos	Archivo Excel Radiología
Responsable de generar los datos	Coordinador Hospital

Total Estudios Imagenológicos Realizados

Denominación del Indicador	Total estudios imagenológicos realizados
Propósito	Evaluar la utilización del servicio de Imágenes Diagnósticas
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital
Interpretación	Número de estudios realizados en el período
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Quincenal
Definición operacional y datos requeridos	No. total de estudios imagenológicos realizados (Incluye Mamografía y TAC)
Fuente de Datos	Archivo Excel Radiología, RIPS
Responsable de generar los datos	Coordinador Hospital

Proporción Estudios Imagenológicos por paciente

Denominación del Indicador	Proporción estudios imagenológicos por paciente
Propósito	Evaluar la utilización del servicio de Imágenes Diagnósticas
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital
Interpretación	Número de estudios realizados por paciente en el período
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Quincenal
Definición operacional y datos requeridos	$\text{Proporción estudios imagenológicos por paciente} = \frac{\text{No. total de estudios imagenológicos realizados}}{\text{No. de pacientes}}$

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 134 de 143

	No. pacientes atendidos en el período
Fuente de Datos	Archivo Excel Radiología, RIPS
Responsable de generar los datos	Coordinador Hospital


Proporción de Placas Dañadas

Denominación del Indicador	Proporción de placas dañadas
Propósito	Evaluar la eficiencia de los técnicos de rayos X en la toma de estudios de Rayos X.
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital
Interpretación	Porcentaje de placas dañadas en el período
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Semanal.
Definición operacional y datos requeridos	Proporción de placas dañadas = $\frac{\text{No. total de placas dañadas} \times 100}{\text{No. placas utilizadas}}$
Fuente de Datos	Archivo Excel Radiología
Responsable de generar los datos	Coordinador Hospital

HOSPITALIZACIÓN

Número de Egresos

Denominación del Indicador	Número de Egresos Hospitalarios
Propósito	Establecer el número de egresos del Hospital Ismael Darío Rincón.
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional Líder Enfermería
Interpretación	Número total de egresos hospitalarios en el período
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Mensual
Definición operacional y datos requeridos	No. Egresos en el período
Fuente de Datos	Egresos Hospitalarios
Responsable de generar los datos	Médico Hospitalario, Enfermeras del servicio.
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder de Enfermería.


	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 135 de 143

Porcentaje de Ocupación

Denominación del Indicador	Porcentaje de ocupación
Propósito	Establecer el porcentaje ocupacional del Hospital Ismael Darío Rincón
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional Líder Enfermería
Interpretación	Es la relación existente entre el número de días cama ocupada y los días cama disponible. Expresa en términos porcentuales el número de días que en el periodo estuvo realmente ocupada una cama.
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Mensual
Definición operacional y datos requeridos	Porcentaje de Ocupación = $\frac{\text{No. días cama ocupada} \times 100}{\text{No. Días cama disponible}}$
Fuente de Datos	Egresos Hospitalarios
Responsable de generar los datos	Médico Hospitalario, Enfermeras del servicio.
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder de Enfermería.

Promedio Días Estancia

Denominación del Indicador	Promedio días estancia
Propósito	Establecer el promedio de días que permanece un paciente hospitalizado en el Hospital Ismael Darío Rincón.
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional Líder Enfermería
Interpretación	Es la sumatoria de los días que cada paciente estuvo hospitalizado desde el momento del ingreso hasta su egreso, sin importar que durante la permanencia haya cambios de periodo (mes año) o traslado al interior de la institución (cambio de cama o servicio)
Patrón de comparación	Estándar nacional para hospitales de segundo nivel en 1.994 : 5,5
Periodicidad	Mensual
Definición operacional y datos	Promedio días estancia =

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 136 de 143


requeridos	Suma de días de Hospitalización de cada egreso x 100 No. de egresos del período
Fuente de Datos	Egresos Hospitalarios
Responsable de generar los datos	Médico Hospitalario, Enfermeras del servicio.
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder de Enfermería.

Giro Cama

Denominación del Indicador	Giro cama
Propósito	Cuantificar la utilización de camas disponibles en el periodo
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional Líder Enfermería
Interpretación	Es un indicador de productividad de la cama hospitalaria, e indica el número de pacientes que utilizan una cama disponible en un periodo. Es directamente proporcional al número de egresos, siendo menor en servicios de estancia prolongada
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Mensual
Definición operacional y datos requeridos	Giro Cama = $\frac{\text{Número de egresos}}{\text{No. de camas disponibles en el período}}$
Fuente de Datos	Egresos Hospitalarios
Responsable de generar los datos	Médico Hospitalario, Enfermeras del servicio.
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder de Enfermería.

Tasa Mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas


Denominación del Indicador	Tasa Mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas
Propósito	Cuantificar la mortalidad hospitalaria después de 48 del ingreso al hospital.
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional Líder Enfermería
Interpretación	Es una medida indirecta de la capacidad resolutive de la institución hospitalaria relacionada con la gestión de

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 137 de 143

	recursos para la atención de la población : causas del ingreso, grado de compromiso de vida, oportunidad de la atención y/o remisión, destreza, contenido e integralidad de la atención, etc.
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Mensual
Definición operacional y datos requeridos	Tasa Mortalidad Intrahospitalaria > 48 Horas = $\frac{\text{No. egresos por muerte} > 48 \text{ horas} \times 1000}{\text{No. Total de egresos}}$
Fuente de Datos	Egresos Hospitalarios
Responsable de generar los datos	Médico Hospitalario, Enfermeras del servicio.
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder de Enfermería.

Tasa Mortalidad Intrahospitalaria

Denominación del Indicador	Tasa Mortalidad intrahospitalaria
Propósito	Cuantificar la mortalidad intrahospitalaria.
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional Líder Enfermería
Interpretación	Es una medida indirecta de la capacidad resolutive de la institución hospitalaria relacionada con la gestión de recursos para la atención de la población : causas del ingreso, grado de compromiso de vida, oportunidad de la atención y/o remisión, destreza, contenido e integralidad de la atención, etc.
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Mensual
Definición operacional y datos requeridos	Tasa Mortalidad Intrahospitalaria = $\frac{\text{No. egresos por muerte} \times 1000}{\text{No. Total de egresos}}$
Fuente de Datos	Egresos Hospitalarios
Responsable de generar los datos	Médico Hospitalario, Enfermeras del servicio.
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder de Enfermería.


	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 138 de 143

Índice de Infección Intrahospitalaria

Denominación del Indicador	Índice de Infección Intrahospitalaria
Propósito	Mejorar la calidad en los procesos de Atención orientados al cliente y disminuir el gasto derivado de las reintervenciones o tratamiento de las infecciones intrahospitalarias.
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional Líder Enfermería Comité de Infecciones
Interpretación	Es la relación de pacientes con una infección adquirida durante su estancia hospitalaria o durante la realización de un procedimiento en la Institución del total de pacientes egresados o intervenidos.
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Mensual
Definición operacional y datos requeridos	Índice de Infección intrahospitalaria = $\frac{\text{No. infecciones intrahospitalarias} \times 100}{\text{No. Total de egresos}}$
Fuente de Datos	Egresos Hospitalarios
Responsable de generar los datos	Comité de Infecciones
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder de Enfermería.

Satisfacción Hospitalización y Ayudas Diagnósticas

Denominación del Indicador	Satisfacción Hospitalización y Ayudas Diagnósticas
Propósito	Evaluar y mejorar la satisfacción del usuario que utiliza los servicios de Hospitalización y Ayudas Diagnósticas
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder Enfermería
Interpretación	Corresponde al porcentaje de satisfacción del usuario
Patrón de comparación	Sobre el 80% es el nivel que se considera adecuado.
Periodicidad	Mensual
Definición operacional y datos requeridos	Los datos son extraídos del informe cuatrimestral de la encuesta de satisfacción
Fuente de Datos	Encuesta de satisfacción
Responsable de generar los	Auditoría

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 139 de 143


datos	
Responsable de generar el indicador	Profesional Líder en Enfermería

Resolutividad de Quejas

Denominación del Indicador	Resolutividad de Quejas
Propósito	Realizar seguimiento a las quejas presentadas por los usuarios de servicios de salud
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional líder en Enfermería
Interpretación	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Semanal
Definición operacional y datos requeridos	$\frac{\text{No. Quejas resueltas antes de 15 días}}{\text{Total de quejas del período}} \times 100$ Se hace acumulado sobre la totalidad del período.
Fuente de Datos	Portal Quejas y Reclamaciones y Hábitat.
Responsable de generar los datos	Coordinador Hospital
Responsable de generar el indicador	Coordinador Hospital

Proporción de partos vaginales

Denominación del Indicador	Proporción de partos vaginales
Propósito	Realizar seguimiento a la atención del parto en el Hospital
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Interventor Contratos y convenios
Interpretación	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.
Patrón de comparación	Estándar nacional para hospitales de segundo nivel en 1.994 : 66%
Periodicidad	Mensual
Definición operacional y datos requeridos	$\frac{\text{Proporción partos vaginales} = \text{No. partos vaginales}}{\text{No. total de nacidos vivos en el período}} \times 100$
Fuente de Datos	Egresos Hospitalario, Registro de nacimientos
Responsable de generar los datos	Médico Hospitalario, Enfermería

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 140 de 143


Responsable de generar el indicador	Líder Enfermería
--	------------------

Proporción de remisiones

Denominación del Indicador	Proporción de remisiones
Propósito	Es una medida indirecta de la capacidad resolutive de la institución hospitalaria.
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Interventor Contratos y convenios
Interpretación	Proporción de remisiones en el período.
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Quincenal
Definición operacional y datos requeridos	$\text{Proporción remisiones} = \frac{\text{No. remisiones} \times 100}{\text{No. total de egresos en el período}}$
Fuente de Datos	Egresos Hospitalario, Registro de remisiones
Responsable de generar los datos	Médico Hospitalario, Enfermería
Responsable de generar el indicador	Líder Enfermería

Proporción de Pacientes Hospitalizados inscritos en P y P

Denominación del Indicador	Proporción de Pacientes Hospitalizados inscritos en P y P
Propósito	Es una medida indirecta de la capacidad resolutive de los programas de Promoción y prevención en la RSM.
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Líder Enfermería
Interpretación	Proporción de pacientes inscritos en programas de P y P, que se hospitalizan en el período.
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Semanal
Definición operacional y datos requeridos	$\text{Proporción de pacientes hospitalizados inscritos en PyP} = \frac{\text{No. pacientes hospitalizados inscritos en PyP} \times 100}{\text{No. total de egresos en el período}}$
Fuente de Datos	Egresos Hospitalario
Responsable de generar los	Médico Hospitalario

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 141 de 143

datos	
Responsable de generar el indicador	Médico Hospitalario


Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados

Denominación del Indicador	Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados
Propósito	Es una medida indirecta de la capacidad resolutive de la atención en el Hospital Ismael Darío Rincón.
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Líder Enfermería
Interpretación	Proporción de pacientes que reingresan al hospital antes de 20 días.
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Mensual
Definición operacional y datos requeridos	$\text{Tasa de Reingreso de pacientes hospitalizados} = \frac{\text{No. pacientes que reingresan antes de 20 días} \times 100}{\text{No. Egresos vivos del período}}$
Fuente de Datos	Egresos Hospitalario
Responsable de generar los datos	Médico Hospitalario
Responsable de generar el indicador	Médico Hospitalario

MEDICINA ESPECIALIZADA

Oportunidad en las citas de Medicina Especializada

Denominación del Indicador	Oportunidad en las citas de Medicina Especializada
Propósito	Evaluar y mejorar la oportunidad de programación de las citas en Medicina Especializada
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Profesional Líder en cirugía
Interpretación	Número de días de espera entre solicitud y programación de citas
Nivel de Desagregación	Medicina Interna Gineco-Obstetricia Pediatria Cirugía General

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 142 de 143


Patrón de comparación	Se hará comparación histórica con períodos anteriores.
Periodicidad	Semanal
Definición operacional y datos requeridos	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita con medicina especializada y la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de citas asignadas en el período
Fuente de Datos	Programación de citas
Responsable de generar los datos	Secretaria de cada especialista
Responsable de generar el indicador	Profesional líder en cirugía

Resolutividad de Quejas

Denominación del Indicador	Resolutividad de Quejas
Propósito	Realizar seguimiento a las quejas presentadas por los usuarios de servicios de salud sobre la atención Especializada
Responsable de la toma de decisiones	Jefe Regional de Salud Coordinador Hospital Interventor Contratos
Interpretación	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.
Patrón de comparación	Histórico contra períodos anteriores
Periodicidad	Semanal
Definición operacional y datos requeridos	$\frac{\text{No. Quejas resueltas antes de 15 días} \times 100}{\text{Total de quejas del período}}$ Se hace acumulado sobre la totalidad del período.
Fuente de Datos	Portal Quejas y Reclamaciones y Hábitat.
Responsable de generar los datos	Interventor Contratos
Responsable de generar el indicador	Interventor Contratos

REGISTROS

De acuerdo a la periodicidad de cada indicador, se debe registrar la información en el archivo L:\ 4. HOSPITAL Indicadores Hospital 2007, realizar el análisis respectivo y plantear opciones de mejora con su plan de acción.

	DIRECCION DE RELACIONES LABORALES UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD REGIONAL DE SALUD DEL MAGDALENA MEDIO Coordinación Hospital Barrancabermeja	Versión: 02	RSM-HOB-C-001
	GESTION DE INDICADORES HOSPITAL	Fecha divulgación: 19 de Julio de 2007	Página 143 de 143

CONTINGENCIAS

Cada una de las personas responsables de llevar estos indicadores, deberá llevar sus propios registros, con el fin de dejar constancia de las actividades realizadas y recuperar la información en caso de fallas del sistema.

DEPENDENCIA RESPONSABLE	HOSPITAL BARRANCABERMEJA	
REVISÓ	ENRIQUE JIMENEZ TRESPALACIOS Coordinador Hospital	RESPONSABLE DEL PROCESO NORMATIVO Normativa Corporativa
APROBÓ	MARCIAL ENRIQUE GARZON GUZMAN Jefe Regional de Salud Magdalena Medio	