

**DISEÑO METODOLOGICO PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA
UNIDAD BASICA DE ATENCION DE COOMEVA EPS CON ÉNFASIS EN LA
ATENCIÓN SEGURA Y LA EXCELENCIA EN EL SERVICIO**

**YENNY YANETH GOMEZ REYES
LUIS EDUARDO RAVELLO GARCIA**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2012**

**DISEÑO METODOLOGICO PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA
UNIDAD BASICA DE ATENCION DE COOMEVA EPS CON ÉNFASIS EN LA
ATENCIÓN SEGURA Y LA EXCELENCIA EN EL SERVICIO**

**YENNY YANETH GOMEZ REYES
LUIS EDUARDO RAVELLO GARCIA**

**Trabajo de grado para optar el Título de Especialista en Administración de
Servicios de Salud**

**Directora
ING. CLAUDIA PATRICIA APONTE HERNÁNDEZ**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2012**

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios Todo poderoso que no permitió lograr tan importante objetivo.

A nuestras familias por su apoyo incondicional para alcanzar las metas propuestas y la realización profesional.

A la Directora de monografía por su empeño, compromiso y dedicación para culminar este gran trabajo.

A nuestros compañeros de Coomeva EPS, que sus aportes y observaciones formaron parte de este trabajo.

A la Universidad industrial de Santander que nos permito ser parte de este posgrado.

A nuestros compañeros por su compañía y el aprendizaje continuo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	15
1. MARCO GENERAL DEL PROYECTO	17
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.2 JUSTIFICACION	18
1.3 OBJETIVOS	20
1.3.1 Objetivo General	20
1.3.2 Objetivos Específicos	20
1.4 ALCANCE	21
2. ESTADO DEL ARTE	22
2.1 ANTECEDENTES	22
2.2 DEFINICION DE CONCEPTOS	26
2.2.1 Habilitación	26
2.2.2 Política de seguridad en la atención	29
2.2.3 Cultura en el servicio:	32
2.3 MARCO LEGAL	32
2.3.1 Ley 9 de 1979	32
2.3.2 Ley 10 de 1990	33
2.3.3 Constitución Política Nacional de Colombia 1991	33
2.3.4 Ley 100 de 1993	33
2.3.5 Decreto 1918 de 1994	34
2.3.6 Resolución 4445 de 1996	34
2.3.7 Decreto 2174 de 1996 Requisitos Mínimos (2 años)	35
2.3.8 Decreto 2309 de 2002 Habilitación (3 años)	35

2.3.9 Resolución Número 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social	35
2.3.10 Decreto 1011 de 2006	36
2.3.11 Resolución 1043 DE 2006	38
2.3.12 Lineamientos para la Seguridad del Paciente	38
2.3.13 Circular 47 de 2007 (Obligaciones de los actores del SGSSS frente a la Supersalud)	38
2.3.14 Decreto 965 de 2010 (Obligaciones de los actores del SGSSS)	39
2.3.15 Resolución 1462 de 2010 proferida por el Ministerio de la Protección Social (Requisitos de contratación)	39
2.3.16 Resolución 1998 de 2010. Ministerio de la Protección Social (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención)	40
2.3.17 Acuerdo 8 de 2009 (Actualización y Aclaración del Plan Obligatorio de Salud)	40
2.3.18 Sentencia T 126 de 2010 (Prestación de Servicios SO)	40
2.3.19 Concepto 207979 de 2010 (Prestación de Servicios SO)	40
2.3.20 Resolución 2981 de 2011 (Administración de Bienes y Servicios)	41
2.4 MARCO TEORICO	41
2.4.1 Sistema único de habilitación	43
2.4.2 Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) COOMEVA EPS.	51
2.4.3 Definición de la Calidad Esperada para los Procesos Prioritarios.	68
2.4.4 Política de seguridad en la atención	71
2.4.5 Modelo de gestión del riesgo	80
2.4.6 Cultura de servicio	86
2.4.7 Cultura del servicio pasión COOMNEVA	95
3. COOMEVA EPS	107
3.1 RESEÑA HISTORICA	107
3.2. PLATAFORMA ESTRATEGIA	115
3.2.1 Misión	115
3.2.2 Visión año 2015	116

3.2.3 Política de calidad	116
3.2.4 Objetivos de calidad	116
3.2.5 Valores	116
3.2.6 Alcance del sistema de gestión de la calidad	117
3.3 PORTAFOLIO DE SERVICIOS	118
3.3.1 Promoción y prevención	118
3.3.2 Acceso a los servicios del POS	123
3.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	124
3.4.1 Organigrama	124
3.4.2 Mapa de proceso	125
3.4.3 Sistema de gestión de la calidad	127
4. DISEÑO METODOLOGICO PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD BASICA DE ATENCIÓN DE COOMEVA EPS CON ÉNFASIS EN LA ATENCIÓN SEGURA Y LA EXCELENCIA EN EL SERVICIO.	128
5. CONCLUSIONES:	139
BIBLIOGRAFIA	141
ANEXOS	143

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Ciclo PHVA	53
Figura 2. Modelo de atención centrado en la seguridad del paciente	79
Figura 3. Seguimiento al Riesgo	80
Figura 4. Los Cuatro Pilares del Modelo de Atención Centrado en el Usuario	82
Figura 5. Promesas del Servicio	95
Figura 6. Los 5 comportamientos de yo respeto	97
Figura 7. Los 5 comportamientos de yo asesoro	100
Figura 8. Los 5 comportamientos de todos resolvemos	104
Figura 9. Organigrama Nacional	124
Figura 10. Organigrama Regional	124
Figura 11. Mapa de Procesos Coomeva EPS.	126
Figura 12. Sistema de Gestión de Calidad	127
Figura 13. Interrelación y Complementariedad de la Habilitación de Servicios de Salud, Atención segura y Cultura de Servicio en el PAMEC.	129
Figura 14. Cronograma para la Puesta en Funcionamiento de una UBA de Coomeva EPS.	138

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Grafico 1. Niveles de operación y tipos de acciones en el PAMEC	64
Grafico 2. Valores asociados a la conducta yo respeto	96

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Plantilla Verificación De Condiciones De Habilitación	144
ANEXO B. Habilitación De Unidades Propias De Prestación De Servicios	168
ANEXO C. Verificación PAMEC	173
ANEXO D. Autoevaluación PAMEC	176
ANEXO E. Matriz Para Priorización De Procesos	177
ANEXO F. Plantilla Para Elaboración De Mapa De Riesgo	178
ANEXO G. Acta-Plan De Acción	181
ANEXO H. Formato Eventos Adversos	182
ANEXO I. Rondas De Seguridad	184
ANEXO J. Lista De Chequeo Para Rondas De Seguridad	185
ANEXO K. Protocolo De Londres	186
ANEXO L. Selección Y Contratación	197

RESUMEN

TITULO: DISEÑO METODOLOGICO PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD BASICA DE ATENCION DE COOMEVA EPS CON ÉNFASIS EN LA ATENCIÓN SEGURA Y LA EXCELENCIA EN EL SERVICIO*

AUTORES: YENNY YANETH GOMEZ REYES
LUIS EDUARDO RAVELLO GARCIA**

PALABRAS CLAVES: HABILITACION, POLITICA DE SEGURIDAD DE LA ATENCION, POLITICA CULTURA DEL SERVICIO

CONTENIDO:

Dentro de las responsabilidades de Coomeva EPS, como Entidad Promotora de Salud, esta garantizar la prestación de los servicios médicos basados en estándares de calidad, para lo cual ha venido trabajando arduamente en la habilitación de Unidades Básicas de Atención permitiendo lograr mejoras considerables en oportunidad, acceso, continuidad, pertinencia, eficiencia y nivel de salud que brindan a sus afiliados bajo los principios de la Atención Segura, así como de la atención humanizada del servicio por parte de los profesionales de la salud y personal administrativo que intervienen en la interacción con el paciente.

COOMEVA EPS se ha caracterizado por su gran compromiso al desarrollar la Política de seguridad de la atención “Atención Segura” que contribuya a garantizar la seguridad sus afiliados disminuyendo la frecuencia de fallas en los procesos de la organización y promoviendo la gestión eficaz de los eventos adversos detectados.

Además ha querido incorporar a la organización su atención basada en el principio de la Excelencia en el servicio a través de su política “Pasión Coomeva” dirigida a todos y cada uno de los colaboradores que hacen parte de la organización como estrategia de diferenciación en el área de la Salud.

Por esta razón se busca dar integralidad y complementariedad a estos 3 pilares fundamentales para iniciar la prestación de los servicios en las Unidades básicas de atención logrando de esta forma un impacto positivo en la imagen de Coomeva EPS, a través de sus propias Instituciones prestadoras de Salud.

* Trabajo de Grado

** Facultad De Salud Departamento De Salud Pública Especialización En Administración En Servicios De Salud Directora Claudia Patricia Aponte Hernández

ABSTRACT

TITLE: DESIGN METHODOLOGICAL TO START OPERATION OF A UNIT BASIC ATTENTION OF COOMEVA EPS WITH AN EMPHASIS ON THE SAFE CARE AND EXCELLENCE IN SERVICE*

AUTHORS: YENNY YANETH GOMEZ REYES
LUIS EDUARDO RAVELLO GARCIA**

KEYWORDS: EMPOWERMENT, ATTENTION, POLITICAL CULTURE OF SERVICE SECURITY POLICY

CONTENT:

Within the responsibilities of Coomeva EPS as a health promoter entity, this ensure the provision of medical services based on quality standards, which has been working hard on the empowerment of attention units allowing considerable opportunity, access, continuity, relevance, efficiency and level of health which provide its affiliates under the principles of safe care improvements, as well as the humanized care service by professionals of the health and administrative personnel involved in the interaction with the patient.

COOMEVA EPS has been characterized by its great commitment to develop the security policy of "Secure care" care that help ensure security affiliates decreasing the frequency of failures in processes of the Organization and to promote the effective management of adverse events detected.

Also wanted to incorporate his attention based on the principle of excellence in service through its policy to the Organization "Passion Coomeva" addressed to each and every one of the collaborators who are part of the Organization as a differentiation strategy in the area of health.

For this reason seeks to provide comprehensiveness and complementarity to these 3 pillars to initiate the provision of services in the basic units of attention thus achieving a positive impact on the image of Coomeva EPS, through their own providing institutions of health.

* Project the grade

** Faculty of Health Department of public health specialization in management in services of Health Director Claudia Patricia Aponte Hernández

INTRODUCCION

El concepto de licenciamiento para la prestación de servicios de salud ha evolucionado paralelo con el desarrollo del sistema de salud en Colombia y su normatividad. En 1990, la Ley 100 crea el registro especial de instituciones de salud, con el fin de organizar una base de datos de la oferta de servicios de salud.

En 1993, con la organización del Sistema de Seguridad Social en Salud, se establece la calidad como uno de los principios rectores, y se ordena la definición del Sistema de Garantía de Calidad, que mediante el Decreto 2174 de 1996, hoy derogado, incorpora el concepto de requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud, como una serie de estándares de obligatorio cumplimiento por parte de las IPS (instituciones prestadoras de servicios de salud) que quieran participar en la oferta de estos servicios, estos requisitos de obligatorio cumplimiento son definidos hoy en la Resolución 1043 de 2006 Sistema Único de Habilitación, correspondientes a condiciones tecnológicas y científicas o requisitos esenciales, el gobierno integra los conceptos de registro, autoevaluación y declaración de cumplimiento de estándares, la verificación por los organismos de vigilancia, y algunos requisitos de orden financiero y administrativo.

De igual forma dentro del Sistema Único de Habilitación, se presenta como uno de sus componentes más importantes la seguridad en la atención. Los sistemas de prestación de salud son complejos y por lo mismo de alto riesgo, en una atención por más sencilla que parezca, pueden concurrir factores variables que representen riesgo para la seguridad del paciente. Por tal motivo es fundamental que todos los actores que participen en la prestación del servicio lo hagan de manera coordinada y sistemática minimizando la ocurrencia de situaciones de riesgo para el usuario.

Otro tema importante que ha tomado gran relevancia en los servicios de salud es servicios de salud orientados al cliente, con esto se pretende propiciar toda una cultura de servicio más humanizado y sensibilizado frente a quienes requieren una atención en salud.

Por estas razones se hace necesario diseñar una metodología que aplicada a las unidades básicas de atención nacientes para COOMEVA EPS facilite su puesta en funcionamiento con énfasis en la atención segura y excelencia en el servicio, objetivo principal de esta monografía; basados en los desarrollos existente y relacionados en la plataforma documental de esta organización relacionados con el Sistema Único de habilitación, Política de Seguridad del paciente denominada “Atención Segura” y Cultura del Servicio llamada “Pasión Coomeva”.

La implementación de este diseño metodológico que permite integrar los 3 procesos mencionados le permitirá contar a esta organización con unidades de atención enfocadas en la seguridad y satisfacción de sus usuarios.

En esta monografía se revisará el marco legal en orden cronológico que regula la prestación básica de servicios de salud, así como la documentación contendía en la plataforma documental de Coomeva EPS en relación a los temas en mención. Se incluye además una breve reseña historia de Coomeva EPS, estructura organizacional, portafolio de servicios y certificación en sistema de gestión de la calidad.

Todo lo anteriormente descrito ayudará a reconocer los avances que Coomeva EPS ha tenido en estos temas; además de la importancia de interpretar a cada uno de ellos no como procesos aislados, si no, complementarios e interdependientes cuyo sinergismo lo podemos encontrar en el PAMEC y propende por servicios de salud con atenciones seguras y excelencia en el servicio.

1. MARCO GENERAL DEL PROYECTO

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sociedad COOMEVA Entidad Promotora de Salud E.P.S. S.A. tiene como objeto social principal, la afiliación y registro de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el régimen contributivo, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, gestión, coordinación, y control de los servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios a través de las cuales atiende a sus afiliados y sus beneficiarios, propias (integración vertical) o adscritas (contratadas) y las que en un futuro se requiera constituir dado el crecimiento poblacional, sin perjuicio de los controles consagrados sobre el particular en la Constitución Colombiana y en la Ley; en especial podrá desarrollar su objeto social en cumplimiento de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y sus decretos reglamentarios.

Como Entidad Promotora de Salud garantiza con carácter preventivo y/o curativo a través de una red de IPS por delegación del Estado, atendiendo las coberturas, exclusiones y limitaciones contenidas para el Régimen Contributivo. De igual manera, está sujeta a la vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud y como Entidad Promotora de Salud debidamente autorizada, se rige por las normas y controles que emite el Gobierno Nacional en materia de aseguramiento y prestación de servicios de salud, a través de sus organismos descentralizados.

COOMEVA EPS S. A. acata todas las normas vigentes que sean aplicables a la actividad que desarrolla, y cumple las funciones que le son propias.

COOMEVA EPS S.A ha realizado importantes esfuerzos para lograr la habilitación, implementar el Sistema de Gestión de Calidad, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), la Política de Seguridad de la atención y cuenta con un Modelo de Gestión de la Cultura del Servicio denominado “Pasión COOMEVA”; todos estos desarrollos le han permitido lograr mejoras considerables en los indicadores de calidad en la atención como seguridad, oportunidad, acceso, continuidad, pertinencia, eficiencia y nivel de salud de los usuarios. Sin embargo, hoy por hoy, respondiendo a los nuevos desafíos en materia de humanización, calidad, seguridad en la atención y satisfacción de los usuarios en el área de la salud, cada vez se hace más necesario revisar el modelo de atención desde una red propia que facilite la prestación de servicios de salud que cumplan con esas características. Pese a contar en la actualidad con más de 70 Unidades Básicas de Atención propias en todo el territorio nacional y teniendo en cuenta todos los desarrollos anteriormente descritos COOMEVA EPS no cuenta con una Metodología específica que bajo su Sistema de Gestión de Calidad y por ende el mejoramiento continuo, facilite la puesta en funcionamiento de sus Unidades de Atención Básica, para fortalecer la Atención Segura y la Excelencia en el Servicio logrando la Satisfacción de los Usuarios.

1.2 JUSTIFICACION

Como parte de su objeto social COOMEVA EPS debe promover, gestionar, coordinar y controlar la prestación de los servicios de salud en todos los niveles de complejidad. Para tal fin, es necesario contar con una red de prestadores (propia o adscrita) a través de la cual logre el cumplimiento de dicho compromiso.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son de alto riesgo. Día a día se han incorporado nuevas tecnologías y técnicas

cada vez de mayor concurso de conocimiento y experticia, por lo que en una atención por más sencilla que parezca, pueden concurrir múltiples y variadas situaciones y para obtener un resultado efectivo se requiere que cada proceso que interviene, se realice de forma adecuada y coordinada con los demás procesos misionales y de apoyo.

Con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud basados en los principios de calidad, seguridad y eficiencia existen políticas nacionales que van desde las condiciones mínimas de funcionamiento, contempladas en el Sistema Único de habilitación, pasando por políticas de seguridad en la atención y como uno de sus valores agregados más importantes: una política de la cultura de servicio.

Por estas razones y atendiendo a esta importante necesidad se requiere definir un Diseño Metodológico que integre efectivamente las normatividad vigente en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (Sistema Único de Habilidadación, PAMEC) y el Modelo de Política de Seguridad en la Atención orientado a la “Atención Segura” y el Modelo de Cultura de Servicio “Pasión Coomeva” de COOMEVA EPS que siendo sistemáticamente aplicado permita la entrada en funcionamiento de las Unidades Básicas de Atención propias de esta organización a lo largo y ancho del territorio nacional, y le permita a Coomeva EPS a través estas expresar su verdadero compromiso en la prestación de servicios de salud con una atención segura, caracterizada por personal altamente calificado y con enfoque especial en la Excelencia del servicio, desde el mismo momento de la entrada en funcionamiento de cada unidad promoviendo al interior una mejora continua.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Diseñar una metodología para la puesta en funcionamiento de una Unidad Básica de Atención de Coomeva EPS que fortalezca la atención segura y la excelencia en el servicio.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Elaborar el listado de los requisitos de Habilitación contemplados en el Anexo Técnico de la Resolución 1043 de 2006 y en la Resolución 4445 de 1996.
- Elaborar el listado de los requisitos para promover la cultura de la seguridad de la atención del paciente “ATENCIÓN SEGURA”.
- Elaborar el listado de los requisitos para promover la cultura de la excelencia en el servicio “PASIÓN COOMEVA”.
- Identificar la interrelación y complementariedad de los requisitos relacionados en los objetivos específicos 1, 2 y 3 y su integración desde la Política de Calidad con énfasis en la Seguridad del Paciente y la Satisfacción del Usuario.
- Recopilar los Modelos existentes de Coomeva EPS en relación con los Estándares de Habilitación, Política de Seguridad de la Atención y Cultura del Servicio, para su revisión.
- Diseñar una metodología aplicable para la apertura de una Unidad Básica de Atención de COOMEVA EPS Con Énfasis En La Atención Segura y la Excelencia en el Servicio.

- Documentar sistemáticamente el Diseño Metodológico Para La Puesta En Funcionamiento De Una Unidad Básica De Atención De COOMEVA EPS Con Énfasis En La Atención Segura y la Excelencia en el Servicio.

1.4 ALCANCE

Definir una metodología que permita implementar los requisitos exigidos en el SOGCS (Sistema Único de Habilitación, PAMEC), la Política de Seguridad en la Atención de las Unidades de Prestación de Servicios denominado “ATENCIÓN SEGURA”, y la Cultura del Servicio “PASIÓN COOMEVA”, que incluye su interrelación y complementariedad para la puesta en funcionamiento de una Unidad Básica de Atención de COOMEVA EPS, con énfasis en la atención segura y excelencia en el servicio.

2. ESTADO DEL ARTE

2.1 ANTECEDENTES

Con la entrada en vigencia de la Ley 100 de Seguridad Social, Coomeva crea su Entidad Promotora de Salud, COOMEVA EPS S.A., en el año 1995

La EPS inicia importantes esfuerzos para lograr la habilitación, e implementar el Sistema de Gestión de la Calidad y el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

Estos desarrollos han permitido a lo largo de la prestación de los servicios lograr mejoras considerables en indicadores de calidad tales como oportunidad, acceso, continuidad, pertinencia, eficiencia y nivel de salud de los usuarios. Sin embargo, una de las directrices del Ministerio de la Protección Social y de la organización COOMEVA EPS, contempla el fortalecimiento de la Garantía de la calidad de la atención incorporándole la estrategia de Seguridad de la Atención, como un componente fundamental de esta, en la cadena de valor dada a partir de la ley 1438 de 2011, con mayor énfasis.

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos. Se han incorporado tecnologías y técnicas cada vez de mayor complejidad, por lo que en una atención por más sencilla que parezca, pueden concurrir múltiples variables y situaciones que ameritan para obtener un resultado efectivo que cada proceso requerido, se realice en forma adecuada y coordinada con los demás; de esta manera minimizando los riesgos en la atención.

La ocurrencia de eventos adversos ha sido documentada en todos los sistemas de prestación de servicios de salud del mundo; tal como lo evidencian diferentes

estudios de incidencia cuya frecuencia varía entre el 9% hasta el 16.6% en sitios geográficos como Australia. En cuanto a la prevalencia hay reporte en países como México, en el cuales la frecuencia encontrada varía entre 9.8% y 41%; todos estos hallazgos refuerzan la necesidad del diseño e implementación de políticas de seguridad.

Desde 1999 cuando se publicó el informe “Errar es humano” del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, el cual establecía que anualmente en ese país debido a errores médicos morían entre 44.000 y 98.000 personas y que esto les costaba entre 19 y 29 billones de dólares año, se ha generado una enorme preocupación en todas las autoridades sanitarias del mundo, por el tema de la seguridad de la atención de los pacientes. Más aun, cuando posteriormente otras publicaciones en Europa y Australia reportan que entre el 10% y el 15% de los pacientes hospitalizados sufren algún evento adverso (EA).

En Colombia no hemos sido ajenos a esta tendencia mundial, lo cual se ha reflejado en políticas, normas e investigaciones del Sector. Es así como, en el Decreto 1011 de 2006 emitido por el Ministerio de la Protección Social, en el Artículo Tercero establece que uno de los atributos importantes de la calidad de la atención es la “Seguridad”.

De igual manera, los lineamientos del Minprotección Social para elaborar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, establecen que uno de los cuatro elementos a tener en cuenta para la auto evaluación de la calidad de la atención, es la Política de Seguridad de la organización y así mismo, este es un componente importante de los Estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud Colombiano.

Finalmente, la Resolución 1740 de 2008 de Minprotección Social, incluye como uno de los componentes de la Administración del Riesgo en las EPS, el riesgo

operativo relacionado este con las fallas en los procesos, errores humanos y prácticas inseguras. Sin embargo, más allá de los requerimientos legales, en organizaciones como COOMEVA EPS, se cuenta con un compromiso ético, moral, y corporativo de implementar procesos de gestión del riesgo que contribuyan a garantizar la Seguridad de la Atención de los Usuarios, con el fin de prevenir ó evitar la recurrencia de eventos adversos y reducir costos de no calidad por estas causas.

Existe suficiente evidencia en la literatura que sustenta lo crítico de esta situación y han generado preocupación en las autoridades sanitarias en todo el mundo. Por tal motivo, en Colombia la prioridad del Ministerio de la Protección Social es lograr que las IPS y las Administradoras de Planes de Beneficios, implementen su política de Seguridad de la Atención, regulando inicialmente este tema por medio de la Resolución 1446 del 2006, la cual establece como obligatorio para los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, la vigilancia de eventos adversos y desde la Resolución 1043 de 2006 en el Estándar 9, se define el seguimiento a los principales riesgos en la prestación de servicios de salud.

Por todo lo anterior y dados los lineamientos estratégicos de COOMEVA Sector Salud, la empresa ha decidido formular su Política de Seguridad de la Atención del Usuario, la cual se desarrolla a través de la aplicación de la política “Atención Segura”.

En relación con la Excelencia en el servicio, en Colombia se viene abordando desde los años 90's el tema de Servicio al Cliente; sin embargo, es necesario tener claro lo que esto implica, pues debe ser considerado como una prioridad, dado que los clientes son la razón de ser de un negocio; principalmente, en organizaciones que ofrecen servicios, formando parte del valor agregado que pueden ofrecer a sus usuarios, como el diferenciador en un mercado competitivo.

Para las organizaciones es muy importante trabajar con compromiso y dedicación la lealtad de sus clientes. En el pasado, las empresas se interesaban más por el resultado de las ventas, pero a partir de los años 80's se han enfocado más en el cliente, en sus necesidades, gustos y percepciones, con el fin de prestarles un mejor servicio y tenerlos satisfechos, comprometidos y fieles a su negocio ¹

La aplicación del principio "Orientación hacia el Cliente" podemos definirla en las siguientes actividades:

- Estudios de Satisfacción: Realizados en diferentes escenarios y frecuencias, recogen la información de las necesidades y expectativas de los clientes y miden el grado de satisfacción percibido en los diferentes servicios de salud en las IPS y servicios administrativos que se ofrezcan.
- Recepción y Gestión de Casos: Gestión de Casos que permite identificar, mejorar y dar respuesta oportuna a las manifestaciones presentadas por los clientes (internos y externos) mediante las Peticiones, Quejas y Reclamos.
- Líneas telefónicas de atención: Disponible 24 horas, 7 días a la semana permitiendo al cliente resolver sus inquietudes, solicitar servicios e información y retroalimentar de acuerdo con los resultados obtenidos.
- Página Web: Se dispone de una página Web para que los clientes puedan obtener información general de la organización y sus servicios.

Por estas razones; el SISTEMA UNICO DE HABILITACION, la POLITICA DE ATENCION SEGURA y la CULTURA DE SERVICIO son, sin lugar a dudas de

¹ Comportamiento del consumidor Assael, 1999.

gran importancia porque además de requerir profesionales de salud competentes, insumos, equipos y medicamentos necesarios para una buena atención, procesos que garanticen la seguridad en la atención con la adecuada relación entre todos los profesionales de la salud y los usuarios.

Es por esto que todas las personas involucradas tienen que tener claro cuál es el objetivo de la prestación de servicios de salud y cómo hacerlo de forma segura, humanizada y eficiente, para prevenir y evitar recurrencia de eventos adversos que generen impacto negativo en la salud y la vida de los usuarios, en los costos de atención y en la imagen de las organizaciones.

2.2 DEFINICION DE CONCEPTOS

2.2.1 Habilitación

Unidad Básica de Atención (UBA): Instituciones propias prestadoras de salud, de atención básica en Coomeva EPS; incluye consulta externa de medicina general, odontología general, programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, especialidades medicas básicas: Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia y Cirugía General.

Régimen Contributivo: Afilia empleados cotizantes e independientes cotizantes a través de EPS Entidades Promotoras de Salud ya sean públicas, privadas o mixtas, con recursos obtenidos de la cotización del empleador y el empleado, los servicios son prestados a través de IPS Instituciones prestadoras de Servicios o ESE Empresas Sociales del Estado, los servicios prestados son contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Habilitación: Es el conjunto de condiciones tecnológicas y científicas, de principios, procesos y estándares que constituyen una herramienta estatal del

Sistema de Garantía de Calidad para la evaluación de calidad de la prestación de servicios de salud y son de obligatorio cumplimiento.

Esencialidad: Implica que los estándares ni son exhaustivos ni deben pretender abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud. Incluyen únicamente aquellos que son indispensables para defender la vida y la salud del paciente y que su ausencia condiciona de forma directa la presencia de riesgos sobre la vida, la salud y la dignidad en la prestación del servicio

Obligatoriedad: No implica que exista la posibilidad de planes de cumplimiento. Su incumplimiento conlleva la imposibilidad de prestar el servicio y la posibilidad para el Estado de aplicar medidas sancionatorias y de seguridad en los servicios o instituciones, Limita el alcance de los requisitos a las instituciones prestadoras de servicios (IPS) de salud y a los profesionales independientes.

Uniformidad: La aplicación de los estándares debe ser uniforme en todo el territorio nacional, dado que todos los usuarios de servicios de salud tienen el mismo derecho a ser protegidos de los riesgos.

Amplitud: Los estándares abarcan a los prestadores de servicios de salud y a los profesionales independientes como organización, y definen condiciones específicas de servicios.

Recurso Humano: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios que cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.

Instalaciones físicas: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, según lo establecido en la norma de habilitación.

Dotación: Equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.

Gestión De Medicamentos Y Dispositivos: Formatos y documentos que aplican en los procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente evitar riesgos en la prestación de los servicios.

Procesos Prioritarios Asistenciales: Identificación de los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o lo definido por normas legales. Esta documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.

Interdependencia de servicios: Interrelación de los servicios ofrecidos por el prestador. Productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes.

Referencia y Contrarreferencia De Pacientes: Corresponde a guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes de una institución de menor a mayor complejidad o de complejidades iguales.

Seguimiento a Riesgos en la Prestación de Servicios: Se refiere a las acciones y sus debidos registros enfocados a proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.

Lista de Chequeo: Herramienta para la revisión sistemática, que contiene preguntas orientadas a identificar fallas por áreas y sirve para motivar posibles soluciones o la detección de oportunidades de mejora.

2.2.2 Política de seguridad en la atención

Riesgo: Probabilidad de que un objeto, material, sustancia o fenómeno pueda potencialmente desencadenar perturbaciones en la salud o integridad física de las personas (paciente y/o trabajador) como en materiales y equipos.

Gestión del riesgo: Conjunto de actividades que se emprenden con el fin de identificar y estimar los riesgos asociados a los dispositivos médicos, recurso humano, instalaciones, historia clínica, registros, procesos prioritarios asistenciales, proceso de referencia y contrarreferencia, así como el seguimiento a los mismos y los mecanismos que se utilizan para corregir, controlar y prevenir su aparición.

Evento adverso: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial, no por la patología de base, puede ocasionar incapacidad permanente, incapacidad temporal o muerte.

Evento Adverso prevenible: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error durante el diagnóstico, tratamiento, o el cuidado del paciente, no por la patología de base.

Evento adverso no prevenible: Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error durante el diagnóstico, tratamiento, o el cuidado del paciente, no por la patología de base.

Evento centinela: Evento adverso donde esta presente una muerte, o daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente con anterioridad y que requiere tratamiento permanente o un cambio permanente de estilo de vida.

Casi evento adverso: Situación en la que la intervención asistencial se ejecuta con error, por acción o por omisión, pero como resultado del azar, de una barrera de seguridad, o de una intervención oportuna, no se presento evento adverso.

Error: Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado (Error de planeación), o falta en completar una acción como estaba planeada (error de ejecución) ambos pueden ser causados por acción o por omisión.

Factor de Riesgo: Elementos, fenómenos, ambiente y acciones humanas que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños materiales y cuya probabilidad de ocurrencia dependen de la eliminación, y/o control del elemento agresivo, es equivalente a factor contributivo.

Acción Insegura: Acto, omisión, o violación consciente puntual que genera o puede generar un evento adverso.

Barrera de Seguridad: Elemento estructural, metodología, que evite un error o que habiéndose presentado el error, evite el evento adverso, o que habiéndose producido el evento adverso lo mitigue.

Actos riesgosos intencionales: Es cualquier evento que resulta de un evento criminal, un acto no seguro realizado con abuso de alcohol o de sustancias psicoactivas.

Factores Contributivos: Condiciones que predisponen a que se cometan los errores.

Falla Latente: También denominada falla potencial, riesgo del proceso y hace referencia a las condiciones que predisponen a la ejecución equivocada o riesgosa de un proceso que pone en peligro la atención segura de los usuarios.

Complicación: Resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

Modo de falla: Falla presentes en los procesos de atención de los usuarios que puede ocasionar un evento adverso, las cuales podrían generarse desde la planeación de la atención bien sea por acción y/o por omisión.

Práctica segura: Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

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

Factores Contributivos: Condiciones que predisponen a que se cometan los errores.²

² Manual Política Seguridad en la Atención | Coomeva EPS 2010.

2.2.3 Cultura en el servicio:

Pasión Coomeva: Programa de formación, sensibilización y seguimiento permanente, orientado a fortalecer la vocación de servicio en todos los colaboradores de la Empresa COOMEVA EPS.

Protocolo: Reglas de deben conocer y aplicar todos los colaboradores de COOMEVA EPS al interactuar con cualquier cliente de la empresa. También se dan las reglas de presentación personal que deben acatarse en horario laboral para todos los colaboradores.³

2.3 MARCO LEGAL⁴

Actualmente las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud en el primer nivel se encuentran regidas por las siguientes normas:

2.3.1 Ley 9 de 1979

Se dictan Medidas Sanitarias, para la protección del medio ambiente, control sanitario el uso del agua, residuos líquidos, sólidos, disposición de excretas, emisiones atmosféricas, áreas de captación, salud ocupacional, edificaciones destinadas a lugares de trabajo, condiciones ambientales, agentes químicos y biológicos, agentes físicos, seguridad industrial, medicina preventiva y saneamiento básico, saneamiento de edificaciones, alimentos, drogas, medicamentos, cosméticos y similares, vigilancia y control epidemiológico, lo relacionado a cadáveres, exhumación y trasplantes, artículos de uso domestico, derechos y deberes relativos a la salud.

³ Documento Política Cultura del Servicio Coomeva EPS, 2011

⁴ Documentación Diplomado Acreditación ICONTEC, 2011

2.3.2 Ley 10 de 1990

Por la cual se establece el sistema Nacional de salud y se otorgan funciones y responsabilidades a la Dirección Nacional del sistema de salud (Ministerio de salud) a las Direcciones seccionales del Sistema de Salud (establecidas en departamentos, intendencias y comisarías) y a las Direcciones Locales del Sistema de salud (establecidas en los Municipios, el Distrito capital, el Distrito cultural y Turístico de Cartagena y las áreas metropolitanas). Además en el artículo 12 se establecen las funciones para las direcciones Locales del sistema de Salud correspondientes a Vigilancia y Control Sanitario en las instituciones

2.3.3 Constitución Política Nacional de Colombia 1991

2.3.4 Ley 100 de 1993

Crea el Sistema de seguridad social integral, fondo de solidaridad pensional, Instituciones prestadoras de Servicios de Salud, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, para la prestación de los servicios bajo principios como eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.⁵

Esta reforma al sistema pretendió evitar la monopolización del estado sobre la salud y crear la competencia al incorporarse las empresas prestadoras de salud, así como la creación de subsidios a la salud para la población con menores ingresos.

⁵ Ley 100 de 1993

Para nuestro caso las instituciones prestadoras de salud (IPS) que son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios y demás que presten servicios de salud siendo públicas o privadas. Su clasificación se realiza de acuerdo al nivel de complejidad y los servicios que se habiliten, teniendo en cuenta su capacidad instalada, infraestructura, Recurso Humano y los procedimientos asistenciales que presten, según el Ministerio de Protección Social en Colombia las IPS reportantes se encuentran el 84.3% en el primer nivel de atención, el 13.4% al segundo nivel y 2.3% al tercer nivel de atención⁶

2.3.5 Decreto 1918 de 1994

Registro Sanitario, El licenciamiento es el procedimiento mediante el cual se verifica que las entidades dedicadas a la prestación de servicios de salud cumplen con los requisitos establecidos en el presente Decreto conduce a la expedición por parte de la autoridad competente, de la licencia para prestar servicios de salud.

Recurso Humano Asistencial, Organizacionales y Administrativos, Registros clínicos, Locativos y Sanitarios Generales, Aspectos Locativos Específicos.

2.3.6 Resolución 4445 de 1996

Condiciones Sanitarias, que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares, Las instituciones prestadoras de servicios de salud según el tipo de servicio que ofrezcan, pueden clasificarse como instituciones hospitalarias e instituciones ambulatorias de baja, mediana y alta complejidad.

⁶ www.minproteccionsocial.gov.co

2.3.7 Decreto 2174 de 1996 Requisitos Mínimos (2 años)

Se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el decreto se asimilan a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades de Medicina Prepagada, las Entidades Adaptadas, las entidades a las cuales se refiere el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y todas las organizaciones que actúen como tales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.3.8 Decreto 2309 de 2002 Habilitación (3 años)

Se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.

A los prestadores de servicios de salud que operen exclusivamente en cualquiera de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993, se les aplicarán de manera obligatoria las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud de que trata este decreto

Se exceptúa de la aplicación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

2.3.9 Resolución Número 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social

Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, con el fin de realizar el seguimiento y evaluación de la gestión

de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.⁷

2.3.10 Decreto 1011 de 2006

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

PAMEC: Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud: Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

⁷ Manual Seguridad del Paciente de la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo; Dr. Néstor Fabián Ruiz Santamaría, Trabajo de Grado EASS UIS 2011

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Sistema Único de Acreditación: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Sistema Único de Habilitación: Conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.⁸

⁸ Decreto 1011 de 2006

2.3.11 Resolución 1043 DE 2006

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención”, con sus anexos técnicos 1 y 2.

2.3.12 Lineamientos para la Seguridad del Paciente

El Ministerio de la Protección Social expidió desde Junio de 2008 los —Lineamientos para implementación de la Política de Seguridad del Paciente, igualmente expidió el Decreto 4747 de 2007, —Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones establece de manera explícita que —los servicios que se contraten deben garantizar la integralidad de la atención, teniendo en cuenta los servicios habilitados por el prestador y su Resolución Reglamentaria 3047 de 2007, reglamenta en su anexo técnico N° 6 el —Manual único de glosas, devoluciones y respuestas, todo lo cual busca garantizar que la atención se dé con eficiencia y con calidad, ejes de la política de prestación de servicios.⁹

2.3.13 Circular 47 de 2007 (Obligaciones de los actores del SGSSS frente a la Supersalud)

Obligaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de naturaleza privada, pública y mixta.

⁹ Manual Seguridad del Paciente de la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo; Dr. Néstor Fabián Ruiz Santamaría, Trabajo de Grado EASS UIS 2011

2.3.14 Decreto 965 de 2010 (Obligaciones de los actores del SGSSS)

Por medio de cual reglamenta y define condiciones para determinar la gradualidad de la unificación del POS entre el Régimen Subsidiado y Contributivo.

2.3.15 Resolución 1462 de 2010 proferida por el Ministerio de la Protección Social (Requisitos de contratación)

Por la cual se da cumplimiento al artículo 1º del Decreto 1313 de 2010; Listado de Dispositivos Médicos Susceptibles de Importación Paralela.

2.3.16 Resolución 1998 de 2010. Ministerio de la Protección Social (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención)

El Ministerio de la Protección Social define los lineamientos para la renovación de la habilitación de prestadores de servicios de salud; Renovar la habilitación, dentro de los 60 días hábiles siguientes al vencimiento de la habilitación a través de la página Web del Ministerio.

2.3.17 Acuerdo 8 de 2009 (Actualización y Aclaración del Plan Obligatorio de Salud)

Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los Planes Obligatorios de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado; Modifica Resolución 5261 de 1994 MAPIPOS.

2.3.18 Sentencia T 126 de 2010 (Prestación de Servicios SO)

Excepcionalmente afiliados al régimen contributivo pueden recibir atención médica en IPS no adscritas a sus respectivas EPS; Mientras no se presenten las condiciones de excepcionalidad contempladas por la Jurisprudencia para remitir a nuestros usuarios que así lo requieran I.P.S diferentes de las contratadas, se debe seguir dando prelación a la red interna contratada en todos los niveles.

2.3.19 Concepto 207979 de 2010 (Prestación de Servicios SO)

Autorización de servicios de carácter electivo será diligenciada por el prestador de salud, sin embargo el trámite lo realizará el usuario. Decreto 4747 de 2007; Por medio del concepto del Ministerio se aclara a los usuarios de salud, que para la realización de carácter electivo, ambulatorio y hospitalario, las entidades responsables del pago de servicios de salud tienen establecido como requisito la

autorización, esta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato y mecanismo definido por el MPS y su trámite ante la entidad responsable de pago, estará a cargo del usuario conforme a lo previsto en los Art. 6 y 7 de la Resolución 3047 de 2008.

2.3.20 Resolución 2981 de 2011 (Administración de Bienes y Servicios)

Disposiciones relacionadas con la codificación estandarizada de insumos y dispositivos médicos; Para garantizar la calidad y la seguridad de insumos y dispositivos médicos autorizados por el INVIMA es necesario establecer lineamientos para su codificación que responda a los requerimientos de los distintos usuarios en el SGSS.¹⁰

2.4 MARCO TEORICO

La calidad de la atención en salud ha sido un tema de continuo desarrollo normativo en el sistema de salud colombiano. En 1979, con la Ley 9^o, el entonces Ministerio de Salud Pública, bajo el enfoque de control de factores de riesgo para la salud, diseñó las licencias sanitarias de funcionamiento como uno de los primeros conceptos de control de la oferta hospitalaria. La Ley 10 de 1990 propuso un sistema de normas que regulara la calidad de los servicios de salud de los subsectores público y privado. Con la Ley 100 de 1993 se creó el Sistema de Garantía de Calidad, confirmado por la Ley 715 de 2002.

Este sistema, reglamentado en primera instancia por el Decreto 2174 de 1996, en 2002, fue regulado integralmente por el Decreto 2309, que define este sistema

¹⁰ Documento Gestión de la Calidad Coomeva Eps – Marco Legal Prestación de Servicios Unidades Propias, 2010

como un modelo de incentivos a las organizaciones, bajo la filosofía de mejoramiento continuo y gestión centrada en el usuario, en un conjunto de acciones deliberadas, continuas y sistemáticas para el mejoramiento de la calidad.¹¹

Una de las principales características de este sistema en su conjunto es la Complementariedad; la cual referencia a los componentes del Sistema de Garantía de Calidad no como piezas aisladas; si no, como un conjunto de herramientas de evaluación que debe funcionar armónicamente con el propósito de incentivar la calidad en las organizaciones del Sistema. No se esperaría que un sistema de calidad propenda por el cumplimiento de estándares esenciales. Tampoco ha resultado viable la implementación de estándares superiores voluntarios, sin un piso mínimo obligatorio. Y difícilmente un sistema de incentivos legales y de imagen funciona sin procesos que involucre una cultura de servicio e información a los usuarios. Lo anterior debe mostrar el sistema de calidad en Colombia como un sistema dinámico, que monitoriza permanentemente su implementación y resultados y que hace los ajustes para mantener una dinámica continua de desarrollo.¹¹

*“Una organización entra en el camino de la calidad cuando puede demostrar que hay un proceso de mejoramiento continuo, sistemático y verificable, lo que garantiza que esta organización siempre será mejor de lo que fue. Este mejoramiento debe ser verificable, y esto implica un control sobre lo que se ha hecho y sobre lo que no se ha hecho, es decir, se llega a la calidad por una decisión predeterminada y no por azar”.*¹²

¹¹ Centro de Gestión Hospitalaria | víasalud Sergio Luengas Amaya pag 7-12 No 36 año 2010

¹² Centro de Gestión Hospitalaria | víasalud Sergio Luengas Amaya pag 7-12 No 36 año 2010

Crear cultura de calidad humanizada, que se traduce en el sector salud en atenciones seguras y de alta satisfacción para los usuarios; es hoy por hoy, el gran reto de todos los actores del sistema en salud no solo en Colombia si no más aun en el mundo entero. Reto al cual COOMEVA EPS como una de las aseguradoras más importantes del país, reconoce en su operación diaria, demostrando su compromiso con la implementación y ejecución de su sistema de gestión de calidad, protocolizando su política de seguridad en la atención y cultura de servicio y siendo fiel cumplidor de las exigencias normativas plasmadas en el sistema único de habilitación.

Coomeva EPS ha realizado importantes esfuerzos para lograr la habilitación de cada una de sus Unidades de Prestación propias, para implementar el Sistema de Gestión de la Calidad y el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC). A través de su proceso de auditoria interna realiza el seguimiento y garantiza el cumplimiento y renovación continua de sus estándares de calidad. Estas políticas, desarrollos y acciones han permitido lograr mejoras considerables y sostenibles a los largo del tiempo.

A continuación, y en procura de contar con la información necesaria para plantear el diseño metodológico para la entrada en funcionamiento de una unidad de atención básica de COOMEVA EPS basados en su política de atención segura y excelencia en el servicio, se revisa sus desarrollos en el componente del Sistema Único de Habilitación, Política de seguridad en la atención y Cultura de Servicio.

2.4.1 Sistema único de habilitación ([Ver anexo 1](#))

Resolución 1043 del 3 de Abril de 2006: Resolución en la cual en Gobierno Nacional establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, sus alcances,

responsables de implementación y seguimiento. Contiene los anexos 1 y 2. Incluye:

- Estándares de las condiciones tecnológicas y científicas para la habilitación de prestadores de servicios de salud
- Habilitación de IPS con convenio docente asistenciales
- Estándares de habilitación
- Formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud
- Adopción de distintivos para servicios habilitados.
- Reporte de novedades.
- Verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación
- Plan de visitas.
- Inscripción

Estándares de Habilitación: Recurso Humano, Infraestructura, Insumos, Medicamentos, Procesos prioritarios asistenciales, Historias Clínicas, Interdependencia de Servicios, Referencia y contrareferencia, Gestión del Riesgo.

COOMEVA EPS fiel cumplidor de la norma y exigencias estatales acoge y aplica en cada una de sus unidades básicas de atención, lo contemplado en la resolución 1043 y garantiza su seguimiento mediante su programa de auditoria interna de prestación de servicios que enmarcada en el sistema de gestión de calidad, registra, reporta y sigue la implementación y cumplimiento de estas exigencias de funcionamiento. Para tal fin COOMEVA EPS ha definido las siguientes políticas:

Es responsabilidad del Director de Unidad realizar la autoevaluación de los estándares de habilitación contemplados en la normatividad vigente de acuerdo a las características definidas para la prestación del servicio y al tipo de unidad, teniendo en cuenta el cumplimiento de los criterios de cada uno de los estándares que se enumeran a continuación:

- Recurso Humano
- Infraestructura- Instalaciones físicas- Mantenimiento
- Dotación y mantenimiento
- Medicamentos y dispositivos médicos
- Procesos prioritarios asistenciales
- Historia Clínica y registros asistenciales
- Interdependencia de servicios
- Referencia y Contrarreferencia
- Seguimiento a riesgos.

Es responsabilidad del Director solicitar a la Dirección Regional Administrativa y Financiera los siguientes documentos:

- Certificado de Suficiencia Patrimonial y Financiera
- Certificado de Registro Mercantil (Cámara y Comercio)
- Certificado de existencia y representación legal
- Fotocopia de Nit o RUT
- Fotocopia de la cedula del representante legal
- Fotocopia de tarjeta profesional del contador o revisor fiscal

Es responsabilidad del Director solicitar a la Dirección Regional Administrativa y Financiera el certificado de Suficiencia Patrimonial y Financiera donde se evidencien las siguientes condiciones:

- Que su patrimonio neto se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de

Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.

- Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente.
- Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente.

Es responsabilidad del Director de Unidad diligenciar y presentar el formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud ante las entidades departamentales y distritales de salud correspondiente para efectos de la inscripción.

Es responsabilidad del Director de la Unidad verificar que en el formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud se declare los servicios que se presentan en forma permanente en la Unidad de Prestación de Servicios.

Cada Director de Unidad para el proceso de inscripción en el ente territorial debe adjuntar la siguiente documentación:

- Auto evaluación en condiciones de Habilitación (Resolución 1043 Anexo Técnico 1)
- Certificado de Suficiencia Patrimonial y Financiera
- Certificado de Registro Mercantil (Cámara y Comercio)
- Certificado de Existencia y Representación legal
- Formulario Apertura de Sede (impreso original y copia, firmado por el representante legal) Se debe obtener de la página de cada Ente Territorial
- Formulario Apertura de Sede (en medio magnético) Se debe obtener de la página de cada Ente Territorial
- Fotocopia de Nit o RUT

- Fotocopia de la cedula del representante legal
- Fotocopia de tarjeta profesional del contador o revisor fiscal
- Programa Auditoria para el mejoramiento de la calidad-PAMEC
- Cronograma ejecución del PAMEC
- Licencia de Funcionamiento De Equipos Imaginología: En caso de que aplique para la unidad
- Listado del Recurso Humano que contenga: Nombre(s) y Apellidos, No de documento de identificación, profesión, Cargo, Número de Registro del diploma, Horario de atención. (aplica para algunos entes territoriales)
- Fotocopia de los diplomas de especialistas, y de la homologación de títulos cuando ha estudiado en el exterior (pregrado, especialidades).(aplica para algunos entes territoriales)

Cuando el Prestador de Servicio de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones de habilitación el Director de la Unidad debe garantizar que la Unidad se abstenga de de ofrecer o prestar servicios a los usuarios.

Es responsabilidad del Director de la Unidad responder por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y deberá mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia.

Es responsabilidad del Director de Unidad fijar en lugares visibles al público, el distintivo que define el Ministerio de la Protección Social e igualmente el certificado de habilitación, mediante el cual se identifique que los servicios que frecen se encuentran habilitados.

Es responsabilidad del Director de unidad verificar que por ningún motivo se modifique, lamine o duplique por cualquier medio el distintivo de habilitación.

Es responsabilidad del Director de la Unidad notificar oportunamente al ente territorial los cambios que se sucedan en la institución en lo relacionado con la apertura y cierre de servicio o de sedes, cambio de domicilio, de representante legal, de razón social, cierre o apertura de salas o de cama entre otras.

El trámite en cada caso, es el siguiente:

- Cierre de Servicios: Si es uno o varios servicios que se cierran se debe presentar solamente el Formulario de Novedad (original y copia).
- Apertura de Servicios: Debe presentar Formulario de Novedad (original y copia).
- Cambio de domicilio o cambio de nomenclatura: presentar el Formulario de Novedad (original y copia), anexando copia del Acto de creación: certificado de inscripción en Cámara de Comercio, o personería jurídica según sea su naturaleza jurídica, donde esté registrada la nueva dirección del prestador.

Para el caso de cambio de nomenclatura, el documento soporte: será el certificado expedido por Catastro Distrital.

- Cambio de representante Legal: Se debe presentar Formulario de Novedad (original y copia), anexando copia del Acto de creación: certificado de inscripción en Cámara de Comercio o personería jurídica según sea su naturaleza jurídica, donde este registrado el nuevo representante legal. Anexar copia de documento de identidad del nuevo representante legal.

En caso de presentar novedad de cierre del servicio el Director de Unidad debe retirar y devolver a la entidad territorial de salud correspondiente el distintivo de habilitación que se le otorgo para que esta lo custodie.

En caso de pérdida del formulario de inscripción o novedades el Director de la unidad debe solicitar una copia de este por escrito y debe anexar copia del denuncia de pérdida del mismo.

Cuando se presenta una novedad de cierre temporal de servicio el Director de la unidad debe tomar plan de acción y solucionar el problema en un lapso de 1 año al no poderse cumplir este plazo podrá ser ampliado hasta por un periodo igual para lo cual el director de la unidad debe de presentar la solicitud por escrito al ente territorial correspondiente con una antelación de 30 días de vencimiento.

Es responsabilidad del Director de Unidad prepararse para la visita de verificación de condiciones de habilitación programada por el Ente Territorio. Para esta visita debe tener toda la información solicitada previamente a disposición de los verificadores, con el fin de hacer más fácil y eficiente el proceso para las partes, tales como:

- PAMEC
- Cronograma del PAMEC
- Informe de ejecución del PAMEC
- Certificado de suficiencia patrimonial y financiera
- Listado de personal y hoja de vida
- Listado de equipos
- Contratos con terceros

Es responsabilidad del Director de la Unidad/Auditor regional y Auditor Nacional verificar cada semestre el cumplimiento de las condiciones de habilitación exigidas y constatar las condiciones de calidad en las que se están prestando servicios dentro de los parámetros que define el ente territorial.

Es responsabilidad del Director de la Unidad garantizar el mantenimiento y mejoramiento continuo de las condiciones de la calidad de sus servicios.

Esta auditoria se aplica de manera periódica (semestral) a sus Unidades Básicas de Atención y en la cual se aplica “LISTA DE CHEQUEO PARA GARANTIZAR CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES DE HABILITACION, ESTANDARES DE REQUISITOS MÍNIMOS Y CONDICIONES TECNOLOGICAS Y CIENTIFICAS DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD” (Ver anexo 2) que contempla los estándares de habilitación propios de su nivel de complejidad:

2.4.2 Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) COOMEVA EPS. ([Ver Anexo 2](#))

Objetivo: Garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud.

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC de COOMEVA EPS se fundamenta en las disposiciones del Decreto 1011 de 2006 y se constituye en el marco o la guía general para el desarrollo de las actividades de Auditoria de la calidad en salud.

El PAMEC es la base de los planes de mejoramiento continuo para la prestación de los servicios de salud a los usuarios de COOMEVA EPS, razón por la que, comprender los conceptos que lo determinan, vivir y comprometerse con los principios que lo regulan, disponer los recursos necesarios para su operación, ejecutar adecuadamente sus procesos, lograr su máximo grado de desarrollo y evaluar en forma permanente si se alcanzan los propósitos que lo justifican, constituye una prioridad determinante para la organización.

CONSIDERACIONES CONCEPTUALES Y FILOSÓFICAS RELATIVAS AL PAMEC¹³

DEFINICIÓN

El PAMEC es el conjunto de conceptos, principios y disposiciones metodológicas que adopta la organización, para evaluar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud, con el propósito de implementar medidas orientadas al mejoramiento continuo.

¹³ Documento PAMEC Coomeva EPS, 2010

Para los efectos pertinentes, tal como lo expresa el Decreto 1011 de 2006, la Calidad de la Atención en Salud se entiende como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios”.

VISIÓN DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La auditoria de la calidad de la atención en salud se puede entender como:

- Un componente fundamental del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
- La base de los planes para mejorar continuamente la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud.
- Una gestión que con claros parámetros éticos y técnicos, compromete a todas las personas que forman parte de la organización.

La auditoria de la calidad no es:

- La inspección y censura, o sea, la supervisión y la crítica fundada en la desconfianza de los actos clínicos y administrativos.
- Un mecanismo para controlar o para autorizar en forma previa, la ejecución de las decisiones clínicas que tomen los miembros del equipo de salud, pues se entiende que la auditoria de la calidad en su concepción más honesta, respeta el derecho a la autonomía que para el ejercicio de sus actividades tienen los auxiliares, los técnicos y los profesionales de la salud, derecho consagrado en la Ley 23 de 1981 que estableció el Código de Ética Médica para el país.

ENFOQUE DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

En concordancia con los planteamientos formulados anteriormente, los procedimientos de auditoría se deben enfocar hacia:

- Identificar oportunidades de mejora que afecten los servicios de salud prestados a los usuarios.
- Aportar la información necesaria a la Dirección, para garantizar que los usuarios reciban un mayor beneficio, con un mínimo riesgo y a un menor costo posible.

La auditoría de la calidad de la atención en salud promueve el mejoramiento continuo basado en el ciclo PHVA que se muestra en la figura 2 (Ciclo de Deming):

Figura 1. Ciclo PHVA (Documentos Manual Política Seguridad en la Atención Coomeva EPS).



La aplicación de este ciclo en todos los niveles de gestión, debe hacer parte de la cultura de la organización. A continuación se describen las diferentes fases:

- Planear (P): En esta fase se identifican las metas, el Qué, y se definen los medios para alcanzar las metas, el Cómo.
- Hacer (H): Se compone de dos etapas, la primera se orienta a la capacitación y entrenamiento de los colaboradores para que conozcan y comprendan las metas y las estrategias establecidas para lograrlas; y la segunda es la ejecución de lo planeado y recolección de datos necesarios para medir los indicadores requeridos en la siguiente fase.
- Verificar (V): Es la evaluación de los resultados logrados, partiendo de la base de las actividades planeadas, los indicadores y metas establecidas.
- Actuar (A): Aquí es preciso que se actúe con relación a los resultados obtenidos en la fase anterior. Se pueden presentar tres escenarios:
 - Que se cumpla la meta y no se detecten riesgos que aumenten la probabilidad de que presenten problemas futuros. En este caso, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso.
 - Que se cumpla la meta y se detecten riesgos que aumenten la probabilidad de que se presenten problemas futuros. Aquí se debe evaluar dicho riesgo con el fin de determinar la necesidad de implementar las acciones preventivas pertinentes.
 - Que no se cumpla la meta, en este escenario se deben analizar las causas del incumplimiento con el fin de corregir y ajustar el proceso para volver a realizar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

PRINCIPIOS DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Acorde con lo establecido en las pautas del Ministerio de la Protección Social para la implementación del PAMEC en COOMEVA EPS, los principios son:

- Promoción del Autocontrol: La auditoria debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesaria, para que los procesos en los cuales participa se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, brindando soluciones oportunas y adecuadas a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.
- Trabajo en Equipo: El desarrollo del PAMEC implica, de manera fundamental, la participación de colaboradores de la organización de diferentes disciplinas y con diversos niveles de formación, en la constitución de equipos que asuman la responsabilidad de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud.
- Enfoque Preventivo: La auditoria busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.
- Confianza y Respeto: La auditoria debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar e implementar los procesos de mejoramiento institucional.
- Sencillez: Las acciones y mecanismos utilizados en la auditoria deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.

- Confiabilidad: Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.
- Validez: Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría, deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

CARACTERÍSTICAS DE LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN COOMEVA EPS:

La auditoría de la calidad está determinada por las siguientes características, las cuales si se tienen en cuenta, ayudan a que al ejecutar los procedimientos de auditoría, se respeten los valores o los principios postulados:

- Autonomía intelectual y administrativa: Los responsables de las actividades que se desarrollan y de los conceptos que se emiten, no están sometidos ni condicionados a los eventuales intereses de la Organización o de las personas que en un momento dado, tengan funciones de dirección.
- Planificación: De cada uno de los proyectos y procedimientos que conforman el Programa.
- Continuidad de la gestión: De manera que esta sea permanente, es decir, que obedezca a un plan determinado y no episódico ni circunstancial.

- Eficiencia: En la ejecución de los procesos, para efectos de garantizar que en la gestión de la auditoría, se utilicen adecuadamente los recursos y por lo tanto, se obtengan los resultados a un costo razonable.
- Suficiencia técnica: Capacidad técnica tanto del equipo como de los responsables
- Suficiencia de la evidencia: Relativa a los procedimientos de auditoría, para efectos de que los conceptos que se emitan sean sólidos.
- Visión despersonalizada: Para que los procesos de auditoría identifiquen las oportunidades de mejora y las causas de las fallas de calidad, en lugar de señalar a los hipotéticos culpables.

JUSTIFICACIÓN DEL PAMEC

El Programa objeto de este documento se fundamenta en razones de diversa naturaleza, las cuales se pueden clasificar de la siguiente manera:

- ❖ **Éticas**: La propia esencia de las labores de prestación de servicios de salud, determina la importancia de evaluar la calidad de los servicios ofertados, pues las fallas en los procesos de atención, pueden representar consecuencias para la salud o para la vida de las personas.
- ❖ **Legales**: El Decreto 1011 de 2006, así como las normas que lo hacen operativo, obliga a las organizaciones del sector de la salud a diseñar, implementar y desarrollar programas de auditoría de la calidad de la atención en salud, como una herramienta fundamental para ejecutar planes de mejoramiento continuo.

- ❖ **Corporativas:** La alta gerencia de la empresa está empeñada en mejorar los mecanismos que garantizan que los servicios de salud que se prestan, sean con un alto grado de calidad y que por medio de ello, los usuarios de la UPS, reciban una atención acorde con sus necesidades y con la naturaleza de la relación, que por delegación del estado, se establece con ellos.

- ❖ **Económicas:** Aunque es claro, que la razón de ser de la auditoria de la calidad de la atención en salud es precisamente el mejoramiento continuo de los servicios que se prestan a los usuarios, también es cierto, que la ejecución de los procedimientos de auditoria debe contribuir a mejorar los niveles de eficiencia en la operación de los servicios de salud, con el fin de lograr costos de atención razonables.

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS RELATIVAS A LA AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.¹⁴

En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Colombiano y las políticas de la Unidad de Prestación de Servicios UPS, las consideraciones metodológicas que guíen la implementación del PAMEC, son las siguientes:

NIVELES DE OPERACIÓN DE LA AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Acorde con las pautas establecidas por el Ministerio de la Protección Social, el modelo del PAMEC debe operar en tres niveles:

- ✓ Autocontrol
- ✓ Auditoria Interna
- ✓ Auditoria Externa

¹⁴ Documentos programa auditoria para mejoramiento de la Calidad (PAMEC) 2010

Los dos primeros operan desde el interior de la organización y el tercero desde entes externos de control.

El nivel óptimo en que actúa la auditoría es, el AUTOCONTROL, estableciendo que “cada miembro de la organización planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización”.

El segundo nivel, AUDITORÍA INTERNA, es una evaluación sistemática a cargo de una instancia externa al proceso que se audita, que para las Unidades Básicas es liderada por los Auditores Regionales de Prestación de Servicios y para la Clínica por el Auditor Seguridad en la Atención. Este nivel actúa sobre el Autocontrol, verificando si el proceso auditado está adecuadamente planeado, si sus integrantes ejecutan las actividades estandarizadas, si verifican que lo ejecutado esté acorde con lo planeado y si de acuerdo a los resultados de dicha verificación, se formulan e implementan las acciones pertinentes para el mejoramiento. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera y fortalezca la cultura del Autocontrol, promoviendo y facilitando, entre otras, las siguientes acciones:

- El análisis de las causas que generan las brechas entre la calidad esperada y la que existe en la organización.
- La implementación de las acciones necesarias para lograr que la atención en la prestación de los servicios de salud, tenga y mantenga la calidad esperada.
- ❖ El acompañamiento a los responsables de los procesos, en el seguimiento a los planes de mejoramiento.

“La Auditoria Interna debe evitar a toda costa los enfoques punitivos centrados exclusivamente en la supervisión o inspección, cuyo propósito fundamental es la búsqueda de culpables para sancionar. Estos modelos generalmente conducen a un falso Autocontrol, caracterizado por la simulación de calidad durante las inspecciones” (Documentos Manual Política Seguridad en la Atención Coomeva EPS).

El tercer nivel, AUDITORÍA EXTERNA, es la evaluación que se realiza a la organización por un ente externo. Su propósito es “verificar la realización de los procesos de Auditoria interna y Autocontrol, implementando el modelo de auditoria de segundo orden”.

Las entidades externas que pueden realizar estas auditorias son:

- ❖ Los auditores de la Dirección de la Calidad de la Atención de Coomeva Sector Salud, con el fin de evaluar la calidad en la prestación de servicios de salud que se les brinda a los usuarios en las diferentes Unidades de la UPS, de acuerdo a lo definido en la Evaluación de Aptitud de Prestadores.
- ❖ Las entidades de control estatal, como lo son las Direcciones locales y departamentales de salud.
- ❖ Las entidades contratantes.

TIPOS DE ACCIONES

Se consideran los siguientes tipos de acciones para la auditoria de la calidad de la atención en salud:

Acciones Previsivas

“Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoria sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma”.

Las acciones previsivas o preventivas, tienen como propósito establecer criterios explícitos de calidad, con los que se lleven a cabo el Autocontrol, la Auditoria interna y la Auditoria externa. Además, deben promover la identificación de fallas latentes o activas en los procesos, que se consideren riesgos que aumenten la probabilidad de generar eventos adversos prevenibles, con el fin de implementar acciones conducentes a evitar que éstos ocurran.

En estas acciones se incluyen:

- ❖ El diseño de la caracterización, procedimientos, manuales, normas, instructivos, formatos para la recolección de datos, formulación de indicadores y metas de los procesos.
- ❖ La verificación de la disposición de lo conveniente para atender, cumpliendo con los estándares de calidad, las necesidades predecibles en la prestación de servicios de salud de cada unidad estratégica de negocio.
- ❖ El análisis de sugerencias y recomendaciones de los usuarios.

Las acciones preventivas que se implementan en la organización, se encaminan a evitar que se presenten problemas que no han ocurrido, pero que bajo las condiciones de operación de los procesos, es probable que ocurran.

Acciones de Seguimiento

Se refieren al “conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la organización, a la prestación de los servicios de salud para garantizar su calidad”.

Son acciones realizadas lo más cercano al tiempo real de la ejecución de las actividades de los procesos, con el fin de identificar y solucionar oportunamente los problemas reales o potenciales de éstos.

En estas acciones se encuentran:

- ❖ Las evaluaciones que realizan los colaboradores de la organización sobre los resultados de su propio desempeño.
- ❖ El seguimiento al comportamiento de los indicadores de gestión que realizan los integrantes de un proceso.
- ❖ La evaluación de adherencia a guías, normas técnicas, protocolos y procedimientos de atención en salud.
- ❖ La evaluación de la pertinencia médica, Evaluación de Historias Clínicas y Desempeño Médico.
- ❖ La evaluación del adecuado uso de los recursos que dispone la organización para la atención en salud, tales como: monitoreo de usuarios que son consultadores frecuentes de los servicios, uso de camas hospitalarias, ayudas diagnósticas y medicamentos.
- ❖ La evaluación de la satisfacción de los usuarios

En este tipo de acciones, el Comité de Calidad juega un papel fundamental en la organización.

Acciones Retrospectivas

Aunque las organizaciones estandaricen al máximo sus procesos, capaciten y entrenen permanentemente a sus colaboradores, implementen acciones preventivas, realicen acciones de seguimiento e implementen acciones de mejora continua con base en sus hallazgos; es inevitable que se presenten fallas o errores inesperados, por eso, en la organización deben estar preparados para

identificar oportunamente estos hechos, analizar las causas que los generaron e implementar las acciones pertinentes para evitar que vuelvan a ocurrir.

El modelo de auditoria, contempla la ejecución de las ACCIONES RETROSPECTIVAS O COYUNTURALES definidas como, el “conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoria que deben realizar las personas y la organización para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención en salud, y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia”.



En estas acciones se incluyen:

- Seguimiento y análisis de eventos adversos.
- Seguimiento y análisis de quejas y reclamos registrados en la herramienta ATENTOS.
- Seguimiento y análisis de la morbi mortalidad materna y perinatal como lo define el Cove.

Los comités que en esta gestión juegan un papel fundamental son: el de Seguridad de la Atención y Vigilancia Epidemiológica, el de Farmacovigilancia, el de Calidad, el de Bioseguridad y Gestión Ambiental.

NIVELES DE OPERACIÓN Y TIPOS DE ACCIONES EN EL PAMEC

**Grafico 1. Niveles de operación y tipos de acciones en el PAMEC
(Documentos PAMEC COOMEVA EPS)**

Niveles Acciones	Autocontrol	Auditoría Interna	Auditoría Externa
	Acción:  Retroalimentación: 		
Preventivas	<ul style="list-style-type: none"> • Definir calidad esperada • Planear oferta • Acciones para evitar problemas potenciales 		
Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento del desempeño propio • Evaluación de adecuación de uso • Evaluación de adherencia a guías 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento Indicadores • Evaluación de satisfacción de los procesos • Evaluación de adherencia a guías 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de aptitud • Evaluación de desempeño
Retrospectivas	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a riesgos • Análisis de eventos adversos • Análisis de quejas y reclamos 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento a riesgos • Análisis de eventos adversos • Análisis de quejas y reclamos 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de eventos adversos • Análisis de quejas y reclamos

GRUPOS DE MEJORAMIENTO CONTINUÓ

Para efectos de desarrollar el Programa, se deben conformar grupos de mejoramiento basados en el método de círculos concéntricos de la calidad, los cuales tienen como objetivo identificar oportunidades de mejora e implementar planes de acción, acorde con la gobernabilidad que a cada nivel de decisión del área de prestación de servicios de salud de la organización, le compete. Estos círculos se desarrollan de la siguiente manera:

- Primer círculo: Hace referencia al Autocontrol que cada colaborador debe ejecutar en el día a día de su gestión.
- Segundo círculo: Reunión mensual del Director de Unidad de Prestación de Servicios o Director Médico caso clínica, con los líderes de los procesos de la organización, para revisar las evaluaciones de desempeño de cada proceso.
- Tercer círculo: Reunión mensual con el fin de revisar los resultados de cada unidad estratégica de negocio de la UPS e identificar oportunidades de mejora. Para el caso de las unidades básicas, el círculo está conformado por el Director Regional de Prestación de Servicios, el Auditor Regional de Prestación de Servicios y el Director de Unidad de Prestación de Servicios; para el caso clínica, por el Gerente General, Director Médico y Auditor Seguridad en la Atención.
- Cuarto círculo: Reunión mensual del Director Regional de Prestación de Servicios y el grupo primario de la gerencia regional, para revisar las oportunidades de mejora relevantes de la red y formular los planes de acción pertinentes.
- Quinto círculo: Reunión mensual que debe liderar la Dirección Nacional de Calidad de la Atención, conformada por: el Jefe Nacional de Auditoría, el Auditor Nacional Calidad de la Atención y el Jefe Nacional Seguridad en la Atención; con el propósito de identificar oportunidades de mejora relevantes en la calidad de la atención en salud a nivel nacional.
- Sexto círculo: Reuniones que se llevan a cabo por la Gerencia Nacional de Salud y las demás Direcciones Nacionales con el fin de implementar mejoras estructurales en el modelo de atención.

De cada reunión se debe dejar registro en actas, formato Acta Plan de Acción.

MÉTODO

Para la implementación del PAMEC se establece la siguiente metodología:

Despliegue

Organizar el equipo responsable de la autoevaluación y capacitarlos sobre los planteamientos filosóficos, conceptuales y metodológicos del PAMEC, así como en el uso de los instrumentos diseñados para tal fin.

Para lo anterior, se deben utilizar estrategias didácticas como charlas, talleres, plenarias, entre otras, que permitan al equipo adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para realizar adecuadamente la autoevaluación.

Autoevaluación y Listado de Procesos a Mejorar

El producto de esta fase es la identificación de los problemas y los procesos que los generan, que impiden el cumplimiento de la calidad esperada en la prestación de servicios de salud (Ver anexo 3 plantillas priorización de problemas y ruta crítica).

Autoevaluación PAMEC Unidades de Prestación de Servicios (Unidades Básicas de Atención):

La autoevaluación del PAMEC por Unidad, se realiza como sigue:

- El Director de Unidad de Prestación de Servicios o el Auditor Seguridad en la Atención Clínica, en reunión con el Comité de Calidad deben adaptar a su unidad el documento “Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la

Calidad”, teniendo en cuenta las características de los servicios que en esta se presta.

- Determinar cada año el cronograma de cumplimiento de la ruta crítica del PAMEC, estableciendo la ejecución de la Autoevaluación para los meses de Enero y Junio, de forma tal, que se realicen dos ciclos en el año.

- Realizar la autoevaluación teniendo en cuenta los siguientes parámetros:
 - ✓ Evaluar en los últimos doce meses el comportamiento de los indicadores de gestión de la calidad, establecidos en la Resolución 1446 de 2006 y contenidos en la matriz de indicadores por unidad de prestación de servicios.
 - ✓ Evaluar en los últimos doce meses el comportamiento de los indicadores de seguimiento a riesgos del estándar 9 del Sistema Único de Habilitación, Resolución 1043 de 2006.
 - ✓ Evaluar el desarrollo de la política de seguridad de la atención en las unidades de prestación de servicios, con el fin de identificar oportunidades de mejora e implementar los planes de acción pertinentes.
 - ✓ Evaluar los resultados de la encuesta de satisfacción aplicada en las unidades de prestación de servicios y los informes de quejas y reclamos.
 - ✓ Generar el listado de los procesos a mejorar para su priorización.

Definición de Procesos Prioritarios

Una vez identificados los procesos a intervenir para mejorar la prestación de servicios de salud, se deben priorizar aquellos que requieran recursos importantes para la implementación de las acciones, con el fin de concentrar las inversiones en aquellos procesos que su mejora, genere impacto positivo sobre la calidad de la atención en salud de los usuarios.

Para realizar la priorización de los procesos, se debe utilizar el instrumento Matriz para priorización de procesos, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Homologar el grupo responsable para el manejo del instrumento de priorización
- Definir como factores críticos de éxito en la priorización, los siguientes: Alto costo, Imagen corporativa, Satisfacción del cliente interno o externo, Riesgo jurídico, Riesgo asistencial.
- En el cumplimiento de la ruta crítica del PAMEC Nacional, la priorización la realiza el Jefe Nacional Seguridad en la Atención con el Equipo Nacional de Prestación.
- En el cumplimiento de la ruta crítica del PAMEC por Unidad, la priorización la realiza el Director de Unidad o Director Médico caso clínica, en conjunto con el Comité de Calidad.

2.4.3 Definición de la Calidad Esperada para los Procesos Prioritarios.

Una vez priorizados los procesos, se les debe definir la calidad esperada para lo que se tiene que:

- Estandarizar aquellos que no estén documentados en la plataforma de Gestión Integrada, elaborando las caracterizaciones, procedimientos, manuales, normas, instructivos y registros que sean pertinentes para el adecuado desempeño del proceso. Este paso se realiza acorde con lo establecido en el Procedimiento Control de Documentos y Registros de Gestión de la Calidad

Nota: La calidad esperada puede definirse teniendo como referencia la comparación con otros servicios acreditados, observatorio de calidad y la literatura disponible.

Definir las variables que requieren ser controladas y los indicadores para la medición del desempeño en cada proceso priorizado.

Medición del Desempeño de los Procesos Prioritarios

En esta etapa del PAMEC se requiere:

- La medición del desempeño de los procesos priorizados en el PAMEC Nacional, realizada en cada unidad y obtenida de forma consolidada junto con un reporte por parte de los Auditores Regionales de Prestación de Servicios y Auditor Seguridad en la Atención Clínica.
- La medición del desempeño de los procesos priorizados en el PAMEC por Unidad, obtenida y analizada por el Comité de Calidad.
- La estandarización y homologación de colaboradores, en los casos que se requiera, para evaluar el diligenciamiento de los registros clínicos, la racionalidad de los diagnósticos, la pertinencia de la conducta clínica, el monitoreo del usuario Híper frecuentador y las Frecuencias de uso.
- El entrenamiento de las personas responsables de la captura, procesamiento de datos y medición de indicadores, en caso de necesitarse.

Las actividades para realizar la medición del desempeño de los procesos, el análisis de datos y la generación de informes, incluyen:

- ✓ Auditorías internas de los procesos priorizados, garantizando la independencia de los auditores en relación con los procesos auditados.
- ✓ Evaluación de la calidad del diligenciamiento de la historia clínica y la pertinencia médica
- ✓ Análisis de eventos adversos y casos centinelas.
- ✓ Evaluación de la satisfacción de los usuarios.
- ✓ Análisis de quejas y reclamos de los usuarios.

- ✓ Revisión de informes de gestión de los procesos priorizados, que incluya el análisis del comportamiento de los indicadores de desempeño.

Análisis de Brechas de Calidad y Formulación de Planes de Mejoramiento.

De cada una de las actividades enunciadas anteriormente, los responsables de la medición y análisis, deben identificar los problemas en el desempeño de cada proceso priorizado y formular los planes de mejoramiento necesarios para solucionarlos o prevenirlos, de acuerdo con lo establecido en el documento Metodologías de Análisis y Mejora de los Procesos y el procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas en Gestión de la Calidad.

Ejecución de los Planes de Mejoramiento

Los líderes de cada proceso son los responsables de ejecutar y hacer seguimiento a los planes de mejoramiento formulados para su proceso, de acuerdo con lo establecido en el procedimiento de acciones correctivas y preventivas descrito en Gestión de la Calidad (Ver anexo 4 Formato Acta Plan de Mejora).

Seguimiento y Evaluación de Planes de Mejoramiento

Para realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento, se debe aplicar la metodología de círculos concéntricos de calidad, establecida en el ítem 6.3 de este documento.

Aprendizaje Organizacional

Una vez terminado un ciclo de mejoramiento, los resultados de éste se deben tener en cuenta para incorporar las mejores prácticas demostradas en la

estandarización de los procesos, acorde con lo establecido en el Procedimiento de Control de Documentos y Registros.

Los ajustes realizados a los procesos, deben ser divulgados a los colaboradores de la organización para que estén informados y así poder garantizar la implementación de las mejoras.

CRONOGRAMA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PAMEC

Cada Unidad Básica de Atención, define el cronograma de implementación del PAMEC, considerando cada etapa a desarrollar con la definición de sus fechas previstas de Inicio y Fin.

Para la elaboración del cronograma, es importante conocer la estructura de descomposición del trabajo a desarrollar, una estimación de esfuerzo para cada tarea y una lista del recurso con su disponibilidad.

2.4.4 Política de seguridad en la atención¹⁵

Es una necesidad para COOMEVA EPS Implementar políticas que contribuyan a garantizar la seguridad de la atención de sus afiliados, disminuyendo la frecuencia de fallas en los procesos de la organización y promoviendo la gestión eficaz de los eventos adversos detectados.

Este desarrollo presenta los componentes de la política de Atención Segura de las Unidades de Prestación de Servicios de COOMEVA Sector Salud. Denominado "ATENCIÓN SEGURA".

¹⁵ Documento Política de Seguridad en la Atención Coomeva EPS, 2010

La política de seguridad tiene como objetivos:

- Implementar el proceso de evaluación, intervención y seguimiento de las fallas latentes y eventos adversos relacionados con los servicios brindados en las Unidades de Prestación de Servicios de Coomeva Salud y que afectan la seguridad de la atención de los usuarios
- Garantizar en los procesos de prestación de servicios, barreras de seguridad adecuadas para el control de las fallas latentes y eventos adversos, que permitan obtener óptimos niveles de seguridad en atención de los usuarios.

DEFINICIÓN

La política de ATENCION SEGURA es el conjunto de elementos estructurales, conceptos, principios, procedimientos y actividades, que se adoptan en la organización para prevenir y evitar la recurrencia de eventos adversos, con el propósito de brindar servicios de salud seguros para el usuario y su familia.

Es una estrategia, que a partir de la búsqueda de eventos adversos y de las fallas latentes ó activas de los procesos, las cuales aumentan la probabilidad de ocurrencia de estos, permite analizar las causas que los generan e implementar las acciones necesarias que se convierten en barreras de seguridad para los usuarios que contribuyen a prevenirlos y evitar su recurrencia.

VISION

La política ATENCION SEGURA, será la herramienta organizacional que permitirá garantizar una atención segura a los usuarios de las Unidades de Prestación de Servicios de Salud de COOMEVA Sector Salud, evidenciada por bajos índices de ocurrencia de eventos adversos y de costos de no calidad derivados de estos

ENFOQUE

La política de ATENCION SEGURA tiene un enfoque Preventivo: busca prever, advertir e informar sobre las fallas potenciales en los procesos asistenciales de las diferentes Unidades de Prestación de Servicios, que constituyen factores desencadenantes, para que los procesos conduzcan a resultados adversos que causan daño al usuario.

El enfoque correctivo, es inherente al análisis de caso y su gestión repercute en la mejora del proceso involucrado, así mismo como a la retroalimentación en el equipo de salud.

Si bien es cierto que no existe enfoque punitivo, de señalamiento y búsqueda de culpables, la política debe orientar el aprendizaje organizacional hacia prácticas seguras en los servicios de salud, garantizando el compromiso del personal con la prevención y reporte de los eventos que pudieran haber causado o causar daño al usuario.

PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA ATENCION SEGURA

Para alcanzar el propósito de establecer una atención segura, es fundamental establecer principios transversales que orienten el que hacer de los colaboradores de la organización en la política:

- a)** Acciones centradas en el usuario: El quehacer diario de los colaboradores de la organización en la política debe estar orientado a minimizar las fallas inherentes a los servicios, con el fin de garantizar atención segura a los usuarios.

- b) Trabajo en equipo:** La cultura de seguridad debe ser orientada desde el ámbito de la alta gerencia y en su desarrollo se debe involucrar a todo el equipo de salud compartiendo una serie de valores y principios que permitan crear en la organización entornos y procesos seguros, con la participación de los colaboradores de diferentes disciplinas y con diversos niveles de formación.

- c) Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad De la Atención en Salud:** La política de seguridad del paciente es parte integral del sistema obligatorio de garantía de Calidad de la atención en salud y es transversal a todos sus componentes.

- d) Multicausalidad:** El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales.

- e) Confidencialidad:** tanto en términos de la atención del paciente como también de la protección de la confidencialidad de los análisis que se hacen al interior de la institución

ESTRATEGIAS

Alianza con el paciente y su familia: Dar al paciente elementos para que pregunte por sus posibles riesgos, para que identifique los posibles factores que pudieran alertarlo los comunique, involucrando al paciente y a su familia en forma activa como una barrera de seguridad.

Alianza con el profesional de la Salud: La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos por lo cual contara con la activa participación de ellos y procurara defenderlo de señalamientos injustificados.

Desarrollar la cultura de la seguridad del paciente: esta estrategia propende porque cada vez nuestras instituciones y profesionales sean más hábiles en identificar los errores mas frecuentes durante el proceso de atención, aprendan a gestionarlos y a prevenirlos.

ALCANCE

Inicia con la identificación de los factores críticos que intervienen en la presentación de eventos adversos, su intervención por parte del equipo de salud y seguimiento a la implementación de barreras de seguridad.

Siguiendo con el reporte de eventos adversos, intervención de los mismos y seguimiento al plan de acción establecido en las Unidades de Prestación de Servicios propias de la organización, con la pertinente aplicación en la cultura de la seguridad de la atención.

RESPONSABLE

Equipo de salud de las Unidades de Prestación de Servicios propias lideradas por el comité seguridad de la atención con el apoyo técnico del auditor de prestación de servicios y auditor previsorio de cada regional.

CONSIDERACIONES METODOLOGICAS DE LA POLÍTICA DE ATENCION SEGURA EN COOMEVA SECTOR SALUD

En el marco del concepto de política de seguridad de la atención y de acuerdo con las políticas de COOMEVA sector salud, las siguientes serán las consideraciones metodológicas que guiaran la implementación de la política de atención segura en

las diferentes Unidades de Prestación de Servicios de salud propias de COOMEVA sector salud.

Prevenir la Ocurrencia de Eventos Adversos:

La prevención de la ocurrencia de eventos adversos que orienta la política de ATENCION SEGURA de COOMEVA sector salud involucra:

- Promoción de una cultura de Seguridad: Cultura justa, educativa, no punitiva.
- Diseño de Barreras de Seguridad.
- Acciones de reducción de fallas latentes: Intervenciones en procesos de atención para minimizar la probabilidad de ocurrencia de un incidente o evento adverso.
- Educación al paciente y su familia.

ACCIONES:

Despliegue institucional de la política de atención segura involucrando todas las áreas hacia:

- a) Rondas de seguridad:** Conformar el comité seguridad de la atención que pueda verificar atributos tales como: Diligenciamiento de Historia Clínica, Disposición de medicamentos, condiciones de limpieza, seguridad de pisos, baños, y escaleras, estado de los equipos médicos y adicionalmente intercambian con el personal las normas y sugerencias. (Ver Anexo 6 Documento Rondas de Seguridad).
- b) Análisis de procesos Críticos de atención:** el análisis de modo de falla AMEF es una herramienta que permite determinar de forma preventiva que puede fallar en el proceso que ponga en riesgo la seguridad clínica del paciente.
- c) Promoción de Práctica Clínica segura:** Filosofía de los correctos desde el diagnóstico hasta la resolución clínica (correctos del procedimiento, correctos

del medicamento, Practica clínica del paciente anticoagulado), lavado de manos.

- d)** Promoción de auto cuidado para la seguridad del usuario: Involucrar al usuario en el concepto de paciente seguro proporcionándole herramientas que minimicen la posibilidad de evento adverso; a su vez el auto cuidado en el personal asistencial.
- e)** Implementación, difusión, seguimiento y actualización de guías clínicas.
- f)** Promover la cultura de la atención segura: Diagnostico, diseño de Intervenciones, seguimiento.

Detección, análisis, intervención y seguimiento de eventos adversos:

La detección, análisis, intervención y seguimiento de eventos adversos, que orienta la política de ATENCION SEGURA de COOMEVA sector salud involucra:

- Proceso para la detección de eventos adversos
- Metodología para análisis de eventos adversos

Para desarrollarlos se integran los siguientes componentes:

Creación cultura del reporte: La generación del reporte por parte de todo el personal asistencial y administrativo que detecte un evento que cause daño al paciente o que aun sin causarle daño ponga en riesgo la atención de los usuarios, teniendo en cuenta que la filosofía del proceso encierra los siguientes puntos: no es punitivo, no busca señalar personas, el error es del proceso, el animo es a mejorar.

Gestión de eventos adversos: Una vez se realiza el reporte del evento adverso el comité seguridad de la atención realiza el análisis de caso, estableciendo origen,

causas, factores contributivos, acciones inseguras y efecto del evento (Protocolo de Londres – Modelo de Reason) e inicia las acciones correctivas necesarias a implementar, garantizando que el evento no ocurra nuevamente (Ver anexo 5 Formato reporte y análisis Eventos Adversos / Análisis protocolo de Londres y Modelo de Reason).

Programa de Tecnovigilancia: Se adoptan las normas que ha establecido para este subprograma la dirección nacional de salud pública.

Programa de Fármaco Vigilancia: Se adoptan las normas que ha establecido para este subprograma la dirección nacional de salud pública.

- Comité de Seguridad de la Atención: la institución elige el grupo que se encarga de recibir, consolidar y analizar la información formulando planes de mejoramiento en los casos que sea pertinente, las características específicas de dicho comité se determinan en el Documento Comité de Seguridad de la Atención que hace parte documental de la política de atención segura.

Indicadores de Gestión: El seguimiento objetivo de la gestión del riesgo debe realizarse a través de indicadores claramente definidos y de acuerdo a las fallas detectadas en cada servicio, para lo cual se desarrollaran fichas técnicas claras que permitan su evaluación mensual.

Plan de Mejoramiento: Cada evento adverso detectado, propuestas manifestadas en las rondas de seguridad y la identificación de fallas latentes resultado del análisis de los procesos asistenciales debe generar un plan de mejoramiento que implica reinducción y difusión a los dueños del proceso.

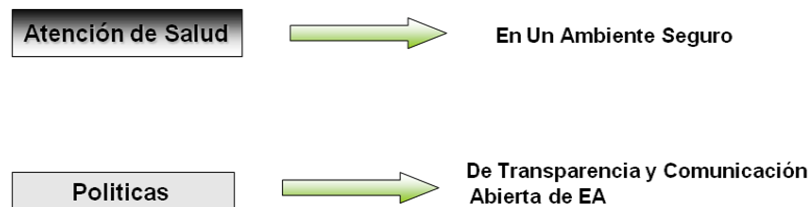
Aprendizaje Organizacional: El grupo asistencial deberá estar comprometido con el aprendizaje que parte no solo del análisis del evento reportado sino también de

las potenciales fallas detectadas antes de la ocurrencia de un evento adverso, es compromiso del equipo líder la permanente comunicación con el personal en la educación, capacitación, entrenamiento, y motivación del mismo en la política de seguridad del paciente. Ajuste al proceso prioritario asistencial: En caso de que se detecte que el evento adverso se presentó por fallas en la concepción del proceso, el equipo líder debe realizar los ajustes necesarios al mismo y en caso de ser necesario replantearlo.

Indicadores de seguimiento a riesgo (anexo técnico Resolución 1043/2006)

- Tasa Mortalidad Intrahospitalaria después de 48 horas
- Razón de Mortalidad Materna
- Tasa de Infección Intrahospitalaria
- Tasa de Complicaciones Obstétricas
- Porcentaje De Falsos Negativos De Muestras De Citología Cervico Uterina

**Figura 2. Modelo de atención centrado en la seguridad del paciente
(Documentos Manual Política Seguridad en la Atención Coomeva EPS)**

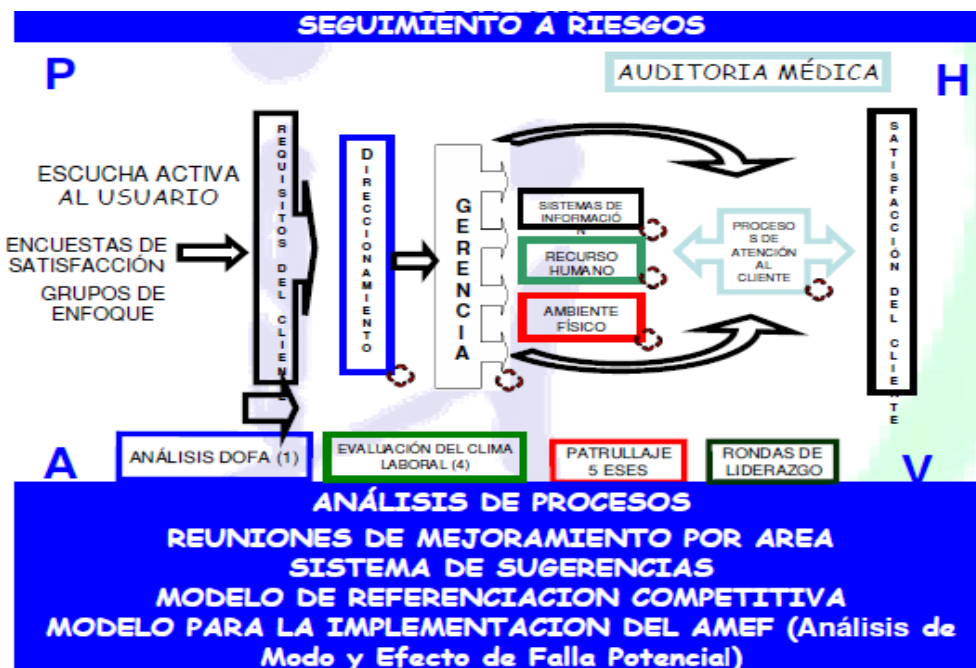


Indicadores Resolución 1446 De 2006

- Porcentaje de Vigilancia de Eventos Adversos
- Mortalidad Materna
- Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año

2.4.5 Modelo de gestión del riesgo

Figura 3. Seguimiento al Riesgo (Documentos Manual Política Seguridad en la Atención Coomeva EPS).



Como identificar el riesgo:

- Seleccione un proceso asistencial
- Identifique en el proceso seleccionado cada una de sus fases de desarrollo
- Para cada fase del proceso identifique los riesgos que puede tener (pueden ser varios)
- Seleccione el riesgo identificado mas critico para el proceso.
- Establezca un plan de acción para intervenir el riesgo identificado definiendo un cronograma de seguimiento
- Tenga en cuenta que esto le permite identificar riesgos latentes antes de que ocurra un evento adverso.

- Es importante que pueda establecer indicadores sencillos de seguimiento.

Donde identificar el riesgo:

- Procesos administrativos
- Procesos asistenciales
- Procesos de soporte
- En el paciente
- En el profesional de la salud

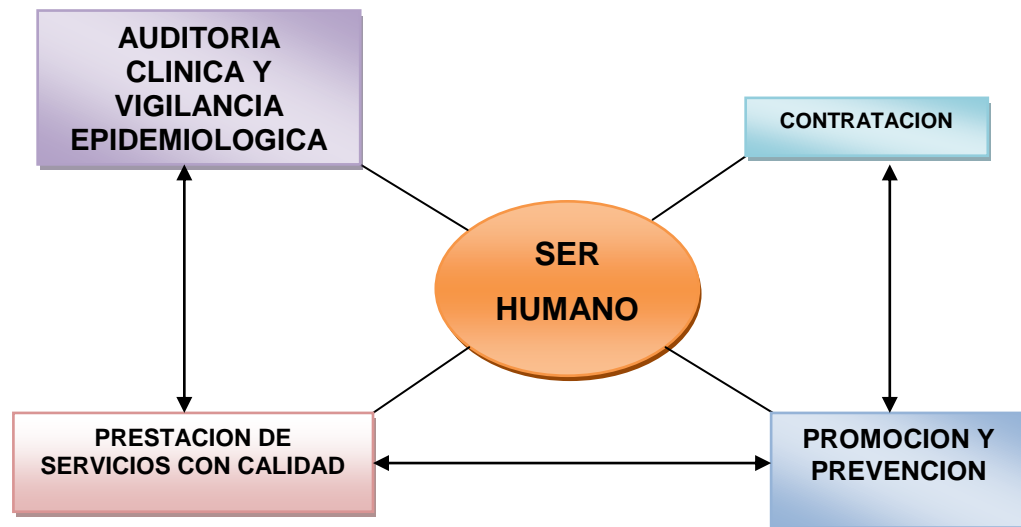
El modelo de atención es un elemento estratégico de suma importancia, pues le permite a las EPS mejorar su desempeño en términos de eficiencia y calidad. Estos cuatro elementos del modelo de atención son:

- Promoción de la salud
- Prevención de la enfermedad
- Atención con calidad y calidez
- Uso costo-efectivo de los Recursos

El modelo de atención tiene cuatro pilares teniendo como eje central el afiliado, lo cual busca integrar la atención alrededor de las necesidades del paciente, estos pilares son:

- Prestación de servicios de salud
- Promoción y prevención
- Auditoria de la calidad de la atención
- Gestión de la Oferta (contratación)

**Figura 4. Los Cuatro Pilares del Modelo de Atención Centrado en el Usuario
(Documentos Manual Política Seguridad en la Atención Coomeva EPS).**



COMITÉS DESARROLLADOS EN LAS UNIDADES DE PRESTACION BASICA¹⁶

Dando cumplimiento a la norma, además para garantizar el seguimiento continuo en la implementación y ejecución de todas estas políticas descritas, al interior de cada Unidad Básica de Prestación de servicios COOMEVA EPS se ejecuta con periodicidad mensual 4 COMITÉS en los cuales participan representantes de cada uno de los procesos implementados en cada unidad; son estos: Director de la Unidad, Coordinador Administrativo, Medico líder asistencial y de calidad, Odontólogo líder asistencial y de calidad, Enfermera Jefe Coordinadora de programas prevención y promoción de la unidad y un representante de Servicios Generales

Estos comités tienen su organización temática de la siguiente manera:

¹⁶ Documento Modelo de Atención unidades básicas Coomeva EPS 2008

1. COMITÉ DE CALIDAD:

Se presentan y analizan los siguientes datos con su respectivo responsable en la obtención y presentación de dicha información:

- Sistema de Información: Indicadores de Oportunidad con el análisis de la tendencia (Coordinadoras Administrativas y Director).
- Seguimiento a la Ejecución del Programa de Auditoria con Autoevaluación, priorización y Seguimiento a los procesos. (PAMEC) (Todo el equipo Calidad)
- Quejas y Reclamos: Revisar la tendencia, las causas y las soluciones propuestas. (Director).
- Encuesta de Satisfacción: Revisar resultado trimestralmente, realizar Análisis y Plan de Mejoramiento. (Director).
- Seguimiento de la Habilitación: Revisar Estándares y presentar resultados. realizan autoevaluación semestralmente. (Dirección y Coordinación)
- Resultados Gestión P y P: Porcentaje de Adherencia a programas, porcentaje a inasistencia, porcentaje de pacientes de programa controlados, metas de vacunación. (Jefe P y P).
- Resultados de Evaluación de Historias Clínicas: Análisis de resultados de la Evaluación de Historias clínicas, con la Acción de mejoramiento a los médicos evaluados. Análisis del Programa Hiperfrecuentador, Fallas en el aplicativo con los respectivos reportes, Historias manuales en el mes, Historias que han quedado abiertas en el mes. (Líderes de Calidad)

2. COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA SEGURIDAD DE LA ATENCION:

- Reporte de Eventos Adversos, Registro del aplicativo, Gestión y análisis de casos (protocolo de Londres). (Líderes de Calidad)
- Presentar resultados de Rondas de Seguridad (Líderes de Calidad)

- COVE: Presentar Indicadores de vigilancia Epidemiológica, 10 primeras causas de morbilidad, análisis de casos objeto de vigilancia. (Jefe P y P)
- Seguimiento a Riesgos (Indicadores compartido a partir de Noviembre 2010). (Jefe P y P).
- Elaboración de Mapa de Riesgo: (Equipo de Calidad), se debe realizar una vez al año.

3. COMITÉ INTEGRADO DE UNIDAD SALUDABLE:

Como líder del Comité se designa las Coordinadoras Administrativas,

(Otros participantes: Brigadista, Enfermera Asistencial Jornada mañana y tarde y Médico asistencial Jornada mañana y tarde).

Recomendación importante, si en el equipo de la Unidad cuentan con un especialista en Salud Ocupacional, invitar a que haga parte del Comité, de lo contrario revisar a través de Gestión Humana la participación de un representante de la ARP.

En este comité se analiza la siguiente información:

PLAN DE EMERGENCIA:

- Conformación del Comité Emergencias, Plan de Evacuación, Requisición de Elementos Básicos, Elaboración del Panorama de Riesgos, Cronograma de capacitaciones, Implementación del Código azul. (Debe contar con la participación de Salud Ocupacional). Se debe solicitar a Salud Ocupacional, Panorama de Riesgo

PLAN AMBIENTAL:

- Análisis de Vertimiento de desechos líquidos
- Radicados de los RH1 (Pendiente, revisar Normatividad) se sugiere radicar el 2 de enero de 2011.
- Cronograma de Capacitaciones con los soportes de asistencia.
- Rutas de Evacuación de Desechos
- Seguimiento al proceso realizado por los funcionarios de Servicios Generales
- Evaluación de Indicadores
- Esquemas de vacunación de los funcionarios asistenciales de las Unidades. En caso de no contar con carné, solicitar título de anticuerpos y programar vacunación según resultados. (A cuenta de Salud Ocupacional de la EPS, por ser un requisito obligatorio de ingreso a la Institución)
- Registro en el aplicativo RESPEL.

4. COMITÉ PRIMARIO:

El líder del Comité es el Director de Unidad, se realizará una presentación mensual que contenga información de orden Administrativo y Asistencial de la Unidad. Se puede presentar información del Comité de Calidad, Seguridad de la Atención y Comité Saludable. En este espacio también se puede aprovechar para realizar actividades de tipo Académico, como presentación de Guías de manejo, presentación de casos etc.

2.4.6 Cultura de servicio

Lograr la Fidelidad (fidelización) de los clientes se entiende como el proceso de mantener relaciones de largo plazo con aquellos que son importantes para la organización.

Este concepto no debe estar separado de la visión estratégica, por lo que hablar de lograr la fidelidad de los clientes no es solamente una cuestión de mercadeo, sino que además implica una decisión estratégica.

En el caso de los servicios de salud es importante definir holísticamente, dentro de un modelo de gestión integral, cuál es el objetivo de desarrollar estrategias de fidelización y cuál es la capacidad real de la organización para poder mantener los clientes satisfechos.

Esto implica integrar los procesos claves de la organización, en especial aquellos que están involucrados directamente, en el proceso de atención o provisión de servicios médicos, como son los procesos de gestión clínica, con los de atención al usuario, comunicación organizacional y relaciones públicas.

A diferencia de otro tipo de servicios, los de salud son utilizados en su mayoría cuando hay una necesidad percibida o sentida, aun cuando se trate de servicios de prevención, por lo que las expectativas de los usuarios están orientadas a solucionar problemas que los pueden afectar directamente y que en su escala de valores hay criterios básicos para la decisión del uso o no de determinados servicios y proveedores.

En este contexto, la calidad del proveedor, así como la posibilidad real de usar los servicios cuando éstos se requieren (acceso) son las claves para entender el proceso de fidelización desde la perspectiva del usuario.¹⁷

De esta manera, la institución debería organizarse hacia la satisfacción de las expectativas del usuario, definiendo sus procesos claves hacia el cumplimiento de las que son reales (calidad y acceso, por ejemplo) e integrando a estos procesos aquéllos que podrían aumentar la satisfacción o la comodidad, pero que no necesariamente son el objetivo fundamental del usuario.

Es decir, si se requiere utilizar un servicio de salud, el usuario empleará aquel que considere de buena calidad y oportuno y que tenga la posibilidad real de ser atendido.

Por lo tanto, la fidelización del usuario depende de:

- **Satisfacción con los servicios recibidos:** es la calificación y su correspondiente grado de satisfacción con el servicio recibido lo que podrá mantener a los usuarios por un largo tiempo. En el caso de los servicios médicos, la calidad de la atención y la calidez del equipo humano (médicos, enfermeras y equipo de apoyo) determinarán el encaje con el servicio y la organización.

Es importante cerrar las brechas entre los procesos clínicos y los de gestión que permitan que haya una integración entre la práctica clínica y los procesos administrativos.

¹⁷ Artículo Revista centro de gestión hospitalaria | víaSALUD | número 29 Hernando Baquero M.D. pág. 30-32, 2009

- **Barreras de acceso:** en la medida en que haya posibilidad de acceder a diferentes proveedores sin restricción alguna, la movilidad del usuario puede ser mayor. Para el caso de los servicios donde hay restricción en la selección del proveedor, el usuario tendrá limitadas opciones de cambio y la fidelización no sería un elemento estratégico.

- **Presencia de competidores:** en la medida en que el usuario perciba un mayor valor agregado en relación con los posibles competidores, tendrá menos incentivos para cambiar de proveedor. Para desarrollar estrategias de fidelización es importante orientar los procesos de la organización “centrados en los usuarios” y que las diferentes áreas de la organización estén alineadas desde esta perspectiva.

Adicionalmente, para poder implementar un plan de fidelización se requiere tener información del consumidor en tiempo real, ya que en la medida en que tengamos información oportuna sobre los comportamientos y actitudes de los usuarios frente a los servicios ofrecidos, cuando ellos son utilizados, nos permitirán mejorar la capacidad de respuesta.

Esta información puede ser obtenida a través de investigación del consumidor (encuestas o grupos focales), análisis de bases de datos, análisis de los patrones de uso o mediante el uso de tecnologías de información que permitan vigilar el comportamiento de los mismos clientes. Ello nos permitirá segmentar muy bien los grupos en los cuales deseamos concentrar las estrategias de fidelización y seleccionar aquellos de interés para la organización.

Un aspecto importante que se debe desarrollar es identificar el core del servicio.

Esto es, poder identificar el valor principal para el usuario y que determina la decisión de volver a utilizar el servicio, debe ser el objetivo de los responsables de

la gestión de mercadeo y calidad de la organización; de igual forma, identificar la capacidad real de la organización de crear “valor” es la responsabilidad de la gestión corporativa.

No se puede fragmentar el servicio de la calidad, así como no se puede separar el proceso clínico del administrativo, porque es la sinergia de los procesos y la integración de las áreas funcionales que, enfocadas en el usuario, trabajan entre ella para ofrecer el plus diferencial para el usuario.

Identificar “eso en que somos mejores que la competencia” y lograr que la organización genere procesos que produzcan ‘valor agregado’ (enfocando sus procesos, alineando la organización) y que éstos se asuman como tales por el usuario (posicionamiento) son los ejes centrales de un proceso de fidelización.

El usuario siempre debe “percibir” que está recibiendo más por lo que está pagando. Por lo anterior, antes de cualquier estrategia de fidelización, se deben desarrollar procesos internos que permitan lo siguiente:

- • Asegurar la calidad en la atención.
- • Identificar los cambios en las expectativas y grado de satisfacción de los usuarios (investigación del cliente).
- • Ofrecer una comunicación clara y permanente con los usuarios.
- • Innovar continuamente los procesos y los servicios ofrecidos.
- • Educar a los clientes internos en “cómo responder efectivamente a los clientes”.
- • Alinear las áreas internas (departamento/divisiones) hacia el cliente.

PROCESO DE GESTIÓN INTERNA PARA LA FIDELIZACION

En un proceso de fidelización se requiere tener una organización centrada en el usuario, por lo que es importante comenzar con un proceso de gestión interna (mercadotecnia interna), que incluye mejoras en:

- **Mejorar el clima organizacional:** la importancia del cliente interno requiere que haya un ambiente de trabajo adecuado, incentivos para el mejoramiento y contar con herramientas adecuadas de gestión y de atención al cliente.
- **Capacitar el talento humano:** en temas relacionados con servicio al cliente, comunicación con los usuarios y relaciones humanas.
- **Mejorar la coordinación entre las diferentes áreas:** a través de la implementación de procesos de comunicación y coordinación efectivas.

En algunos procesos es adecuado tener un recurso humano que tenga contacto permanente con el usuario y la familia.

- **Evaluar la satisfacción de los usuarios:** a través de la recolección continua sobre la percepción de la calidad de la atención y su posterior análisis y registro de forma sistematizada.
- **Conformar equipos de trabajo (clínicos-administrativos-apoyo logístico):** que permitan identificar oportunamente las posibilidades de innovación y mejoramiento del servicio. Se debe desmedicalizar el proceso de atención, hacerlo enfocado al usuario y permitir que éste interactúe con la organización.

Un elemento importante es el desarrollo de procesos de educación y comunicación con los equipos asistenciales y administrativos para que haya más que una práctica clínica individual y proceso de atención integral.

ESTRATEGIAS DE FIDELIZACIÓN

Hay tres dominios clave para cualquier estrategia de fidelización: Innovación, capacidad de diálogo con los clientes, personalización de las relaciones.

Establecer sistemas para escuchar la voz del cliente:

El objetivo de los sistemas para escuchar la voz del usuario es ayudar a las instituciones a analizar los momentos de verdad de su atención, entender cómo ven los usuarios los servicios que reciben y cómo los comparan con aquellos que presta la competencia en el mercado.

Existen diferentes métodos para escuchar la voz del usuario, algunos más proactivos que otros. Cualquiera que sea el seleccionado, lo que se pretende es obtener información sobre momentos de verdad críticos de forma clara y objetiva, que permita a las directivas tomar decisiones.

Los sistemas más utilizados en las instituciones de salud del país son los sistemas de quejas; sin embargo este método es reactivo y se activa cuando ya existe un problema, o cuando ya hubo consecuencias, y esto obliga a diseñar y a usar métodos proactivos de recolección de información.

Desde el punto de vista de mercadeo, se utilizan las entrevistas y los grupos focales para profundizar y homologar significados en cuanto a las necesidades o expectativas actuales y futuras, las cuales se traducirán en valor agregado de prestación del servicio al cliente.

Oír la voz del cliente sólo tiene sentido si la escucha se convierte en un análisis que lleve a definir rutas de acción, donde una vez implementado el cambio se recurra nuevamente a la voz del cliente para medir sus efectos.

Fortalecer la capacidad de liderazgo en las instituciones

El otro punto fundamental para la gestión y la calidad de la atención que se brinda a los clientes es el fortalecimiento de los líderes en todos los niveles de la organización para que sean los promotores permanentes de mejoramiento, buscando así dar respuesta más efectiva a los usuarios, a otros clientes y a la comunidad.

Esto hará que se dediquen a construir y mantener acciones sistemáticas para educar y empoderar a sus colaboradores a través del enfoque centrado en sus clientes.

Rediseñar la forma en que se prestan los servicios de atención y centrarlos en el usuario

La atención centrada en el usuario obliga a los directores y gerentes a revisar el diseño y la organización de los sistemas y procesos de salud, no pensando en áreas o departamentos sino en el flujo del paciente; en relación con el acceso a los servicios, es decir: ingreso, identificación y registro; diagnóstico, definición y aplicación del plan terapéutico; egreso y continuidad posterior de la atención, para buscar que se logre el resultado esperado.

Dentro de este enfoque, el usuario deberá ser visto como una persona humana, con características y necesidades individuales, que merece comprensión, paciencia y respeto. En este enfoque los comités de ética y humanización deben ser creados o fortalecidos.

Estos últimos representan una novedad porque se manifiestan como un instrumento concreto para pasar de las palabras a los hechos cuando se habla de humanización. Su cometido consiste en convocar a las ciencias humanas a

colaborar con las biomédicas, para recompensar con perspectiva holística, la integridad del sujeto y sus necesidades.

En tal sentido es indispensable promover y fortalecer el apoderamiento de los usuarios para que participen de las decisiones referentes a su cuidado. Igualmente implica crear una fuerza de trabajo orientada al servicio, donde los empleados (especialmente los de contacto directo con el usuario) respondan positivamente a las exigencias del contacto con el cliente.

Establecer sistemas para evaluar la calidad de la prestación de los servicios.

Los sistemas de evaluación de la satisfacción del usuario, serán los mecanismos más importantes para vigilar la respuesta y cumplimiento que la organización da a las necesidades y expectativas estudiadas.

Búsqueda de articulación con otros actores del sistema de salud.

Las promotoras de salud (EPS y las que se asimilen) deben hacer conocer al usuario sus derechos y deberes, a través de una suficiente, clara y permanente información, acorde con el nivel socioeconómico y cultural, y valiéndose de los mejores y más variados mecanismos de comunicación.

Facilitarán y agilizarán trámites y se preocuparán por sus usuarios no sólo en la enfermedad sino en la salud, promoviéndoles hábitos saludables y adelantando acciones específicas de prevención.

Los prestadores de salud deben conocer claramente y con antelación el tipo de servicios y el alcance del contrato, los derechos que tienen los usuarios dentro del contrato que ha hecho con la organización (plan obligatorio o básico, prepago,

etc.) y los requisitos que la prestadora debe exigirle al usuario para corroborar su afiliación. Para cerrar el ciclo del servicio al usuario se deben tener perfectamente establecidos los mecanismos para que el prestador informe sobre las condiciones del usuario y su necesidad de servicios complementarios.

Aunque parezca que ofrecer servicios de salud en un entorno cambiante y con bajos recursos económicos constituye una labor titánica, hay evidencias de cómo este desafío ha llegado a romper los paradigmas y a mejorar la forma obsoleta de trabajar, haciendo más humano y más eficiente el trabajo de quienes presten el servicio frente a quienes lo reciben.

Día a día, se encontrará la manera de lograr que los usuarios recuerden positivamente a la institución, haciendo algo inesperado y fuera de lo corriente para su beneficio. Hoy en día existen herramientas y métodos de gestión que aportan para conseguir la satisfacción del paciente y mejorar la calidad de la atención.

Cuando se logran estas acciones y son el fruto de actitudes y valores que giran en torno al paciente o cliente como persona única e irrepetible, se puede estar seguro de que él lo recordará gratamente y regresará cuando lo requiera.

Finalmente, atender humanamente a los usuarios es una decisión ética, una inversión y casi que una obligación. Iniciar este camino fructifica en beneficio de la institución¹⁸

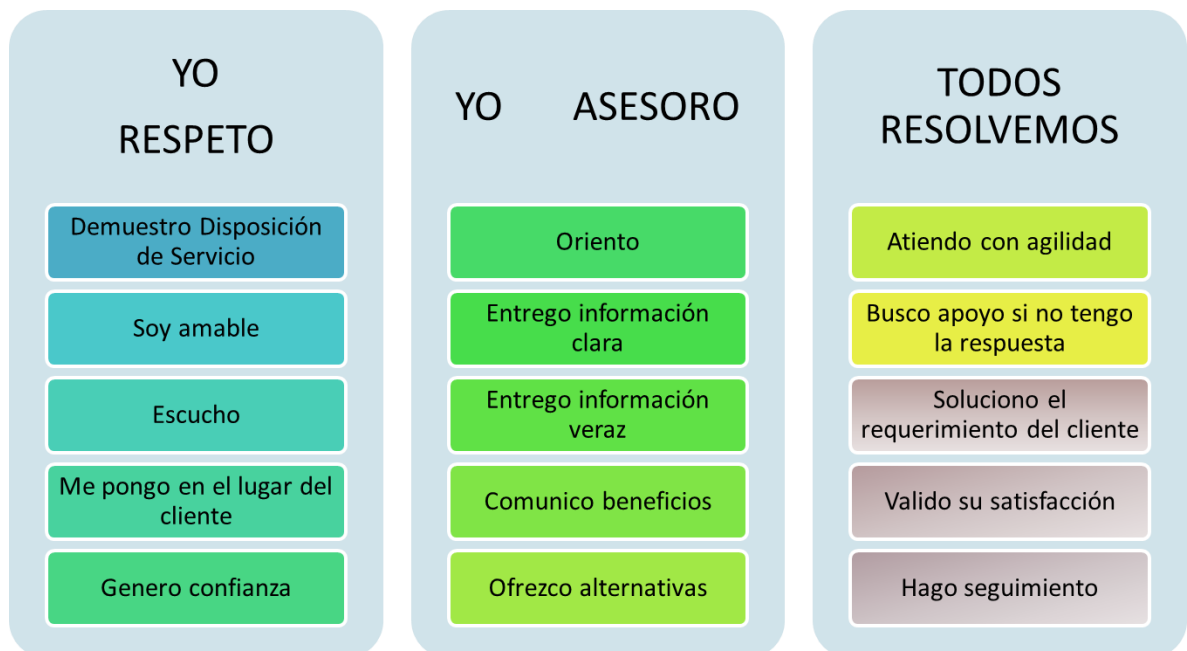
¹⁸ Artículo Revista Vía Salud Prepárese para ofrecer servicios humanos Una necesidad del sector salud. No 43. 2008.

2.4.7 Cultura del servicio pasión COOMNEVA¹⁹

Objetivo: satisfacer y superar las expectativas de nuestros clientes, generando un ambiente de tranquilidad, confianza mutua y fidelidad.

PROMESAS DEL SERVICIO

Figura 5. Promesas del Servicio (Documento Política de Servicio Coomeva EPS)



ESTRUCTURA PROGRAMA CORPORATIVO DE SERVICIO

“YO RESPETO”

La palabra **RESPETAR**, en un sentido amplio, significa, “Valorar a los demás a pesar de las diferencias, acatar su autoridad y considerar su dignidad”

¹⁹ Documento Política Cultura del Servicio Coomeva EPS 2011

Cuando un cliente busca información de los servicios de Coomeva EPS debe ser valorado y sus solicitudes ser tenidas en cuenta, demostrándole RESPETO.

EL RESPETO Y LOS VALORES COOMEVA

El Respeto está relacionado con la Solidaridad, la Confianza y la Honestidad.

Grafico 2. Valores asociados a la conducta yo respeto (Documento Política de Servicio Coomeva EPS)

VALORES	ENUNCIADOS
<i>Solidaridad</i>	Aportamos y potencializamos esfuerzos y recursos para resolver necesidades y retos comunes; la solidaridad es la que nos lleva a unirnos para crecer juntos y a interesarnos por lo que le pasa a los demás , para lograr una mejor calidad de vida, un mundo más justo y el camino hacia la paz
<i>Honestidad</i>	Somos coherentes con el pensar, decir y actuar , enmarcados dentro de los principios y valores empresariales. La honestidad es un valor que manifestamos con actitudes correctas , claras, transparentes y éticas
<i>Confianza</i>	Sentimiento de credibilidad construido y generado por la organización frente a sus asociados, clientes y colaboradores. Capacidad para decidir y actuar individualmente o en grupo, sin reserva, dentro de la ética y la moral

LOS 5 COMPORTAMIENTOS DE YO RESPETO

Figura 6. Los 5 comportamientos de yo respeto (Documento Política de Servicio Coomeva EPS)



TENGO DISPOSICIÓN DE SERVICIO.

Mi entorno de trabajo se mantiene ordenado

Mi expresión facial demuestra que me gusta lo que hago

Me mantengo atento a los más mínimos detalles que hagan sentir bien al cliente

Soy consciente de que la disposición de servicio “No es la sonrisa que yo mantenga, sino aquella con la que mi cliente salga después de haber recibido mi atención”

SOY AMABLE

La amabilidad tiene varios componentes

Saludo

Llamo al cliente por su nombre, anteponiendo “Señor, señora, doctor”

Establezco contacto ocular

Hago preguntas para validar haber comprendido.

ESCUCHO

Es, tal vez, una de las características comunicacionales de mayor dificultad hoy en día. El mundo vive rodeado de mucha – a veces demasiada – información y eso nos hace olvidar que la escucha es uno de los elementos cruciales de la relación interpersonal y la base del éxito social.

DIFERENCIA ENTRE OIR Y ESCUCHAR

Lo anterior implica un proceso continuo de aprendizaje pues culturalmente somos poco propicios a escuchar.

Confundimos oír con escuchar. Para oír se requiere del órgano auditivo (oído), para escuchar se requiere del cerebro.

GENERO CONFIANZA

En sociología y psicología social, la confianza es la creencia de que una persona o grupo será capaz y deseará actuar de manera adecuada en una determinada situación y pensamientos. La confianza se verá reforzada o menoscabada en función de las acciones

La promesa de valor del Grupo Empresarial Coomeva (“**Coomeva nos facilita la vida**”) se convierte en la frase concluyente para que los clientes confíen en ella, si el actuar de sus funcionarios rinde honor a la promesa.

“YO ASESORO”

La palabra **Asesorar** ha ido evolucionando hasta el significado que hoy tiene, pues antiguamente se la llamaba AYUDAR, entendiéndose por ella el hecho de “Prestar cooperación, auxiliar o socorrer, hacer un esfuerzo y poner los medios para que el otro, logre su objetivo”

Generalmente se reconoce que la Asesoría es responsabilidad de aquella persona que tiene el cargo de Asesor. Pero en el GEC, todos los colaboradores tienen la responsabilidad de Asesorar al Cliente. Esto aplica tanto para Cliente Externo como el Interno

EL PAPEL DE LA ASESORÍA EN LA OPERACIONALIZACIÓN DEL SERVICIO

Coomeva EPS quiere establecer con sus clientes una relación que le permita Satisfacer sus necesidades

Cumplir y superar sus expectativas

Conocer cómo se sienten en su interacciones con los funcionarios que representan la empresa

El cumplimiento de estas tres instancias es el punto de partida para fidelizar a nuestros clientes y por ende, rentabilizarlos. Por esto la Asesoría es fundamental en todas las empresas del grupo.

LOS 5 COMPORTAMIENTOS DE YO ASESORO

Figura 7. Los 5 comportamientos de yo asesor (Documento Política de Servicio Coomeva EPS)



ORIENTAR

Ayudar a comprender las cosas o a verlas desde otra perspectiva. Para poder orientar dentro del marco en el que el GEC quiere hacerlo, es necesario **conocer** aquello sobre lo que se está orientando.

Para poder orientar se debe, antes que todo, detectar la necesidad del cliente.

Para poder “orientar” es necesario:

- Prestar atención a la solicitud del asociado
- Demostrarle interés en su caso particular
- Tener el deseo de resolver sus dudas
- Pasar a la acción de compra/de servicio

“ENTREGO INFORMACIÓN CLARA”:

La claridad en la información se correlaciona con el **Principio de lo Simple** que recomienda el uso de palabras corrientes, comprensibles, rechazando lo innecesario, y recomendando el no uso de siglas, práctica demasiado frecuente en el mundo organizacional de hoy.

“ENTREGO INFORMACIÓN VERAZ”

El colaborador de atención frontal, en todo momento o circunstancia, debe tener la certeza de que lo que está diciendo se ciñe exclusivamente a la verdad.

“COMUNICO BENEFICIOS”

Qué es un beneficio?

Bien que se hace o se recibe. La utilidad, provecho o conveniencia que se saca de algo.

“OFRESCO ALTERNATIVAS”

Las alternativas se ofrecen cuando existen impedimentos de cualquier índole para que el cliente pueda obtener lo que inicialmente solicitó.

“TODOS RESOLVEMOS”

La palabra **RESOLVER**, significa “Dar solución a una dificultad o una duda”. El concepto de la **RESOLUCIÓN** se evidencia en situaciones en las que es necesario tomar una determinación, después de haberse hecho un análisis de los elementos de la situación planteada y las consecuencias que puedan resultar.

En la organización moderna es frecuente que quien recibe el requerimiento/solicitud requiera del apoyo de otra u otras personas para poder resolverla. Es por esto que LA RESOLUCIÓN está íntimamente ligada al Trabajo en Equipo y por eso en la Promesa de Servicio se enuncia en plural: **“TODOS RESOLVEMOS”**

“TRABAJO EN EQUIPO”

Trabajo en equipo es el conjunto de personas con habilidades y competencias, que:

Tienen claro y se identifican con los objetivos y los resultados esperados

Tienen alineación entre sus metas personales y las de su equipo

Se complementan unos con otros y hacen alianzas estratégicas entre los miembros del equipo

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES

a responsabilidad es compartida

Los resultados son producto del trabajo colectivo

La integración grupal es un requisito fundamental

La capacidad del equipo es mayor que la suma de las partes (1+1=3)

ALGUNOS OBSTÁCULOS PARA TRABAJAR EN EQUIPO

Si la comunicación no es clara, las relaciones pueden volverse difíciles

Los nuevos miembros del equipo deben estar alineados

Si algún miembro se desvía, debe ser retroalimentado

Todos deben tener muy claro a quien acudir para reforzar la integración grupal

LOS 5 COMPORTAMIENTOS DE TODOS RESOLVEMOS

Para poder **RESOLVER** Coomeva EPS requiere de colaboradores “empoderados” que puedan tomar las acciones adecuadas y asumir la responsabilidad de sus acciones y de los resultados que se obtengan, definiendo Resolver como “Dar solución a un requerimiento o una duda”.

Figura 8. Los 5 comportamientos de todos resolvemos (Documento Política de Servicio Coomeva EPS)



“ATIENDO CON AGILIDAD”

El factor tiempo continúa siendo uno de los elementos que todos quisieran tener en abundancia

Sin embargo, en el congestionado mundo de hoy, es un bien muy escaso. Lo anterior hace que la agilidad sea un factor clave en la percepción del servicio que se lleva el cliente.

Factores que afectan la agilidad

No escuchar lo que plantea el cliente

Falta de recursividad para dar explicaciones ante posibles demoras

Distracciones

“SOLUCIONO EL REQUERIMIENTO DEL CLIENTE”

La solución a una dificultad que plantea el cliente, o a una duda que tenga requiere que usted haya

Entendido la dificultad o duda

Analizado y evaluado las alternativas

Analizado los elementos que las conforman

Comprendido las consecuencias de su determinación

Lo anterior implica un proceso que, en algunos casos, usted podrá efectuar en poco tiempo. En otros requerirá de más. La clave para que el cliente quede satisfecho, así la respuesta no sea la que él espera, es que se le mantenga informado del paso-a-paso que se debe recorrer.

“VALIDO PARA SATISFACCIÓN”

No se debe suponer que el cliente esté satisfecho. Se requiere verificarlo

La verificación nos permite saber si actuamos en el sentido correcto

En casos afirmativo, podremos repetir el proceso y las conductas que nos llevaron a esa satisfacción

En caso negativo, tendremos evidencia de **QUÉ NO** hicimos en la forma correcta para poder corregir el rumbo.

“HAGO SEGUIMIENTO”

El seguimiento a una situación planteada o vivida por el cliente es uno de los elementos mas importantes para lograr su deleite y fidelización.

Compromiso por nuestros usuarios:

Nos debemos a nuestros usuarios y sus familias; nuestro foco es su satisfacción integral, para lo cual se requiere de todos nosotros un cambio de ACTITUD DE SERVICIO, para lograr el cumplimiento de nuestra **“PROMESA DE SERVICIO”**

3. COOMEVA EPS

3.1 RESEÑA HISTORICA

En la década de los 60s, los profesionales de la salud exploraron múltiples modelos asociativos que les permitieran resolver sus necesidades prioritarias. Luego de varios intentos fallidos, 27 médicos fundan el 4 de marzo de 1964, en la ciudad de Cali, la Cooperativa Médica del Valle, Coomeva.

En 1968, Coomeva amplía su vínculo asociativo, permitiendo el ingreso ya no sólo de los profesionales de la medicina, sino de todas las especialidades afines a la misma. Progresando en el camino de apertura, se permite la vinculación a todas las personas que acreditaran un título en las siguientes modalidades educativas: Formación intermedia profesional, formación tecnológica profesional o formación universitaria, título expedido por una entidad superior debidamente reconocida por el Ministerio de Educación o por el ICFES.

En 1973, nace el servicio de salud para los asociados a la Cooperativa el cual se constituyó en la primera experiencia de la Medicina Prepagada organizada del país.

En 1976, Coomeva pasa de ser una cooperativa especializada en ahorro y crédito, a ser una cooperativa Multiactiva.

En 1986, se crea el servicio de odontología o salud oral con 70 asociados adscritos en su primera etapa.

En 1995 Con la entrada en vigencia de la nueva Ley 100 de Seguridad Social, Coomeva crea su Entidad Promotora de Salud, COOMEVA EPS S.A.

Coomeva E.P.S. nace con el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, para ofrecer todos los servicios a los que tiene derecho la población colombiana de conformidad con la Ley 100 de 1.993 promulgada con el fin de mejorar la calidad de vida mediante la protección y prevención de los riesgos que la afectan.

Ante estas exigentes condiciones planteadas por la ley 100, la Cooperativa Médica del Valle de Profesionales de Colombia COOMEVA, decidió acoger el reto y ser partícipe activa de esas grandes expectativas de bienestar y vida que se abrieron con la nueva legislación, ofreciendo una alternativa de excelente calidad que atendiera las necesidades básicas en salud.

La gran experiencia de COOMEVA, a través de sus servicio de Medicina Prepagada, permitió concebir sobre bases sólidas la idea de construir una Entidad Promotora de Salud y fue así como el 1 de agosto de 1995 Coomeva EPS abre sus puertas al servicio de los caleños y más adelante de los colombianos.²⁰

En 1996 el crecimiento de Coomeva EPS se hace notar, superando la cifra propuesta de 156.600 afiliados por 202.272 afiliados en el Régimen Contributivo.

En 1997 se comenzaron las primeras aplicaciones de los modelos conceptuales y planes institucionales; se atendía una población de 444.535 afiliados presentes en el Atlántico, Santander, Antioquia, Cundinamarca, Bogotá D.C., Risaralda, Quindío, Valle del Cauca, Nariño, Cauca, Caquetá y la Guajira, mediante tres sucursales en las principales ciudades del país: Cali, Medellín y Bogotá.

²⁰ Manual de Calidad Coomeva EPS 2010

En 1998 fue la consolidación de la operación, al desarrollar una nueva plataforma informática que respondía al gran crecimiento poblacional con 671.510 afiliados en el Régimen Contributivo. Se instalaron nuevas unidades de atención tales como Mushaisa en la Guajira; en los Ingenios del Valle del Cauca donde se tenía la mayor población cotizante y en Medellín con la Clínica Sommer, Clínica Las Américas, Clínica El Prado y Clínica Conquistadores.

En 1999 se inicia una nueva etapa con el Software COOEPS Siglo XXI desarrollado por la misma EPS. Éste se convierte en una plataforma de gran ayuda para la operación de la empresa, que tenía el reto de manejar la información de 841.941 afiliados en el Régimen Contributivo en cuatro Sucursales en las ciudades principales del país (Cali, Medellín, Bogotá y Barranquilla).

En el año 2000 se contaba con una población de 1.294.402 afiliados en el Régimen Contributivo y presencia en más de 650 municipios del país mediante 30 oficinas.

En cuanto a su Administración se rediseñó la “carta de navegación” de la EPS para los siguientes cinco años, y se adoptó el Modelo de Desarrollo Organizacional, bajo la premisa: “la calidad es la base de nuestra competitividad”.

En el 2001 Coomeva EPS se consolidó como la segunda EPS privada en el Régimen Contributivo, con una población de 1.335.203 afiliados en 692 municipios del país. Se desarrolló el Software E-Case, ahora Atentos Coomeva, para la recepción de la voz del cliente. Además en la búsqueda de la estandarización de la imagen con la imagen corporativa de Coomeva, se realizó el cambio del logo y slogan: “Somos su opción en salud”.

En el 2002 se consolidaron territorialmente dos Zonas, el Eje Cafetero y el Nororiente del país, para atender un total de población de 1.506.048 afiliados en 756 municipios colombianos. Por otro lado, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas selecciona a Coomeva EPS como la mejor Entidad Promotora de Salud; se desarrolló el sitio virtual EPS Online, ahora Cooeeps Siglo XXI versión 2 y se trabajó en el Código de Buen Gobierno Corporativo.

El año 2003 Coomeva EPS continuó consolidándose en el sector de la Seguridad Social en Salud, con una población de 1.789.023 afiliados con una presencia en 882 municipios del país. Se implementó el software Ciklos en el cual se consolidan documentos como Historia Clínica Electrónica, Modulo de auditorías entre otros, con el fin de ofrecer una información ágil y amigable en las Unidades de Atención Básica (UBAs)

En el 2004 según el estudio realizado por la Revista Dinero y la firma de investigación Invamer Gallup, Coomeva EPS se consolidó como Top of Mind entre las Entidades Promotoras de Salud, es decir, la marca más recordada por los colombianos. Además, fue la primera Entidad Promotora de Salud que obtuvo la Certificación de Calidad ISO 9001:2000 en todos sus procesos.

En este año se implementó el Sistema de Gestión Integral en las ECOR, Empresas de Corretaje y en las IPS, Instituciones Prestadoras de Salud; se logró un crecimiento poblacional del 11% frente a lo presupuestado con 2.065.489 afiliados en 912 municipios del país con 31 oficinas y 64 puntos de atención.

En el 2005 la EPS cumplió una década brindando los servicios de salud a las familias colombianas, construyendo sueños que han sido posibles gracias a la confianza que 2.390.143 afiliados en 957 municipios han depositado día a día en la Organización, ofreciéndonos la oportunidad de continuar con la consecución de las metas trazadas. Se mantuvo la Certificación de Calidad ISO 9001:2000.

Adicionalmente el Ministerio de la Protección Social seleccionó a la EPS para llevar cabo el proyecto piloto de la Acreditación y la Bolsa de Valores nombró a la EPS como una de las 15 empresas colombianas que avanzó hacia los estándares de calidad más altos en la aplicación del Código del Buen Gobierno.

Para el 2006 Coomeva EPS continuaba ofreciendo servicios de salud a sus afiliados realizando más de 6 millones consultas médicas y más de un millón y medio de actividades de prevención odontológica entre otros servicios asistenciales. Siendo la segunda EPS privada más grande, con una población total de 2.612.276 afiliados en 1036 municipios de Colombia.

Durante esta evolución Coomeva EPS ha obtenido grandes reconocimientos tales como en el 2007 en el cual fue invitada a la Reunión Nacional de Salud Materna y Perinatal del Ministerio de la Protección Social. Participó con la ponencia “Consolidación de un Sistema de Vigilancia Activa de la Morbimortalidad Materna y Perinatal en Coomeva EPS para el Mejoramiento de la Calidad”. Esta presentación fue ampliamente reconocida por los participantes, entre ellos, la Organización Panamericana de la Salud - OPS; el Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA; EPS, ARS y Entes Territoriales, dado que en ella se plasman los logros que en materia de la salud materna y perinatal ha tenido la EPS en el cuatrienio 2004 - 2007.

Además se gestionaron diferentes actividades enfocadas al mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de la Calidad donde el ente certificador (BVQI) recomendó a Coomeva EPS S.A. para continuar con el Certificado de Calidad en ISO 9001:2000.

A lo largo de toda su trayectoria Coomeva EPS ha sido reconocida por diferentes medios de comunicación por su labor.

Revista	Reconocimiento
<p>Dinero, Edición Especial 2005, “5.000 empresas”, página 87. No. 278, Mayo 25 de 2007.</p>	<p>Coomeva EPS es la empresa más grande de la región Occidente superando a tradicionales instituciones privadas de la zona, como Colgate Palmolive, Colombina y Cacharrería La 14, y a la pública Emcali. Coomeva EPS, según la misma publicación, está en el puesto número 33 entre las mayores empresas del país.</p>
<p>Revista Dinero, abril 27 de 2007 N° 276. DINERO e Invamer Gallup presentan la medición de Top Of Mind 2007, de más de 40 categorías de productos y servicios en Colombia. Durante más de 10 años que DINERO lo ha presentado, este estudio se ha convertido en el icono de los estudios de recordación de marcas.</p>	<p>Coomeva EPS aparece como la EPS número 1 en recordación de marca entre las EPS del país.</p>
<p>Revista Cambio, Edición No. 722, 30 de abril de 2007 Semana edición No. 1304, abril 30 de 2007.</p>	<p>Coomeva EPS se sitúa en el puesto 29 entre las 1.001 compañías del año 2006 en Colombia</p>
<p>Semana edición No. 1304, abril 30 de 2007.</p>	<p>“Las 100 empresas más grandes de Colombia”, Coomeva EPS ascendió del lugar 38 que había ocupado en el 2005, al puesto 33 en el 2006</p>

Comeva EPS en el 2008 fue la segunda EPS con mayor población afiliada entre todas las EPS del Régimen Contributivo. Además demostró que el mejoramiento continuo es una de sus prioridades manteniendo la certificación de calidad ISO 9001:2000 que Boreau Veritas Certification (BVC) otorga.

Además fortaleció su infraestructura en sedes asistenciales en algunas ciudades del país donde se requería priorizar la atención a los usuarios como en las ciudades de Medellín con las Unidades Básicas de Atención (UBA) Belén, Envigado, Poblado y las Unidades de Prevención Clínica (UPREC) Rionegro y Ayacucho; también en la ciudad de Neiva con la Unidad Básica de Atención (UBA) Neiva; entregándole a la comunidad calidad, comodidad y confort.

Vale la pena resaltar que dos de las revistas más leídas en Colombia reconocen la fortaleza de la marca y el impacto social que tiene Comeva EPS en el país donde se refleja la contribución social.

Revista	Nota
Revista Dinero Top of Mind publicado - abril 17 de 2009.	Comeva EPS, la más recordada por los colombianos cuando se habla de Entidades Promotoras de Salud. Comeva EPS, la decimocuarta empresa en Colombia con mayor cantidad de empleos generados.
Revista Semana, Especial 100 Empresas - mayo 4 de 2009	Comeva EPS la segunda empresa de salud con mayores ventas en Colombia durante el 2008.

El 2009 Coomeva EPS tuvo el reconocimiento de los colombianos como la marca EPS más recordada en el país, ocupando el puesto número uno del Top of Mind. Cabe resaltar que la EPS es la segunda más grande del sector con una participación en el mercado del 15.71% del Sector Salud del Régimen Contributivo.

En cuanto a los programas de promoción y prevención en salud el indicador de mortalidad materna sostuvo un comportamiento por debajo de la cifra del Ministerio de la Protección Social con un 32.2 por cien mil nacidos vivos cifra que demuestra las acciones que se han implementado en la búsqueda de la promoción de la salud. Pero para Coomeva es muy importante los proyectos que le apuntan a la excelencia en el servicio razón por la cual se implementó la Política de la Seguridad “Clarita Segura” reconocida por el grupo de Calidad del Ministerio de la Protección Social con quienes participaron en la creación de la norma de seguridad de la atención en las unidades propias UBA.

Una vez más estas acciones han sido reconocidas por los afiliados satisfechos quienes calificaron a Coomeva EPS con un 85% en la encuesta de satisfacción en cuanto a la calidad general de los servicios. Para Coomeva EPS la promoción de la salud es uno de los principios fundamentales del bienestar.

En 2010, fue un año en el que Coomeva EPS continuó su tendencia de crecimiento en términos de población. A diciembre de ese año tuvo un número de 2.855.141 afiliados, lo que la posicionó como la segunda EPS del país por cantidad de afiliados.

A su vez, la compañía continuó avanzando en la implementación de un Sistema de Administración de Riesgo (SAR) se ha convertido en referente entre las EPS del país, por la calidad de su implementación.

En el 2011, Coomeva EPS fue reconocida como la empresa de aseguramiento obligatorio en salud con mayor recordación de marca según la Revista Dinero*. A su vez, durante este año ha aumentado su población afiliada llegando a un total de 2.949.301 afiliados.

Respondiendo su evidente crecimiento y a la responsabilidad adquirida en la atención de más de 3 millones de afiliados con los cuales cuenta en la actualidad en todo el territorio nacional, estratégicamente se ha diseñado una conformación interna en Gerencias Regionales teniendo en cuenta la ubicación geográfica por Departamentos conformada de la siguiente manera: Regional Eje Cafetero, Regional Centroriente, Regional Caribe, Regional Noroccidente, Regional Nororiente y Regional Suroccidente.

Como respuesta a las exigencias actuales de los servicios de salud; tales como, humanización, calidad y cultura de servicio ha surgido la necesidad de contar con una red de prestadores propia. Por lo cual al día de hoy cuenta con instituciones hospitalarias de 3 y 4 nivel de complejidad y más de 70 unidades básicas de atención en todos los departamentos de Colombia a través de las cuales ofrece a sus afiliados servicios básicos de salud de forma directa.

3.2. PLATAFORMA ESTRATEGIA

3.2.1 Misión

Mantener saludables a nuestros afiliados. Somos un Sector Estratégico de Negocios del Grupo Empresarial COOMEVA con vocación de servicio, que contribuimos al crecimiento sostenible de COOMEVA y al bienestar y calidad de vida de las comunidades en las regiones que nos acogen, mediante la diversidad y calidad de un portafolio de servicios en salud, potencializando sinergias en las capacidades humanas, tecnológicas y gerenciales de nuestras unidades

estratégicas de negocio y demás empresas vinculadas, en un ambiente de confianza, seguridad y respeto por las personas, la sociedad y el Estado.

3.2.2 Visión año 2015

Ser líderes reconocidos por mejorar la calidad de vida de los afiliados y de las comunidades, mediante la prestación de excelentes servicios de salud y el ofrecimiento de productos diferenciados e integrales. Apoyados en procesos eficientes, desarrollados por personas competentes y motivadas, garantizaremos la sostenibilidad financiera y generaremos valor para nuestros asociados”.²¹

3.2.3 Política de calidad

En Coomeva EPS mejoramos continuamente nuestros procesos y garantizamos la prestación de nuestros servicios con calidad humana.

3.2.4 Objetivos de calidad

- Lograr efectividad operacional con la mejora de los procesos críticos del negocio.
- Aumentar la satisfacción de nuestros usuarios mediante la prestación de un servicio humanizado.

3.2.5 Valores

- Solidaridad: Aportamos y potencializamos esfuerzos y recursos para resolver necesidades y retos comunes, la solidaridad es la que nos lleva a unirnos para

²¹ Manual de Calidad Coomeva EPS 2010

crecer juntos y a interesarnos con lo que le pasa a los demás, para lograr una mejor calidad de vida, un mundo más justo y el camino hacia la paz.

- Honestidad: Somos coherentes con el pensar, decir y actuar, enmarcados dentro de los principios y valores empresariales; es un valor que manifestamos con actitudes correctas, claras, transparentes y éticas.
- Servicio: Satisfacemos y superamos las expectativas de quienes esperan una respuesta de la empresa, generando un ambiente de tranquilidad, confianza mutua y fidelidad.
- Trabajo en equipo: Somos un grupo de personas que se necesitan entre sí; actuamos comprometidos con un propósito común y somos mutuamente responsables por los resultados.
- Cumplimiento de compromisos: Somos conscientes y responsables por el cumplimiento de los resultados esperados; por la satisfacción del afiliado; por el compromiso con el entorno y el desarrollo personal de los colaboradores y de las empresas del grupo.
- Confianza: Sentimiento de credibilidad construido y generado por la Organización frente a sus Asociados, clientes y colaboradores. Capacidad para decidir y actuar individualmente o en grupo, sin reserva, dentro de la ética y la moral.

3.2.6 Alcance del sistema de gestión de la calidad

El Sistema de Gestión de la Calidad de COOMEVA EPS S.A. comprende: “Afiliación, recaudo de cotizaciones, compensación y administración de la prestación de servicios de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad”.

3.3 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

3.3.1 Promoción y prevención

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejoren sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse sanos.

El propósito de los programas de Promoción y Prevención es ofrecer servicios integrales que potencialicen la salud de los afiliados y sus familias, y promuevan en ellos una vida sana, feliz, placentera y productiva. Por su naturaleza, estos programas son una responsabilidad compartida entre las personas, las familias, las organizaciones, las IPS y la EPS.

Con el propósito de mejorar y mantener la salud y la calidad de vida de sus afiliados, Coomeva EPS ha desarrollado los programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, de acuerdo con sus requerimientos en cada una de las etapas de su ciclo vital: niño, adolescente, mujer, hombre y adulto.

Salud Infantil:

Coomeva EPS a través de este programa promueve la salud física, mental, emocional y social de los niños de cero (0) a diez (10) años de edad, detectando oportunamente las alteraciones en su proceso de crecimiento, desarrollo e inteligencia emocional.

- Vigilancia del crecimiento y desarrollo de niños entre cero (0) y diez (10) años de edad.
- Vacunación en niños de cero (0) a diez (10) años.

- Proceso de prevención y atención a las enfermedades prevalentes de la infancia.
- Salud oral.
- Agudeza visual.
- Seguimiento a POS hospitalizados por enfermedades prevalente o de vigilancia epidemiológica.
- Educación para promover la salud.
- Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y complementaria hasta los dos años.
- Estimulación temprana.
- Alimentación saludable.
- Pautas de crianza.
- Promoción del buen trato.
- Prevención de accidentes.
- Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades cardiovasculares.
- Prevención de enfermedades prevalentes (diarrea, neumonía, otitis media supurativa).
- Inteligencia emocional.

Jóvenes Saludables:

Coomeva EPS a través de este programa promueve hábitos de vida saludables, identifica e interviene los factores de riesgo físico, psicológico, emocional, social y sexual que afecten a los jóvenes en su desarrollo integral en varios aspectos:

Consejería y consulta en salud sexual y reproductiva

- Planificación familiar.
- Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH SIDA.

- Prevención de cáncer de cérvix y mama.
- Consulta pre - concepcional.
- Prevención de enfermedades cardiovasculares.
- Consulta de detección temprana de riesgos
- Vacunación (TD y MMR).
- Salud oral.
- Agudeza visual.
- Cáncer de mama (educación en autoexamen de mama e identificación de factores de riesgo).
- Cáncer de Cérvix: Toma de la citología de mujeres menores de 25 años con vida sexual activa, identificación y prevención de riesgo cardiovascular.

Educación

- Promoción de estilos de vida y prevención de enfermedades cardiovasculares (actividad física, alimentación saludable, prevención de tabaquismo y consumo de alcohol).
- Prevención de cáncer de cérvix y mama.
- Proyecto de vida y manejo del tiempo libre.
- Promoción del buen trato y manejo de conflictos.
- Sexualidad sana y responsable.
- Estilos de vida saludable.

Salud Cardiovascular:

Comportamientos saludables, a través de estrategias de corresponsabilidad que permitan incorporar en los afiliados una actitud de auto cuidado de los factores de riesgo y de las intervenciones de tratamiento y control.

Consulta por primera vez en adultos mayores de 45 años de edad

- Tamizaje de riesgo cardiovascular.
- Inscripción y control a los programas de hipertensión, diabetes, enfermedad renal crónica, hiperlipidemias y obesidad.

Educación

- Promoción de estilos de vida (actividad física, dieta saludable y desestimular el consumo de cigarrillo y alcohol).
- Prevención de enfermedades cardiovasculares.
- Sexualidad sana y responsable.
- Prevención de ITS y VIH SIDA.
- Prevención de cáncer de cérvix y mama
- Promoción del buen trato y manejo de conflictos.
- Consejería y consulta en salud sexual y reproductiva
- Planificación familiar.
- Prevención de ITS y VIH SIDA.
- Salud oral.
- Agudeza visual.
- Detección temprana de cáncer de cérvix, seguimiento y tratamiento cuando se requiera.
- Laboratorio clínico.
- Detección temprana de cáncer de mama (mamografías a mayores de 50 años).
- Seguimiento y tratamiento cuando se requiera.

Maternidad segura y saludable:

A través de este programa Coomeva EPS identifica e interviene tempranamente con el equipo de salud, a la mujer y su familia, identificando los riesgos relacionados con el embarazo, parto y puerperio. Se realiza la planificación, intervención y control de los mismos, a fin de lograr una gestación saludable que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas para la madre y su hijo.

- Consulta por primera vez y control con aplicación del modelo biopsicosocial y los criterios de alto riesgo.
- Diligenciamiento de la historia clínica materno perinatal con el sistema de alertas.
- Vacunación (TD y MMR).
- Ayudas diagnósticas y laboratorio clínico.
- Salud oral.
- Consulta de psicología y nutrición.
- Seguimiento a gestantes POS hospitalizadas.
- Vigilancia de los factores de riesgo por especialista.
- Remisión a programas de seguimiento de la enfermedad a gestantes de alto riesgo, de acuerdo con criterios previamente establecidos.
- Atención del parto, posparto y recién nacido.

Educación

Fase 1: Preparación para el embarazo (fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el auto cuidado como factores protectores).

Fase 2: Estilo de vida, cuidados durante el embarazo y estimulación fetal.

Fase 3: Preparación para el parto, posparto y cuidados del recién nacido.

Fase 4: Lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, cuidados del recién nacido y planificación familiar.

3.3.2 Acceso a los servicios del POS

Los servicios ofertados por Coomeva EPS están reglamentados en el Plan Obligatorio de Salud. El acceso a los servicios no contemplados en este plan (Servicios No Pos) se realizara a través del proceso establecido por la norma “Comités Técnico Científicos” según los soportes y requerimientos en esta misma estipulados.

El acceso a los derechos adquiridos para los afiliados al Régimen Contributivo se otorgará de acuerdo a los tiempos relacionados a continuación:

SEMANAS DE COTIZACIÓN	SERVICIO POS
Durante las primeras cuatro semanas	Atención inicial de urgencias, maternidad, atención del recién nacido y actividades de promoción y prevención.
Después de cuatro (4) semanas	Consulta médica general Consulta médica especializada con remisión. Exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas. Medicamentos. Hospitalización y cirugía de baja complejidad.
Después de Veintiséis (26) semanas	Hospitalización, cirugía de mediana complejidad y tratamientos de enfermedades ruinosas o catastróficas.

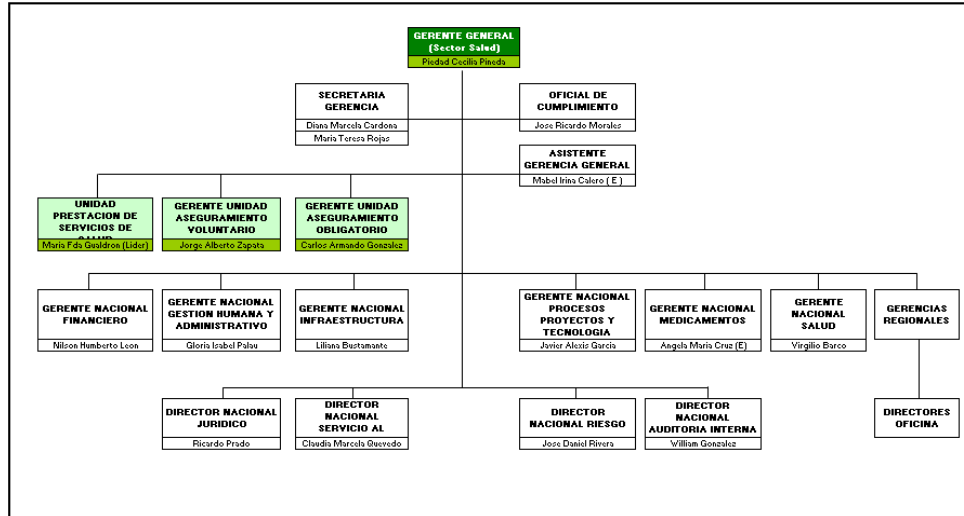
Toda persona afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho a trasladarse a otra EPS, siempre y cuando tenga una permanencia mínima de 12 meses continuos en la actual. Para efecto de la prestación de los servicios, la antigüedad de las semanas cotizadas en la anterior EPS, le permite al afiliado y a su grupo familiar continuar recibiendo la atención a que tengan derecho.

3.4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

3.4.1 Organigrama

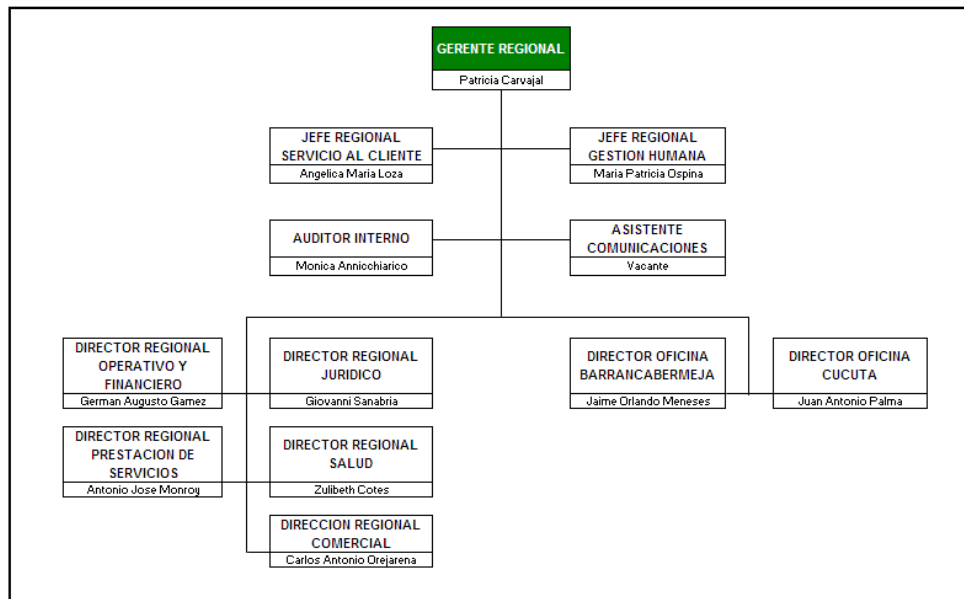
Organigrama Nacional

Figura 9. Organigrama Nacional (Documento Estructura organizacional Coomeva EPS).



Organigrama Regional

Figura 10. Organigrama Regional (Documento Estructura organizacional Coomeva EPS).



3.4.2 Mapa de proceso²²

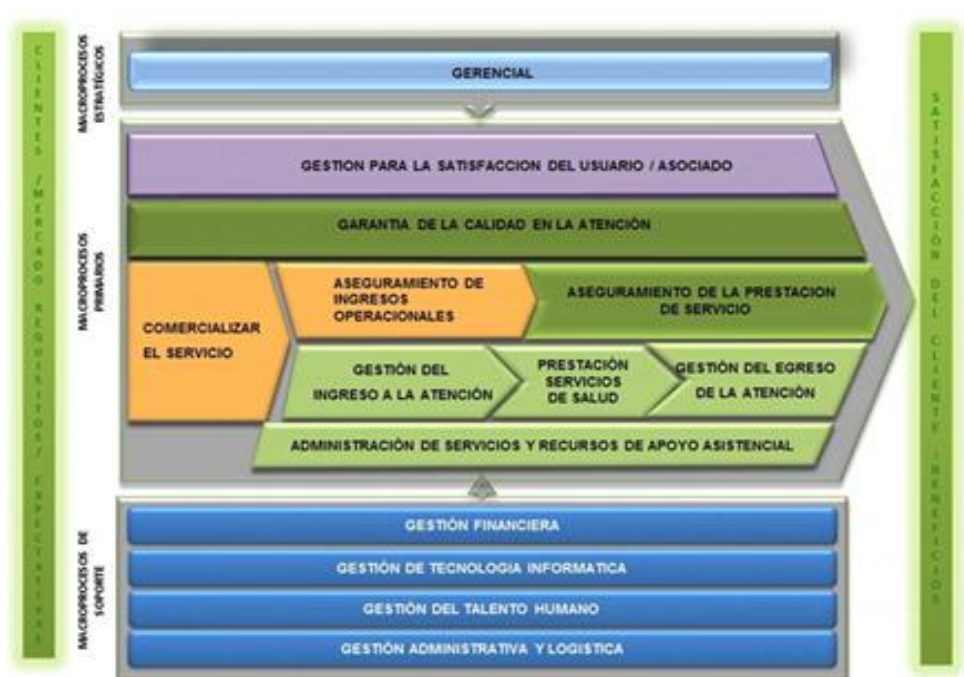
A través del mapa, se identifican los procesos que hacen parte del alcance del Sistema de Gestión de Calidad para todos los procesos Institución.

Es la explicación gráfica de cómo al interior de la Institución se trabaja articuladamente en búsqueda de la satisfacción del usuario. De igual manera, el mapa permite identificar los procesos que transforman las necesidades de los usuarios (procesos misionales) en un servicio de calidad; los procesos que soportan el desarrollo de estas transformaciones, denominados procesos de apoyo y; los procesos que dirigen, controlan y evalúan el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad para Procesos Administrativos de la EPS, que se constituyen en procesos de gerenciales.²³

²² Manual de Calidad Coomeva Eps, 2010

²³ Manual Seguridad del Paciente de la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo; Dr. Néstor Fabián Ruiz Santamaría, Trabajo de Grado EASS UIS, 2011

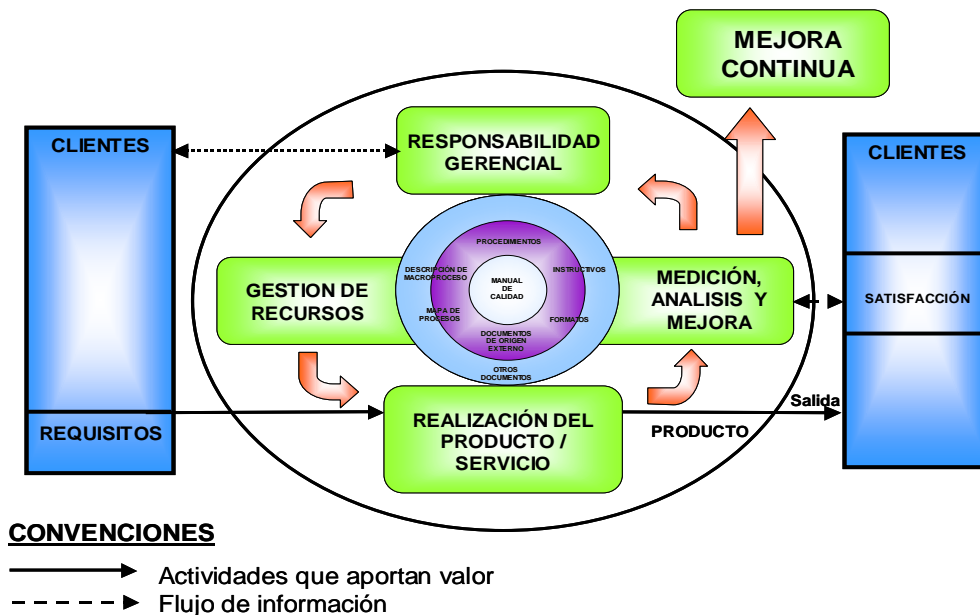
Figura 11. Mapa de Procesos Coomeva EPS. (Documento Sistema Gestión de Calidad Coomeva EPS)



- Macroproceso Estratégico: Proporcionar los lineamientos y directrices a todos los procesos de la organización.
- Macroproceso Primario: constituye los procesos misionales de la organización, la prestación de los servicios médicos, los procesos comerciales de afiliación, aseguramiento, ingresos operacionales, satisfacción del usuario y procesos de apoyo propios de la prestación del servicio asistencial.
- Macroproceso de Soporte: Corresponde a los procesos de apoyo a la operación, Recurso humano, administrativo, tecnológico y financiero.

3.4.3 Sistema de gestión de la calidad²⁴

Figura 12. Sistema de Gestión de Calidad (Documento Sistema Gestión de Calidad Coomeva EPS)



PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Basados en el segundo principio del SGC “Liderazgo”, COOMEVA EPS S.A. define el pensamiento organizacional contenido en la Misión, Visión, y Valores los cuales permiten conducir la organización de una manera ordenada hacia el futuro, garantizando la continuidad del negocio en el tiempo, la integridad, el mejoramiento del SGC y así la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes.

²⁴ Manual de Calidad Coomeva Eps 2010

4. DISEÑO METODOLOGICO PARA LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD BASICA DE ATENCIÓN DE COOMEVA EPS CON ÉNFASIS EN LA ATENCIÓN SEGURA Y LA EXCELENCIA EN EL SERVICIO.

Procurar no solo el cumplimiento de las exigencias normativas que hemos ampliamente descrito, para el funcionamiento de las Instituciones Prestadoras de Salud en este caso de nivel básico, si no más aún, mejorar continuamente la prestación de servicios de salud con una verdadera cultura de atención segura y excelencia en el servicio, es decir, servicios de salud enfocados en sus usuarios y no solo en el sistema, es uno de los más importante retos que asume hoy por hoy todas las instituciones prestadoras de salud en Colombia y para lo cual COOMEVA EPS a través de sus Unidades Básicas de Atención mediante sus desarrollos se ha ido preparando en los temas referentes al Sistema Único de Habilitación, la Política de Atención Segura y la Cultura de Servicio, todos estos enmarcados en su Sistema de Gestión de Calidad.

Estas 3 dimensiones: Habilitación de Servicios de Salud, Atención Segura y Cultura del Servicio son fundamentales en un sistema de salud que propende por ofrecer servicios de salud con calidad y no son dimensiones aisladas; por el contrario, son complementarias y su interrelación, aplicación y seguimiento tal como se expuso ampliamente en el marco teórico, tiene como punto común el diseño, ejecución y seguimiento del PAMEC. Es decir la complementariedad, interrelación y sinergia la constituye el PAMEC integralmente, en el cual mediante sus herramientas, metodología y seguimiento se pueden evaluar, renovar y si es necesario replantear las estrategias utilizadas para la consecución de los objetivos establecidos en cada una de estas dimensiones, sin duda alguna interdependientes en el ámbito de la atención segura y excelencia en el servicio.

Figura 13. Interrelación y Complementariedad de la Habilitación de Servicios de Salud, Atención segura y Cultura de Servicio en el PAMEC.



A continuación, se plantará la metodología aplicable para la puesta en funcionamiento de las Unidades Básicas de Atención de COOMEVA EPS en todo el territorio nacional con énfasis en la atención segura y excelencia en el servicio.

Esta metodología se aplica en 5 fases y debe iniciarse su aplicación con un tiempo no inferior a 42 días calendario (6 semanas) previos a la fecha estipulada para la puesta en funcionamiento de la nueva Unidad de Atención Básica y en la cual deben concurrir la integración vertical y participación de procesos misionales (Prestación de servicios de salud, Administración de servicios de salud y recurso de apoyo asistencial) y procesos transversales estratégicos y de soporte (Gestión para para la satisfacción del usuario/asociado, Garantía de la calidad en la atención, Gestión Financiera, Gestión del talento humano, Gestión de administración y logística).

Esta metodología aplica a la apertura de las nuevas Unidades Básicas de Atención que se requieran para la prestación de servicios básicos (consulta externa, odontología y programas de prevención y promoción) de los usuarios de COOMEVA EPS.

Inicia en el momento en el cual se cuente con la infraestructura y dotación en equipos médicos y administrativos necesarios para el funcionamiento de la unidad a la luz de la normas medico arquitectónicas y técnicas vigentes para estos aspectos.

Las fases propuestas son: Fase 1: Selección y Contratación de personal, Fase 2: Verificación Requisitos de Habilitación, Fase 3: Socialización de la Política de Seguridad en la Atención y el PAMEC, Fase 4: Socialización y Entrenamiento en Promesa de Servicio “Pasión Coomeva” y Fase 5: Seguimiento.

Los actores más importantes en la ejecución de esta metodología son: DIRECTOR DE LA UNIDAD, COORDINADOR ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD Y AUDITOR REGIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS.

FASE 1: Selección y Contratación de Personal

Esta primera fase debe iniciar 35 días calendario antes de la fecha estimada para la apertura de la nueva Unidad Básica de Prestación.

Con la concurrencia de la Gerencia Regional de COOMEVA EPS y la Dirección Regional de Prestación de Servicio posterior a evaluar la necesidad de la apertura de una nueva Unidad Básica de Atención y soportados en los análisis financieros y la necesidad de personal según población asignada a esta nueva unidad (Ver Anexo 7 Calculo de personal - Estándares de contratación). Solicitará a la Jefatura Regional de Gestión Humana la selección y contratación del personal requerido para la operación de la nueva Unidad según el proceso establecido para este fin y publicado en la plataforma documental de COOMEVA EPS.

Debe darse prioridad a la designación de los cargos: DIRECTOR DE UNIDAD Y COORDINACION ADMINISTRATIVA DE UNIDAD con el fin de dar continuidad a la segunda fase de la metodología que en su inicio debe hacerse de manera simultanea con la selección y contratación del resto de personal.

Tiempo máximo para la selección y contratación de personal: 3 semanas.

FASE 2: Verificación Requisitos de Habilitación.

Como responsables de esta segunda fase se designa al DIRECTOR DE LA UNIDAD, COORDINACION ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD Y AUDITOR REGIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS. Estas personas lideradas por el DIRECTOR DE LA UNIDAD y asesorados por el AUDITOR REGIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS, aplicaran la verificación de las condiciones de habilitación de la unidad (Ver Anexo 2 Plantillas de condiciones mínimas de

habilitación) y realizarán la debida gestión ante los entes reguladores para finalmente lograr la inscripción y habilitación de esta nueva unidad.

La recopilación de la documentación necesaria se realizará bajo las siguientes responsabilidades:

Responsabilidades del DIRECTOR DE UNIDAD:

- ✓ Realizar la autoevaluación de los estándares de habilitación contemplados en la normatividad vigente de acuerdo a las características definidas para la prestación del servicio y al tipo de unidad, teniendo en cuenta el cumplimiento de los criterios de cada uno de los estándares contemplados en la lista de chequeo según su nivel de complejidad ya mencionados.
- ✓ Solicitar a la Dirección Regional Administrativa y Financiera los siguientes documentos:
 - Certificado de Suficiencia Patrimonial y Financiera
 - Certificado de Registro Mercantil (Cámara y Comercio)
 - Certificado de existencia y representación legal
 - Fotocopia de Nit o RUT
 - Fotocopia de la cedula del representante legal
 - Fotocopia de tarjeta profesional del contador o revisor fiscal
- ✓ Diligenciar y presentar el formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud ante las entidades departamentales y distritales de salud correspondiente para efectos de la inscripción.
- ✓ Verificar que en el formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud se declare los servicios que se presentan en forma permanente en la Unidad de Prestación de Servicios.

El DIRECTOR DE LA UNIDAD acompañado del AUDITOR REGIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS para el proceso de inscripción en el ente territorial debe adjuntar la siguiente documentación:

- Auto evaluación en condiciones de Habilitación (Resolución 1043 Anexo Técnico 1)
- Certificado de Suficiencia Patrimonial y Financiera
- Certificado de Registro Mercantil (Cámara y Comercio)
- Certificado de Existencia y Representación legal
- Formulario Apertura de Sede (impreso original y copia, firmado por el representante legal) Se debe obtener de la página de cada Ente Territorial
- Formulario Apertura de Sede (en medio magnético) Se debe obtener de la página de cada Ente Territorial
- Fotocopia de Nit o RUT
- Fotocopia de la cedula del representante legal
- Fotocopia de tarjeta profesional del contador o revisor fiscal
- Programa Auditoria para el mejoramiento de la calidad-PAMEC
- Cronograma ejecución del PAMEC
- Licencia de Funcionamiento De Equipos Imaginología: En caso de que aplique para la unidad
- Listado del Recurso Humano que contenga: Nombre(s) y Apellidos, No de documento de identificación, profesión, Cargo, Número de Registro del diploma, Horario de atención. (aplica para algunos entes territoriales)
- Fotocopia de los diplomas de especialistas, y de la homologación de títulos cuando ha estudiado en el exterior (pregrado, especialidades).(aplica para algunos entes territoriales)

Es responsabilidad del Director de Unidad fijar en lugares visibles al público, el distintivo que define el Ministerio de la Protección Social e igualmente el certificado de habilitación, mediante el cual se identifique que los servicios que frecen se encuentran habilitados.

Además, es responsabilidad del Director de Unidad preparar la visita de verificación de condiciones de habilitación programada por el Ente Territorio.

Debe dejar evidencia de la gestión realizada a cada una de las actividades anteriormente descritas en formatos acta plan de acción (Anexo 4).

Tiempo máximo para verificación de requisitos de habilitación, reporte de formulario y programación de visita ente de control: 4 semanas.

FASE 3: Socialización de la Política de Seguridad en la Atención y PAMEC.

A través de la realización de charlas magistrales y talleres grupales socializar a todo el personal administrativo y asistencial contratado haciendo especial énfasis en sus aspectos de mayor compromiso según los siguientes documentos:

- ❖ POLITICA DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN EN UNIDADES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD COOMEVA SECTOR SALUD “ATENCIÓN SEGURA”.
- ❖ PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC).

Responsables de la capacitación: DIRECTOR DE LA UNIDAD, COORDINACION ADMINISTRATIVA y AUDITORI REGIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS.

Además, según perfiles del personal contratado cuyas hojas de vida deben ser conocidas y analizadas por la DIRECCION DE LA UNIDAD y la COORDINACION ADMINISTRATIVA designar el Medico Líder Asistencial y de Calidad y el Odontólogo Líder Asistencial y de Calidad y con estas designaciones proceder a la constitución de los comités de la unidad con sus debidas responsabilidades y tareas tal como se referencia en el marco teórico y documentos de soporte registrados en la plataforma documental de COOMEVA EPS.

COMITÉS DE LA UNIDAD:

1. COMITÉ DE CALIDAD: Liderado por la DIRECCION DE LA UNIDAD.
2. COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y SEGURIDAD DE LA ATENCION: Liderado por los profesionales Medico y Odontólogo lideres Asistenciales y de Calidad.
3. COMITÉ INTEGRADO DE UNIDAD SALUDABLE: Como líder del Comité se designa la COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA DE LA UNIDAD. Incluye plan de Emergencia y Plan ambiental de la unidad.
4. COMITÉ PRIMARIO: Lidera el comité la DIRECCION DE LA UNIDAD.

Tiempo máximo para la socialización y entrenamiento en política de seguridad en la atención, PAMEC y constitución de comités: 1 semana.

FASE 4: Socialización y Entrenamiento en la Promesa de Servicio “PASION COOMEVA”

Apoyado en el área de servicio al cliente, el Director de la Unidad y la Coordinación Administrativa de la unidad mediante charlas magistrales y talleres

grupales socializarán y realizarán su respectivo entrenamiento en las tres promesas de servicio de COOMEVA EPS: YO RESPETO, YO ASESORO, TODOS RESOLVEMOS. Según documentos y actividades descritas soportadas en la plataforma documental de COOMEVA EPS.

Tiempo para la socialización y entrenamiento en promesa de servicio “PASION COOMEVA”: 1 semana.

FASE 5: Seguimiento.

Posterior a la ejecución de las 4 fases anteriormente descritas y sometidas a verificación visual y documental por la DIRECCION DE LA UNIDAD Y EL AUDITOR REGIONAL DE PRESTACION DE SERVICIOS se procede a dar apertura a la Nueva Unidad Básica de Atención.

Seguimiento:

- 1) Mensual: Mediante la ejecución de los comités de la unidad se realizará seguimiento mensual a los requisitos de habilitación, política de seguridad del paciente y cultura del servicio.
- 2) Semestral: Es responsabilidad del Director de la Unidad, el Auditor regional y Auditor Nacional verificar cada semestre el cumplimiento de las condiciones de habilitación exigidas y constatar las condiciones de calidad en las que se están prestando servicios dentro de los parámetros que define el ente territorial diligenciando el formato “Plantilla Verificación de Condiciones de Habilitación”. Es responsabilidad del Director de la unidad y del equipo de calidad el seguimiento y ejecución continua del PAMEC; aplicar 2 veces al año la autoevaluación de sus procesos críticos asistenciales y cierre de brechas.

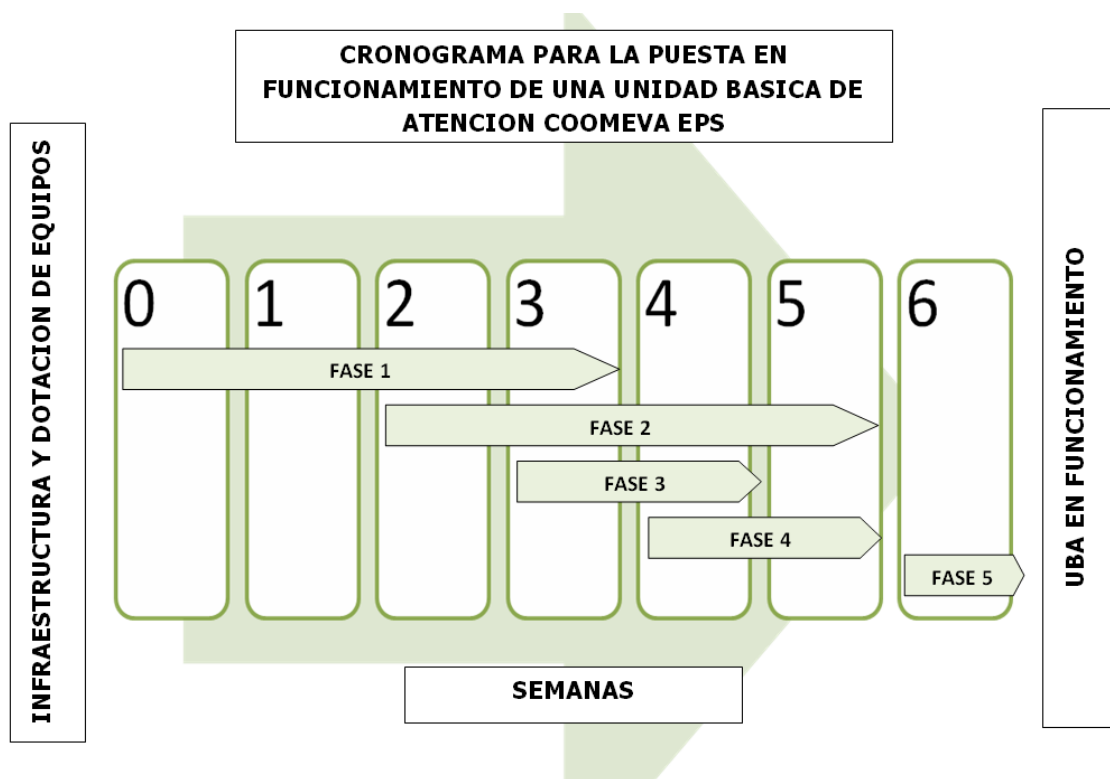
Esta última fase inicia en semana 6 y se mantiene en el tiempo en el cual se encuentre funcionando la unidad.

Es responsabilidad del Director de la Unidad garantizar el mantenimiento y mejoramiento continuo de las condiciones de la calidad de sus servicios.

A continuación se graficará en una gráfica de tiempo (semanas) la ejecución de cada una de estas 6 fases, vale la pena mencionar que son fases dinámicas e interrelacionadas; no excluyentes. Además, la ejecución de la última fase se mantiene en el tiempo.

De esta manera metodológica con la aplicación de cada una de estas fases para la puesta en funcionamiento de una Unidad Básica de Atención de COOMEVA EPS se facilita su apertura con especial enfoque en atención segura y excelencia en el servicio.

Figura 14. Cronograma para la Puesta en Funcionamiento de una UBA de Coomeva EPS.



FASE 1	<ul style="list-style-type: none"> • SELECCION Y CONTRATACION
FASE 2	<ul style="list-style-type: none"> • REQUISITOS DE HABILITACION
FASE 3	<ul style="list-style-type: none"> • SOCIALIZACION Y ENTRENAMIENTO ATENCION SEGURA
FASE 4	<ul style="list-style-type: none"> • SOCIALIZACION CULTURA DEL SERVICIO "PASION COOMEVA"
FASE 5	<ul style="list-style-type: none"> • VALIDACION DE SOPORTES Y SEGUIMIENTO

5. CONCLUSIONES:

- Calidad en salud significa no solo el cumplimiento de la norma; más aún, refiere a servicios de salud enfocados en el usuario que garantice atenciones seguras y alta satisfacción con el servicio recibido.
- En el desarrollo e implementación del sistema de garantía para la calidad existen herramientas de gran valor que le permite a las instituciones la consecución del producto en salud deseado enmarcado en términos de calidad.
- La calidad en salud pretende la renovación continua de cada uno de los procesos que intervienen en la prestación del servicio en la búsqueda permanente de estándares óptimos en la prestación de los servicios entendiendo cada uno de estos procesos como acciones dinámicas e interdependientes.
- El PAMEC en las instituciones prestadoras de servicio de salud puede interpretarse como el punto de encuentro y renovación continua del sistema único de habilitación, política de seguridad en la atención y cultura de servicio con enfoque de servicios de salud con atenciones seguras y excelencia en el servicio.
- Los desarrollos de COOMEVA EPS referentes al sistema único de habilitación, seguridad en la atención y cultura de servicio no deben ser interpretados como eventos independientes, por el contrario su ejecución metodológica y organizada aplicadas a la puesta en funcionamiento de las nuevas unidades de atención básica de COOMEVA EPS facilita la apertura de estas IPS con un importante enfoque en atención segura y excelencia en el servicio, que incluso mejoraría las existentes.

- Se ha diseñado una metodología práctica, basada en el marco legal vigente, las herramientas y documentos ya existentes en la plataforma documental de COOMEVA EPS que aplicada de manera sistemática, facilitará la puesta en funcionamiento de las nuevas unidades básicas de atención de esta organización, como también a través del PAMEC de las actuales Unidades Básicas de Atención, dada la condición necesaria de mejoramiento continuo.

BIBLIOGRAFIA

- Comportamiento del consumidor Assael, 1999.
- Manual de Calidad Coomeva EPS 2010
- Manual Política Seguridad en la Atención I Coomeva EPS 2010.
- Documento Política Cultura del Servicio Coomeva EPS, 2011
- Documentación Diplomado Acreditación ICONTEC, 2011
- Ley 100 de 1993
- Manual Seguridad del Paciente de la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo; Dr. Néstor Fabián Ruiz Santamaría, Trabajo de Grado EASS UIS 2011
- Decreto 1011 de 2006
- Manual Seguridad del Paciente de la ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo; Dr. Néstor Fabián Ruiz Santamaría, Trabajo de Grado EASS UIS 2011
- Documento Gestión de la Calidad Coomeva Eps – Marco Legal Prestación de Servicios Unidades Propias, 2010
- Centro de Gestión Hospitalaria | víasalud Sergio Luengas Amaya pag 7-12 No 36 año 2010
- Documentos programa auditoria para mejoramiento de la Calidad (PAMEC) 2010
- Documento Modelo de Atención unidades básicas Coomeva EPS 2008
- Artículo Revista centro de gestión hospitalaria | víaSALUD | número 29 Hernando Baquero M.D. pág. 30-32, 2009
- Artículo Revista Vía Salud Prepárese para ofrecer servicios humanos Una necesidad del sector salud. No 43. 2008.
- www.minproteccionsocial.gov.co
- <http://doctorbaena.blogspot.com/2010/09/sintesis-decreto-1011-del-3-abr-2006.html>

- http://www.inpsicon.com/index.php?option=com_content&view=article&catid=43%3Aarticulos&id=478%3A-marta-gutierrez-de-pi%C3%B1eres&Itemid=54&lang=es
- <http://www.slideshare.net/androgena/historia-de-servicio-al-cliente1>

ANEXOS

ANEXO A. PLANTILLA VERIFICACIÓN DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN



Plantilla Verificación de Condiciones de Habilitación

Nombre UBA:				
Nombre del Evaluador:				
Fecha de la Evaluación:				
Número de registro ante el Ente Territorial:				
Fecha de visita por la Secretaría de Salud:				
CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS DEL SISTEMA ÚNICO DE HABILITACION DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD				
1. RECURSOS HUMANOS				
Estándar: El personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio.				
SERVICIO	CRITERIO	CUMPLE	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
TODOS LOS SERVICIOS	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales, cuentan con el título formal o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación por el Ministerio de Educación.	1		Listado de personal asistencial actualizado que incluya Nombre, profesión y/o especialidad, documento de identidad, tarjeta profesional, Universidad o Instituto que lo acredita, fecha de ingreso a la IPS, convalidación del icfes si lo requiere, este listado debe estar directamente correlacionado con los servicios declarados y habilitados. y debe corresponder al 100% de los profesionales que laboran en la UBA. Recomendación Si el personal es contratado a través de CTA se debe tener constancia de seguimiento a la contratación del personal por parte de esta, y debe constar en actas de verificación del servicio contratado.
TODOS LOS SERVICIOS	El proceso de selección de	1		Proceso de

	<p>personal incluye la verificación del título de grado de especialista, profesional, técnico, tecnólogo y los certificados de aptitud ocupacional de auxiliar previo a la vinculación.</p>		<p>Selección documentado que incluya la verificación del título.</p> <p>Recomendación Si el personal es contratado a través de CTA se debe tener constancia de seguimiento a la contratación del personal por parte de esta, y debe constar en actas de verificación del servicio contratado.</p>
TODOS LOS SERVICIOS	<p>Los profesionales de salud cumplen con los requisitos legales de formación y entrenamiento en las profesiones, especialidades formalmente reconocidas por el Estado, en el ámbito de los servicios ofrecidos. La tabla anexa al presente estándar identifica los perfiles de recurso humano exigido para los servicios. Además del requisito mínimo exigido, se podrá contar con el recurso humano adicional que la institución considere según la naturaleza de los servicios.</p>	1	<p>Hojas de vida completas de todo el personal asistencial que tengan como documentos mínimos: Hoja de vida, Diploma o certificado (auxiliares), registro ante la secretaría de salud correspondiente, certificado de idoneidad del título expedido por la correspondiente universidad. En las hojas de vida del personal de odontología deben figurar las mediciones de dosimetría y el carné de radioprotección (para todos aquellos que hagan uso del equipo de rayos X). Del personal contratado por CTA deben tener copias de la hoja de vida, certificados y diplomas.</p> <p>Recomendación Si el personal es contratado a través de CTA se debe tener constancia de seguimiento a la contratación del personal por parte de esta, y debe constar en actas de verificación del servicio contratado.</p>

<p>TODOS LOS SERVICIOS</p>	<p>El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada o la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.</p>	<p>1</p>		<p>Tener indicadores claros de cada uno de los servicios de frecuencia y extensión de uso, horas contratadas y oportunidad</p> <p>Recomendación Tener evidencias de cálculo de RRHH requerido de acuerdo con la población asignada y las frecuencias de uso ó estándares de RRHH según población.</p>
<p>TODOS LOS SERVICIOS</p>	<p>Todo el recurso humano expuesto a radiaciones ionizantes, excepto los correspondientes a servicios de odontología independiente de odontología, deben tener carné de radioprotección y dosímetro en la categoría respectiva, expedido por la entidad correspondiente.</p>	<p>1</p>		<p>En las hojas de vida del personal de odontología que hace uso del equipo de rayos x debe constar las mediciones periódicas de dosimetría (mensual), fotocopia del carné de radioprotección, y que dicho persona porte el dosímetro.</p> <p>En las UBAS que se tiene subcontratado con un tercero el servicio de odontología o de radiología se deberá verificar que dicho proveedor cumpla con este requisito.</p> <p>En las ciudades del país que no se cuente con el servicio de lectura del dosímetro se deberá pedir una certificación a la seccional de salud correspondiente, para poder justificar el no cumplimiento de esterequisito.</p> <p>Recomendación En la UPP se debe extender este requisito a los Tecnicos de radiología</p>
<p>TODOS LOS SERVICIOS</p>	<p>Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben</p>	<p>1</p>		<p>Garantizar las hojas de vida en</p>

	estar centralizadas en la oficina de personal de la IPS o en lugares especializados de archivo que garanticen su custodia. De igual manera, en cada sede se deben tener copias de las hojas de vida del personal que labora en ella o contar con un mecanismo que les permita garantizar el acceso a éstas.			cada UBA y/o UPP Recomendación Si el personal es contratado a través de CTA se debe tener constancia de seguimiento a la contratación del personal por parte de esta, y debe constar en actas de verificación del servicio contratado.
CONSULTA MÉDICA GENERAL	Médico general	1		
CONSULTA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	Médico especialista o subespecialista, respectivo de programas o títulos autorizados por el Ministerio de Educación.	1		
CONSULTA ODONTOLÓGICA	Odontólogo. Si toma radiografía, con entrenamiento certificado y carne de radioprotección	1		
HIGIENE ORAL	Odontólogo o higienista oral, este último bajo la supervisión del odontólogo.	1		
CONSULTA DE ENFERMERÍA	Enfermera profesional.	1		
CONSULTA DE SICOLOGÍA	Sicólogo.	1		
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	Nutricionista dietista	1		
TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGÍAS CERVICO-UTERINAS.	Médico general o enfermera o bacteriólogo o citohistotecnólogo. Todo el personal involucrado en la toma de citología debe recibir capacitación y tener entrenamiento certificado específico. En aquellos lugares donde se demuestre no tener acceso a este recurso humano podrán realizarlo auxiliares de enfermería con entrenamiento certificado	1		OJO La Toma de citología debe hacerse por personal que certifique el entrenamiento en esta, solo podrá ser Médico general o enfermera o bacteriólogo o citohistotecnólogo; si quien toma las citologías es auxiliar de enfermería debemos demostrar que en esa zona no se tiene acceso a ese recurso, y debemos tener certificación del entrenamiento específico del auxiliar en la toma de citologías. Recomendación Verificar que el proceso de habilitación sea adecuado en cada tercero que tenga contratado.
VACUNACION	Médico o enfermera, como	1		El personal de

	responsable del servicio. Podrán contar con personal auxiliar de enfermería o promotores de salud, los cuales deben tener entrenamiento específico en el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI.			vacunación debe demostrar entrenamiento en PAI. Recomendación Hojas de vida del personal con los certificados de entrenamiento del PAI
UROLOGIA	Médico especialista en urología.	1		Hoja de vida con verificación de la especialización
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	El recurso humano requerido para los procedimientos que realice de acuerdo con las competencias definidas en las leyes del ejercicio profesional en salud. El recurso humano no es exclusivo de este servicio, será el mismo habitado en consulta externa u otros servicios.	1		
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	En salud oral las actividades podrán ser realizadas además por higienista oral o auxiliar en salud oral. Si la institución ofrece la implementación de los Programas de detección temprana y protección específica deberá contar con: Para detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo, la toma de citología cérvico uterina en detección temprana del cáncer de cuello uterino, detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven, consulta, control, aplicación de DIU de intervalo en Planificación familiar y los demás programas de enfermedades crónicas, ETS, VIH SIDA, TBC y enfermedades de interés en salud pública: médico o enfermera profesional. La toma de citologías cérvico – vaginales, podrá ser realizada por auxiliar en enfermería con entrenamiento certificado. Para la detección temprana de las alteraciones del embarazo: Médico quien podrá delegar algunas actividades en enfermera profesional. Para la lectura y reporte de la citología Cerviño uterina:	1		Para el desarrollo de los diferentes programas de detección temprana debe garantizar: Enfermera profesional, Médico general, Gineco-obstetra, Urologo, Optometra, Oftalmologo, en el programa de riesgos sicosociales: Sicologo, para vacunación: personal con entrenamiento en PAI supervisado por enfermera profesional, para la toma de citología : personal que certifique entrenamiento.

	<p>citotecnólogos bajo la supervisión y asesoría de un citopatólogo o patólogo; quien realizará el control de calidad, médico general gineco-obstetra para determinar la conducta a seguir de acuerdo con los resultados.</p> <p>Para vacunación según el Esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones: Auxiliar en enfermería y/o promotor de salud con entrenamiento en Vacunación certificado por la dirección territorial o por otra institución o por profesional de enfermería o médico con experiencia en el PAI. Auxiliar en enfermería, con la supervisión de enfermera Profesional o médico con experiencia en el tema.</p> <p>Para atención preventiva en salud bucal: Odontólogo o higienista oral.</p> <p>Médico especialista en urología para la esterilización quirúrgica masculina y médico especialista en gineco-obstetricia para la esterilización quirúrgica femenina y aplicación de DIU intracavaria.</p> <p>Para las actividades de evaluación de riesgos psicológicos y sociales En detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven contará con profesional en psicología.</p> <p>Para detección temprana de las alteraciones del Adulto: Médico general.</p> <p>Para detección temprana del cáncer de seno: Médico general, gineco-obstetra o cirujano general o especialista en cirugía de seno para las actividades preventivas de autodiagnóstico por parte del paciente.</p> <p>Para detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual: Optómetra o médico para la toma de agudeza visual y médico especializado en oftalmología para el examen oftalmológico y optómetra para examen optométrico.</p>		
TOTAL		100%	
2. INFRAESTRUCTURA – INSTALACIONES FÍSICAS – MANTENIMIENTO			
Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son			

adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.				
SERVICIO	CRITERIO	CUMPLE	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
TODOS LOS SERVICIOS	La institución garantiza los servicios de suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica, como también de manejo y evacuación de residuos sólidos y de residuos líquidos. La infraestructura para el manejo y evacuación de residuos sólidos y residuos líquidos deberá garantizarse por edificación independiente de que sea compartida por varios servicios o profesionales.	1		Planta eléctrica obligatoria si se prestan los servicios de urgencias, vacunación (si no se cuenta con nevera horizontal) *Tanque de agua con capacidad de suministro para 12 horas de funcionamiento, si se cuenta con este debe acreditarse el mantenimiento y limpieza del mismo *Plan de Gestión de Residuos Hospitalarios y Similares radicado ante el ente de control correspondiente, el cual debe cumplirse a cabalidad en la UBA y / o UPP , y debe tener plano de la UBA y / o UPP con las rutas señaladas de movimiento de desechos de diferentes tipos (biológicos, comunes y reciclables) *Análisis de vertimiento de desechos líquidos, hecho por una entidad reconocida por el ente gubernamental correspondiente en la región. *Licencia ambiental
TODOS LOS SERVICIOS	Las instalaciones interiores para suministro de agua están diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.	1		
TODOS LOS SERVICIOS	La institución no debe estar localizada en lugares con un riesgo continuo e inminente de desastres naturales o con áreas adyacentes con riesgos de salubridad graves e incorregibles que impiden mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de	1		Manual de bioseguridad

	Bioseguridad y las definidas por el comité de infecciones. En el manual de Bioseguridad se debe especificar las normas para el manejo de desechos sólidos y líquidos. Sin ser de obligatorio cumplimiento para efectos del proceso de habilitación, como parámetros de referencia podrá tenerse en cuenta lo previsto en el Decreto 2676 de 2000			
TODOS LOS SERVICIOS	La Institución debe garantizar mecanismos de aseo, tales como pocetas y garantizar el uso de lavamanos diferentes a los de los pacientes para lavar instrumentos y utensilios. Las pocetas para el lavado de material, estarán fuera de las áreas de hospitalización.	1		
TODOS LOS SERVICIOS	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.	1		Cronograma de mantenimiento de las instalaciones físicas, con los soportes de cumplimiento
TODOS LOS SERVICIOS	Existe un área específica que funciona como depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios peligrosos biosanitarios, anatomopatológicos y cortópunzantes, cuenta con acceso restringido con la debida señalización, cubierto para protección de aguas lluvias, iluminación y ventilación adecuadas, paredes lisas de fácil limpieza y lavables, con ligera pendiente al interior. Adicionalmente cuenta con elementos que impidan el acceso de vectores y roedores.	1		Cuartos de desechos cumpliendo lo descrito, así como con espacio separado y señalado para el manejo de los diferentes tipos de desechos. Programa de fumigación, con los soportes de su cumplimiento
CONSULTA EXTERNA	Dispone de las siguientes áreas: - Unidad sanitaria por sexo, que debe ser para el servicio de consulta externa en su totalidad y no por consultorio. - Consultorio con espacio cerrado con dos ambientes, uno para la realización de la entrevista y otro para la realización del examen físico, de tal manera que se respete la privacidad del paciente. - Debe contar con	1		OJO : Verificar al detalle lo descrito.

	<p>lavamanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los consultorios de gineco-obstetricia, urología, citología o toma de muestras y aquellos que por el tipo de examen que así lo requieran, deberán contar con unidad sanitaria exclusiva de fácil acceso. -Tiene un área específica Para los procedimientos que se deriven de la consulta . - Si presta el servicio de consulta externa en los Centros (le Reconocimiento de Conductores, (Que tengan como objeto único la expedición de los Certificados de aptitud física, mental y de coordinación motriz para conductores, previstos en la Resolución 1555 de 2005 del Ministerio de Transporte o de las normas que la sustituyan, modifiquen o adicionan, dispone de las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> - Unidad sanitaria, que debe ser para el servicio de consulta externa en su totalidad y no por consultorio. - Consultorio con espacio cerrado con - Cuenta con lavamanos o demuestra procedimientos para la limpieza de manos 			
CONSULTA EXTERNA DE ODONTOLOGÍA	<p>Debe contar con un ambiente exclusivo y delimitado en odontología, en el cual podrán funcionar varias unidades odontológicas. Cuando posean más de tres unidades odontológicas, deberán contar con una zona para esterilización, a menos que la IPS cuente con una central de esterilización. Además de las condiciones _definidas para consulta externa, debe contar con pocetas para el lavado de instrumental lavamanos para toda el área. Cuando se presten servicios que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes, todas las paredes, pisos y áreas de cielos rasos expuestas al haz, disponen de barreras primarias. Tiene sala de espera con unidad sanitaria. Consultorio con espacio cerrado con ambientes separados para entrevista del paciente y la realización de</p>	1		<p>Si el servicio es prestado por un tercero, verificar que cumpla con lo estipulado</p>

	procedimientos. Debe contar con lavamanos y pisos resistentes y lavables. Cuando se presten servicios que impliquen el manejo de adiciones ionizantes, las áreas en las que funcionen los equipos emisores deberán corresponder a las especificadas en la licencia vigente de funcionamiento de equipos de Rayos X de uso odontológicos expedida por la dirección territorial. Cuenta con un espacio físico que cumple las condiciones exigidas en el manual institucional para disposición de los desechos patógenos generados. Para radiografías panorámicas y otras radiografías odontológicas especializadas (no incluye periapicales) cumplirá con lo solicitado en infraestructura para el servicio de radiología.			
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO.	Debe existir un área dedicada para tomar muestras que esté dotada con muebles para tal fin. Debe tener un mezón sólido para la centrífuga. En ésta no debe haber tela ni madera expuesta, debe estar cubierta con plástico u otro material lavable. Toma de muestras ginecológicas y citologías Cérvico uterinas: Esta área debe ser independiente y privada. Área de aseo y sanitarios: Deben contar mínimo con un baño, poceta y lavamanos que puede ser compartido con otros servicios.	1		
SERVICIO DE VACUNACIÓN	Dispone de una área delimitada con espacio para refrigeradora en zona de sombra y alejada de toda fuente de calor, y cuenta con área para vacunación con lavamanos (este último puede ser compartido con otras áreas adyacentes).	1		OJO, la nevera debe tener clara y garantizada la cadena de frío. Termómetro, y curva de temperatura de la nevera.
TOTAL		100%		
3. DOTACIÓN – MANTENIMIENTO				
Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador				
SERVICIO	CRITERIO	CUMPLE	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
TODOS LOS SERVICIOS	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico. Todo equipo emisor de radiación ionizante de tipo médico debe	1		Inventario Actualizado de equipos de la UBA

	tener licencia expedida por la Dirección Territorial de Salud.			
TODOS LOS SERVICIOS	Realizar el mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior estará consignado en la hoja de vida del equipo, con el mantenimiento correctivo. Las hojas de vida deben estar centralizadas y deben tener copias en cada sede, de acuerdo con los equipos que tengan allí. El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.	1		*Cronograma de Mantenimiento preventivo de los equipos, incluida calibración y metrología *Hojas de vida de cada equipo, en las cuales se evidencie la realización del mantenimiento y calibración programados para cada uno. *Copia del contrato de mantenimiento preventivo, con hoja de vida del proveedor, en la cual se certifique la idoneidad y el entrenamiento de este *No se pueden tener equipos en mal estado, todos deben funcionar adecuadamente.
CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA GENERAL, O ESPECIALIZADA, PEDIATRÍA, SERVICIOS DE FOMENTO Y PREVENCIÓN CON PROGRAMAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SERVICIOS DE ATENCIÓN EXTRAMURAL EN CASO DE QUE PRACTIQUE PROCEDIMIENTOS DE VACUNACIÓN, CONSULTA EXTERNA DE OTROS PROFESIONALES DE LA SALUD.	1- Dotación básica para consultorio médico y para algunas especialidades si aplica: - Camilla, tensiómetro y fonendoscopio, equipo de órganos de los sentidos (para medicina general, pediatría, ORL, oftalmología), martillo de reflejos, metro y balanza de pie o pesa bebé según el caso. - La dotación de los consultorios de especialistas para los cuales no se haya establecido detalles particulares, será la exigida para la consulta de medicina general. - Los consultorios de medicina especializada, diferente a otorrinolaringología, oftalmología, pediatría, medicina interna y medicina familiar, no requieren medicina familiar, no requieren tener equipo de órganos de los sentidos.	1		

	<p> _ Los consultorios de especialistas contarán con los equipos básicos de la especialidad requeridos para la prestación de los servicios de consulta externa. _ Los consultorios de otros profesionales de la salud contarán con los equipos básicos requeridos para la prestación de los servicios de consulta externa de acuerdo con los servicios que preste. 2- Si ofrece vacunación cuenta con: Nevera exclusiva para biológicos con termómetro y termo, según Programa Ampliado de Inmunizaciones. - Biológicos, según el programa de inmunizaciones que ofrezca. 3- Si ofrece servicios en la modalidad de atención extramural, de acuerdo con los servicios que preste, cuenta con: _ Para consulta médica y controles de enfermería: Camilla, equipo de órganos de los sentidos, fonendoscopio y tensiómetro, metro, Termómetro, Tabla de agudeza visual, Balanza y tallímetro. _ Para Salud oral: Unidad odontológica portátil, instrumental básico de odontología en un número que garantice esterilización entre un paciente y otro. _ Para los servicios de Laboratorio clínico y Toma de muestras de Laboratorio Clínico: Se requerirá los elementos necesarios para tal fin, centrífuga, baño serológico, nevera y demás equipos, según los exámenes que realicen. _ Para Promoción y Prevención: contar con los elementos necesarios para la valoración de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas. Contenedor o caja para </p>		
--	---	--	--

	<p>transporte de biológicos en poliuretano que cumplan con las normas técnicas de OPS/UNICEF. Paquetes fríos suficientes para garantizar la cadena de frío.</p> <p>4- Los Servicios de Optometría y Fonoaudiología de los Centros de Reconocimiento de Conductores, que tengan como objeto social único la expedición de los Certificados de Aptitud Física, Mental y de Coordinación Motriz para Conductores, dispondrán solamente de la dotación necesaria para evaluar los parámetros establecidos por la Resolución 1555 de 2005 del Ministerio de Transporte o de las normas que los sustituyen modifiquen o adicione.</p>			
<p>CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y ESPECIALIZADA</p>	<p>_ Unidad Odontológica que contenga: Sillón con cabecera anatómica, Escupidera, Lámpara odontológica de luz fría, Bandeja para instrumental, Eyector, Jeringa Triple, Módulo de tres servicios con negatoscopio y acople para piezas de mano. _ Airotor, Micromotor, Contra-ángulo, Compresor de aire, - Autoclave o la aplicación de los métodos de esterilización contemplados en el Manual de Buenas Practicas del Ministerio de la Protección Social, - Disponibilidad mínima de juegos de instrumental básico, los cuales se componen de: Espejos bucales, Exploradores doble extremo, Sondas periodontales, Pinzas algodoneras, Cucharillas y/o excavadores, Jeringas, Cámpulas, en cantidad suficientes para garantizar la rotación de los mismos en</p>	<p>1</p>		

	<p>condiciones de esterilidad.</p> <p>_ - Se dispone mínimo del siguiente instrumental para operatoria: aplicador de dycal, condensador, porta amalgama, bruñidor y/o cleoide discoide.</p> <p>_ Instrumental mínimo para endodoncia: explorador de conductos, espaciador, condensador, limas, tiranervios, Dentrimetro.</p> <p>_ Instrumental mínimo para exodoncia simple y quirúrgica: fórceps, elevadores, porta agujas, tijeras, mango para bisturí, gubia (opcional)</p> <p>_ Instrumental mínimo para periodoncia: curetas, sonda periodontal, dentimetro, periostótomo.</p> <p>_ En los consultorios de especialistas se cuenta con el equipo e instrumental necesario según la especialidad.</p> <p>_ Se realiza mantenimiento de equipos con sujeción a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo.</p> <p>_ Se cuenta con recipientes para la disposición de los diferentes tipos de desechos que se generan que cumplen los requisitos exigidos en la normatividad vigente. Los equipos emisores deberán contar con las licencias vigentes de funcionamiento de equipos de Rayos X odontológicos de uso periapical. Si toma rayos x el que realiza el procedimiento dispone de Delantal de plomo, al igual que el paciente.</p>			
<p>TOMA DE MUESTRAS PARA CITOLOGÍAS CERVICO UTERINAS</p>	<p>Camilla y lámpara de cuello de cisne o su equivalente que permita la iluminación del campo de interés, espéculos y material necesario para realizar este procedimiento. Las muestras se toman con citocepillo endocervical y</p>	<p>1</p>		

	espátula, aséptico y desechables. El espéculo puede ser desechable o reutilizable siempre y cuando se garantice esterilización.			
SALA GENERAL DE PROCEDIMIENTOS MENORES	_ Camillas rodantes con freno y con barandas. _ Instrumental o equipo de pequeña cirugía, instrumental necesario de acuerdo con el tipo de procedimientos que se realiza.	1		
TOTAL		100%		
4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS -- GESTION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS				
SERVICIO	CRITERIO	CUMPLE	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
TODOS LOS SERVICIOS	La institución tiene un listado que incluye todos los medicamentos para uso humano requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dicho listado debe incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, fecha de vencimiento y presentación comercial, Según lo establecido en el Decreto 2200 de 2005 o las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan. Para dispositivos médicos un listado que incluya nombre genérico o marca del dispositivo, presentación comercial, registro sanitario, vida útil si aplica y clasificación de acuerdo al riesgo, según lo establecido en el Decreto 4725 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Se tienen definidas las especificaciones técnicas para la adquisición y se aplican procedimientos técnicos para almacenamiento y distribución de medicamentos, productos biológicos, reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico y en general los insumos asistenciales que utilice la institución.	1		* Proceso para compra almacenamiento y distribución de insumos médicos (ej medicamentos, especulos, etc), insumos odontológicos *Manejo de cadena de frío para biológicos (recepción, almacenamiento) *Inventarios actualizados
TODOS LOS SERVICIOS	Los procedimientos de adquisición de medicamentos y dispositivos médicos, incluyen la verificación del registro expedido por el INVIMA y el programa de farmacovigilancia y tecnovigilancia.	1		Todo insumo o medicamento debe tener registro de INVIMA
TODOS LOS SERVICIOS	Los medicamentos, productos biológicos,	1		*En el lugar de almacenamiento de

	<p>reactivos y dispositivos médicos, incluidos los de uso odontológico, medicamentos homeopáticos y en general los insumos asistenciales que utilice la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de medicamentos y dispositivos médicos de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y se aplican procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. En todo caso deberán contar con un instrumento para medir y controlar humedad y temperatura.</p>			<p>medicamentos, insumos odontológicos, reactivos, etc, se cuenta con termohigrometro y registro diario de curva de temperatura y humedad *Se debe garantizar que no se tenga en ningún servicio medicamentos o insumos vencidos</p>
TODOS LOS SERVICIOS	<p>Se tienen definidas normas institucionales y procedimientos para el control de su cumplimiento, que garanticen que no se reusen dispositivos médicos. En tanto se defina la relación y condiciones de reuso de dispositivos médicos, los prestadores podrán reusar, siempre y cuando definan y ejecuten procedimientos basados en evidencia científica que demuestren que no implica reducción de la eficacia para la cual se utiliza el dispositivo médicos ni riesgos de infecciones o complicaciones por los procedimientos para el usuario, con seguimiento a través del comité de infecciones.</p>	1		<p>Manual de reuso en caso que se de. Ej. Mascarillas para nebulización</p>
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	<p>Las tomas de muestras deben tener los soportes de los pedidos y kardex, donde existen todos los dispositivos médicos de la toma de muestras. Todos los reactivos y dispositivos médicos deben tener Registro Sanitario del INVIMA. Las fechas de vencimiento de los reactivos están vigentes.</p>	1		<p>Verificar con el proveedor contratado</p>
TOTAL		100%		
5. PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES				
<p>Estándar: Están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.</p>				
SERVICIO	CRITERIO	CUMPLE	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
TODOS LOS SERVICIOS	<p>Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los</p>	1		<p>* Tener publicadas y conocidas por todos las 10 primeras causas de</p>

	protocolos de enfermería, de acuerdo con los procedimientos más frecuentes en el servicio, e incluyen actividades dirigidas a verificar su cumplimiento. Se ha establecido el mecanismo para desarrollar o adaptar guías propias o desarrolladas por instituciones de educación superior o asociaciones científicas.			consulta de la UBA y/o UPP *Guías clínicas documentadas que respondan a estas 10 primeras causas. Tener documentado e implementado mecanismos para verificar el cumplimiento de las guías.
TODOS LOS SERVICIOS	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su aplicación, incluyendo el personal en entrenamiento. Cada institución establecerá procedimientos bajo la metodología de medicina basada en evidencia, para determinar el contenido de las guías clínicas de atención y los procesos de atención prioritarios, incluidos en los criterios del estándar de procesos y procedimientos. Para los servicios de consulta externa y urgencias se tendrá establecido los protocolos de identificación del origen de enfermedad y accidente de trabajo.	1		*Certificar la capacitación al personal en las guías, que cada consultorio cuente con una copia de estas para consulta permanente (pueden estar en el escritorio del computador de cada uno) Tener documentado el procedimiento que describe la metodología para elaborar guías.
TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud, según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan, y se basan en las Pautas Indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.	1		PAMEC, radicado en la secretaría de salud, y siguiendo lo estipulado en este
TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos procesos para la Implementación del Sistema de Información para los usuarios según lo normado en el Decreto 1011 de 2006 o demás normas que lo adicionen, modifiquen y sustituyan	1		
TODOS LOS SERVICIOS	Si la institución ofrece actividades de promoción y prevención, ha implantado las normas técnicas de protección específica y detección temprana definidas por las autoridades en salud del nivel nacional.	1		Tener la 412 y mostrar los procesos definidos en p y p.
TODOS LOS SERVICIOS	La institución cuenta con procedimientos documentados para el	1		PGIRHS, que cumpla la norma y se cumpla en la

	manejo de los residuos hospitalarios infecciosos o de riesgo biológico o de riesgo radiactivo cuando este último aplique. Para efectos del sistema de habilitación, podrá tomarse como referente no obligatorio el Decreto 2676 de 2000 y la Resolución 1164 de 2002 de desechos, y las demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan.			UBA y/o UPP
TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.	1		PGIRHS, que cumpla la norma y se cumpla en la UBA y/o UPP
TODOS LOS SERVICIOS	Cada servicio deberá contar con un manual de buenas prácticas de esterilización, de bioseguridad, de manejo de residuos hospitalarios, de descripción del uso y el reuso de dispositivos médicos ó adoptar los manuales del Ministerio de la Protección Social dentro de sus procesos prioritarios asistenciales.	1		Manual de bioseguridad
ESTERILIZACIÓN	Si utiliza esterilización a gas, cuenta con un manual de procedimientos, Manual de Esterilización según la (s) técnica (s) que utilice la IPS	1		Tener contrato y carpeta con la documentación del proveedor: portafolio de servicios, cámara y comercio, habilitación, personal, y actas de verificación del proceso de esterilización
TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO CLINICO	<ul style="list-style-type: none"> _ Manual de toma, transporte, conservación y Remisión de Muestras. _ Manual de Bioseguridad ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico. _ Manual de manejo de desechos biológicos ajustado a las características de la Toma de Muestras del laboratorio clínico. _ Protocolo de limpieza y desinfección de áreas. _ Protocolo de limpieza y desinfección de material de vidrio. _ Protocolo de transporte de muestras 	1		Lo debe aportar el proveedor de toma de muestras
CONSULTORIO ODONTOLÓGICA GENERAL Y ESPECIALIZADA	<ul style="list-style-type: none"> _ Guías sobre manejo de las principales causas de morbilidad oral, de complicaciones anestésicas; procedimientos documentados para el manejo de residuos infecciosos y manuales de bioseguridad. _ Para 	1		Guías de odontología

	servicios odontológicos el proceso de esterilización debe regirse por el manual de buenas prácticas de esterilización del Ministerio de la Protección Social, capítulo 3, numeral 1.6.4. Instrumentos dentales.			
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	Debe contar con los procesos de implementación y evaluación del cumplimiento de las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública.	1		
TOTAL		100%		
6. HISTORIA CLÍNICA Y REGISTROS ASISTENCIALES				
Estándar: Tiene diseñados procesos que garanticen que cada paciente cuenta con historia clínica y que su manejo es técnicamente adecuado. Se cuenta con los registros de procesos clínicos, diferentes a la historia clínica, que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios (Resolución 1995 de 1999 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan).				
SERVICIO	CRITERIO	CUMPLE	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
TODOS LOS SERVICIOS	Todos los pacientes atendidos tienen historia clínica. Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica.	1		
TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo, ello implica que la institución cuente con un mecanismo para unificar la información de cada paciente y su disponibilidad para el equipo de salud; no necesariamente implica tener historias únicas en físico, pueden tenerse separadas por servicios o cronológicamente, siempre y cuando la institución cuente con la posibilidad de unificarlas cuando ello sea necesario.	1		Procedimiento de archivo
TODOS LOS SERVICIOS	El estándar de historias clínicas no es restrictivo en cuanto al uso de medio magnético para su archivo, y sí es expreso en que debe garantizarse la confidencialidad y el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales.	1		Demostrar que ciclos y Sicef es inmodificable y confidencial
TODOS LOS SERVICIOS	Las historias clínicas se	1		

	encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.			
TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos los procedimientos que garantizan la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.	1		En la conservación se debe mostrar el control de temperatura y humedad en archivos físicos
TODOS LOS SERVICIOS	En caso de utilizar medios físicos o técnicos como computadoras y medios magneto - ópticos, se tienen definidos los procedimientos para que los programas automatizados que se diseñen y utilicen para el manejo de las historias clínicas, así como sus equipos y soportes documentales, estén provistos de mecanismos de seguridad.	1		
TODOS LOS SERVICIOS	Los registros asistenciales son diligenciados y conservados sistemáticamente, garantizando la confidencialidad de los documentos protegidos legalmente por reserva. Las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado. .	1		
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	_ Registro diario de pacientes y exámenes solicitados. Si se realiza en medio magnético, asegurarse de que no se puedan modificar los datos. _ Registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera y el baño serológico si aplica. _ Registro de entrega de las muestras al laboratorio Clínico: Debe especificar la temperatura y hora de recepción de las muestras, con el nombre de la persona que las recibe. _ Registro o Copia de los exámenes remitidos y resultados de los mismos, con el nombre del laboratorio y de la persona que los realizó. Los resultados de los exámenes deben ser entregados al paciente en la misma papelería del laboratorio clínico que los realizó, sin transcribirlos. _ Contrato o convenio con el o los laboratorio(s) de referencia.	1		Lo debe aportar el proveedor

	Si es Profesional independiente, además de lo anterior: _ Registro diario de pacientes y exámenes solicitados, con el nombre del laboratorio clínico que los realizará. Si se realiza en medio magnético, asegurarse de que no se puedan modificar los datos			
TOTAL		100%		
7. INTERDEPENDENCIA DE SERVICIOS				
Estándar: Los servicios ofrecidos por el prestador, tienen el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza, para la atención de los pacientes en el ámbito de los servicios ofrecidos.				
SERVICIO	CRITERIO	CUMPLE	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
TODOS LOS SERVICIOS	Todos los servicios que requieran procesos de esterilización deberán contar con este servicio	1		
TODOS LOS SERVICIOS	Los servicios de esterilización , lactario y servicio farmacéutico , pueden pertenecer a la IPS o ser externos y contratados por la IPS, quien responderá por el buen funcionamiento de los mismos	1		Actas de seguimiento al servicio contratado, donde se demuestre el seguimiento que la UBA le Hace al servicio, planes de mejoramiento y/o evidencia de verificaciones de cumplimiento
TOTAL		100%		
8. REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES				
Estándar: Se tienen definidos guías o manuales de procedimientos para la remisión urgente de pacientes, indispensables para la prestación de los servicios ofrecidos.				
SERVICIO	CRITERIO	CUMPLE	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
TODOS LOS SERVICIOS	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.	1		Interrogue si los procesos de remisión urgente de pacientes hacia el exterior de la institución definidos en las tablas de detalle por servicios de los estándares, se tienen centralizadas o se encuentran en los servicios. En éste último caso la verificación se realizará en el recorrido por la institución. ü Con base en los servicios declarados, solicite los documentos de la remisión urgente de pacientes hacia el exterior de la

				institución que se encuentran señalados en la tabla de detalle por servicios y que apliquen a los servicios ofrecidos por el prestador. Verifique que los procesos incluyen la documentación de los flujos de urgencias de pacientes al exterior de la institución y la aceptación de la entidad receptora. ü Verifique que los procesos incluyan actividades para su difusión, revisión y verificación de su cumplimiento. ü
TOTAL		100%		
9. SEGUIMIENTO A RIESGOS EN LA PRESTACION DE SERVICIOS				
Estándar: Proteger a los usuarios de los principales riesgos en la prestación de servicios mediante procesos obligatorios específicos para su evaluación y control por parte de los propios prestadores de servicios.				
SERVICIO	CRITERIO	CUMPLE	OBSERVACIONES	MODO DE VERIFICACIÓN
TODOS LOS SERVICIOS	Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta mediante el diseño y operacionalización de indicadores. El diseño y operacionalización de los indicadores implica: -La ficha técnica del indicador. - La estandarización de las fuentes. -La definición de los responsables del análisis del indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas. Realiza procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al tipo de servicio que presta Mortalidad intrahospitalaria, infecciones intrahospitalarias, complicaciones quirúrgicas inmediatas, complicaciones anestésicas, complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales, en hospitalizaciones psiquiátricas incluye fugas y suicidios, de acuerdo con las definiciones de este criterio. La tabla anexa al presente estándar identifica los temas de seguimiento a riesgos en	1		Manual de seguimiento a riesgos inherentes a la prestación del servicio

	el ámbito de los servicios ofrecidos			
TODOS LOS SERVICIOS	Realizar procesos de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: Acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.	1		indicadores PAMEC
SERVICIOS DE IMAGENES DIAGNOSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> ü Complicaciones de procedimientos diagnósticos, en particular de procedimientos intervencionistas. ü Exposiciones o sobre exposiciones a radiaciones innecesarias y o evitables. ü Fallas en el manejo terapéutico de los pacientes derivadas de fallas en los procesos diagnósticos (deficiencias en las placas los resultados o en los reportes de los procesos diagnósticos por imagenología). ü Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de los resultados. 	1		Lo debe aportar el proveedor y quedar documentado en acta de verificación y seguimiento
TOMA DE MUESTRAS DELABORATORIO CLÍNICO	<p>Las tomas de muestras de profesionales independientes deben tener documentados, identificados y cuantificados los riesgos a los cuales se exponen los pacientes cuando utilizan el servicio. La documentación se refiere a los instrumentos que justifican los resultados, como son: el buzón de sugerencias, quejas, encuestas de satisfacción. _</p> <ul style="list-style-type: none"> Complicaciones de los procedimientos diagnósticos. _ Pérdida del derecho a la intimidad del paciente por fallas en la privacidad de los resultados y registros. _ Resultados intercambiados entre pacientes. _ Resultados de exámenes no solicitados. _ Resultados de exámenes que llegaron inoportunamente 	1		Lo debe aportar el proveedor y quedar documentado en acta de verificación y seguimiento
CONSULTA DE ODONTOLOGÍA GENERAL Y DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> _ Infecciones derivadas de los procedimientos realizados. _ Otras complicaciones inmediatas y mediatas de los procedimientos (ej. Sangrados) en particular las complicaciones mediatas, tratándose de procedimientos ambulatorios. 	1		Manual de seguimiento a riesgos inherentes a la prestación del servicio
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN)	_ Complicaciones propias de las intervenciones de	1		Manual de seguimiento a

	<p>prevención: Reacciones posvacunales, lesiones o infecciones en la aplicación de métodos de planificación entre otros. _ Inducción de conductas adversas para la salud por el personal de salud. Si no es personal de salud no es competencia de habilitación _ Ausencia de indicaciones, información o educación al paciente dirigidas a crear conductas y estilos de vida saludable y modifique o suprima conductas o estilos no saludables. En particular de los programas definidos por el Ministerio de la Protección Social. _ Ausencia de identificación de factores de riesgo o condiciones específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad _ Ausencia de realización de actividades, procedimientos e intervenciones para actuar sobre los factores de riesgo o condiciones ya identificados, específicas del individuo, comunidad o medio ambiente que determinan la aparición de la enfermedad o ejecución de actividades inconducentes, en los cuales la evidencia ha demostrado la reducción del riesgo.</p>		<p>riesgos inherentes a la prestación del servicio</p>
	TOTAL	100%	

SC-FT-122

Mod.Dic/2011

ANEXO B. HABILITACIÓN DE UNIDADES PROPIAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

6. NORMAS:

6.1 Es responsabilidad del Director de Unidad realizar la autoevaluación de los estándares de habilitación contemplados en la normatividad vigente de acuerdo a las características definidas para la prestación del servicio y al tipo de unidad, teniendo en cuenta el cumplimiento de los criterios de cada uno de los estándares que se enumeran a continuación:

- Recurso Humano
- Infraestructura- Instalaciones físicas- Mantenimiento
- Dotación y mantenimiento
- Medicamentos y dispositivos médicos
- Procesos prioritarios asistenciales
- Historia Clínica y registros asistenciales
- Interdependencia de servicios
- Referencia y Contrarreferencia
- Seguimiento a riesgos.

6.2 Es responsabilidad del Director solicitar a la Dirección Regional Administrativa y Financiera los siguientes documentos:

- Certificado de Suficiencia Patrimonial y Financiera
- Certificado de Registro Mercantil (Cámara y Comercio)
- Certificado de existencia y representación legal
- Fotocopia de Nit o RUT
- Fotocopia de la cedula del representante legal
- Fotocopia de tarjeta profesional del contador o revisor fiscal

- 6.3** Es responsabilidad del Director solicitar a la Dirección Regional Administrativa y Financiera el certificado de Suficiencia Patrimonial y Financiera donde se evidencien las siguientes condiciones
- Que su patrimonio neto se encuentre por encima del cincuenta por ciento (50%) del capital social, capital fiscal o aportes sociales, según corresponda de acuerdo a la naturaleza jurídica de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, y de conformidad a los lineamientos señalados en el Plan General de Contabilidad Pública y el Plan de Cuentas para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas.
 - Que en caso de incumplimiento de obligaciones mercantiles de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente.
 - Que en caso de incumplimiento de obligaciones laborales de más de 360 días, su valor acumulado no supere el 50% del pasivo corriente.
- 6.4** Es responsabilidad del Director de Unidad diligenciar y presentar el formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud ante las entidades departamentales y distritales de salud correspondiente para efectos de la inscripción.
- 6.5** Es responsabilidad del Director de la Unidad verificar que en el formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud se declare los servicios que se presentan en forma permanente en la Unidad de Prestación de Servicios.
- 6.6** Cada Director de Unidad para el proceso de inscripción en el ente territorial debe adjuntar la siguiente documentación:
- Auto evaluación en condiciones de Habilitación (Resolución 1043 Anexo Técnico 1)
 - Certificado de Suficiencia Patrimonial y Financiera
 - Certificado de Registro Mercantil (Cámara y Comercio)
 - Certificado de Existencia y Representación legal

- Formulario Apertura de Sede (impreso original y copia, firmado por el representante legal) *Se debe obtener de la página de cada Ente Territorial*
- Formulario Apertura de Sede (en medio magnético) *Se debe obtener de la página de cada Ente Territorial*
- Fotocopia de Nit o RUT
- Fotocopia de la cedula del representante legal
- Fotocopia de tarjeta profesional del contador o revisor fiscal
- Programa Auditoria para el mejoramiento de la calidad-PAMEC
- Cronograma ejecución del PAMEC
- Licencia de Funcionamiento De Equipos Imaginología: En caso de que aplique para la unidad
- Listado del Recurso Humano que contenga: Nombre(s) y Apellidos, No de documento de identificación, profesión, Cargo, Número de Registro del diploma, Horario de atención. (aplica para algunos entes territoriales)
- Fotocopia de los diplomas de especialistas, y de la homologación de títulos cuando ha estudiado en el exterior (pregrado, especialidades).(aplica para algunos entes territoriales)

- 6.7** Cuando el Prestador de Servicio de Salud se encuentre en imposibilidad de cumplir con las condiciones de habilitación el Director de la Unidad debe garantizar que la Unidad se abstenga de de ofrecer o prestar servicios a los usuarios.
- 6.8** Es responsabilidad del Director de la Unidad responder por la veracidad de la información contenida en el formulario de inscripción y deberá mantener las condiciones de habilitación declaradas durante el término de su vigencia.
- 6.9** Es responsabilidad del Director de Unidad fijar en lugares visibles al público, el distintivo que define el Ministerio de la Protección Social e igualmente el certificado de habilitación, mediante el cual se identifique que los servicios que frecen se encuentran habilitados.

6.10 Es responsabilidad del Director de unidad verificar que por ningún motivo se modifique, lamine o duplique por cualquier medio el distintivo de habilitación.

6.11 Es responsabilidad del Director de la Unidad notificar oportunamente al ente territorial los cambios que se sucedan en la institución en lo relacionado con la apertura y cierre de servicio o de sedes, cambio de domicilio, de representante legal, de razón social, cierre o apertura de salas o de cama entre otras.

El trámite en cada caso, es el siguiente:

- **Cierre de Servicios:** Si es uno o varios servicios que se cierran se debe presentar solamente el Formulario de Novedad (original y copia).
- **Apertura de Servicios:** Debe presentar Formulario de Novedad (original y copia).
- **Cambio de domicilio o cambio de nomenclatura:** presentar el Formulario de Novedad (original y copia), anexando copia del Acto de creación: certificado de inscripción en Cámara de Comercio, o personería jurídica según sea su naturaleza jurídica, donde esté registrada la nueva dirección del prestador.

Para el caso de cambio de nomenclatura, el documento soporte: será el certificado expedido por Catastro Distrital.

- **Cambio de representante Legal:** Se debe presentar Formulario de Novedad (original y copia), anexando copia del Acto de creación: certificado de inscripción en Cámara de Comercio o personería jurídica según sea su naturaleza jurídica, donde este registrado el nuevo representante legal. Anexar copia de documento de identidad del nuevo representante legal.

6.12 En caso de presentar novedad de cierre del servicio el Director de Unidad debe retirar y devolver a la entidad territorial de salud correspondiente el distintivo de habilitación que se le otorgo para que esta lo custodie.

6.13 En caso de pérdida del formulario de inscripción o novedades el Director de la unidad debe solicitar una copia de este por escrito y debe anexar copia del denuncia de perdida del mismo.

6.14 Cuando se presenta una novedad de cierre temporal de servicio el Director de la unidad debe tomar plan de acción y solucionar el problema en un

lapso de 1 año al no poderse cumplir este plazo podrá ser ampliado hasta por un periodo igual para lo cual el director de la unidad debe de presentar la solicitud por escrito al ente territorial correspondiente con una antelación de 30 días de vencimiento.


6.15 Es responsabilidad del Director de Unidad prepararse para la visita de verificación de condiciones de habilitación programada por el Ente Territorio. Para esta visita debe tener toda la información solicitada previamente a disposición de los verificadores, con el fin de hacer más fácil y eficiente el proceso para las partes, tales como:

- PAMEC
- Cronograma del PAMEC
- Informe de ejecución del PAMEC
- Certificado de suficiencia patrimonial y financiera
- Listado de personal y hoja de vida
- Listado de equipos
- Contratos con terceros

6.16 Es responsabilidad del Director de la Unidad/Auditor regional y Auditor Nacional verificar cada semestre el cumplimiento de las condiciones de habilitación exigidas y constatar las condiciones de calidad en las que se están prestando servicios dentro de los parámetros que define el ente territorial diligenciando el formato **SC-FT-122 Plantilla Verificación de Condiciones de Habilitación**

6.17 Es responsabilidad del Director de la Unidad garantizar el mantenimiento y mejoramiento continuo de las condiciones de la calidad de sus servicios.

ANEXO C. VERIFICACION PAMEC

 Verificación del Pamec								
0 : No documentado:		1 : Documentado y desplegado						
2 : Documentado, Desplegado, Implementado:		3 : Documentado, Desplegado, Implementado y evidencias de acciones y tendencia a la mejora.						
CRITERIO		PAUTA DE VERIFICACIÓN	NA	0	1	2	3	TOTAL
1.	<i>Alineación del Direccionamiento Estratégico de la Institución con el PAMEC</i>							
1.1	Se ha conformado equipo responsable para seguimiento y verificación de la implementación y el aprendizaje organizacional	Acta de conformación del equipo(Puede corresponder al comité de Calidad)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	NA
1.2	La Unidad de Prestacion ha cumplido con el proceso de divulgación del PAMEC	Documentos, comunicaciones, asistencia a capacitaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
1.3	La capacitación en PAMEC ha sido evaluada al personal asistencial y administrativo	Registros de asistencia a capacitación y resultado de evaluaciones al personal asistencial y administrativo, entrevista al personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
1.4	Existe planificación administrativa para la ejecución del PAMEC	Verifique horas administrativas asignadas para la ejecución de la ruta crítica del PAMEC y cumplimiento de planes de acción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.	<i>El PAMEC contempla:</i>	PAUTA DE VERIFICACIÓN	NA	0	1	2	3	TOTAL
2.1	<i>Autoevaluación</i>							
2.1.1	Está considerada la satisfacción del usuario en la autoevaluación y el análisis de quejas y reclamos	Encuestas, archivos de comunicaciones de los usuarios, verifique el análisis de quejas y reclamos y de la encuesta de satisfacción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1
2.1.2	Se han tenido en cuenta para la autoevaluación los resultados de los indicadores del sistema de información (Compartido de prestación de servicios	Resultados de indicadores de la circular Unica y los definidos para seguimiento en el compartido de prestación de servicios	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	NA
2.1.3	Se considero en la autoevaluación el estandar 9 de seguimiento a riesgos definido en la resolución 1043 de 2006	Verifique indicadores de seg. A riesgos y tendencia, solicite el mapa de riesgos de la Unidad de prestación de Servicios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.1.4	Se considero el desarrollo de la política de seguridad de la Atención y los procesos prioritarios asistenciales	Documento adaptado, acta de autoevaluación, listado de procesos prioritarios asistenciales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.2.	<i>Selección de procesos a mejorar</i>	PAUTA DE VERIFICACIÓN	NA	0	1	2	3	TOTAL
2.2.1	Se realizó inventario de procesos a mejorar	Lista de procesos a mejorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3

2.3. Priorización de procesos		PAUTA DE VERIFICACIÓN	NA	0	1	2	3	TOTAL
2.3.1	Se ha utilizado una metodología para la priorización de los procesos	Actas de estudio donde se evidencie la aplicación de una metodología para la priorización de procesos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.3.2	Los criterios tenidos en cuenta para la priorización son objetivos (factores críticos de éxito)	Verificación de los criterios considerados para la priorización (Factores críticos de éxito)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.3.3	La metodología ha sido probada y tiene consistencia	Verifique que lo autoevaluado tenga coherencia con lo priorizado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.3.4	Se ha realizado el listado de procesos priorizados	Listado de procesos priorizados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.4. Definición de la Calidad Esperada		PAUTA DE VERIFICACIÓN	NA	0	1	2	3	TOTAL
2.4.1	Se tiene en cuenta la calidad esperada definida en gestión integrada (Daruma) como política nacional en la ejecución de los procesos de prestación	Solicite la referenciación que utilizaron para implementar la calidad esperada, que procesos se identificaron en gestión integrada (Daruma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
2.4.2	Si no se encuentra definido en gestión integrada (Daruma), los criterios para establecer las características del servicio se definieron con: referenciación bibliográfica, histórico, observatorio de Calidad, referenciación competitiva	Políticas empresariales, marco legal, listado de necesidades del usuario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.4.3	Existen documentos que soporten las características del servicio	Normas, protocolos, procedimientos, guías, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.4.4	Cuando no se encuentra en gestión integrada (Daruma): hay coherencia entre el Direccionamiento Estratégico de COOMEVA y la Calidad Esperada definida por el equipo	Entrevistas, seguimiento a resultados de Calidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.4.5	Los indicadores establecidos están acordes con la definición de Calidad Esperada	Ficha de indicadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.4.6	Las metas establecidas para los indicadores son coherentes con la necesidad de servicio y lo establecido en gestión integrada (Daruma)	Verifique las fichas de los indicadores y si le es posible referenciación en el observatorio de Calidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.4.7	Se dio capacitación a los dueños del proceso en Calidad Esperada	Registros de asistencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.5. Medición del desempeño de los procesos		PAUTA DE VERIFICACIÓN	NA	0	1	2	3	TOTAL
2.5.1	Existe una Planeación del Programa de Auditoría para cada uno de los procesos priorizados	Programa de Auditoría, verificar: objetivos, alcance, técnicas, fuentes, cronograma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.5.2	Se establece la tendencia de los indicadores y el comportamiento de los mismos es analizado para orientar el plan de acción	Evalúe actas del comité de Calidad y evidencie las tendencias de los indicadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	2
2.5.3	se define en el plan claramente el número de mediciones y la periodicidad de las mismas siendo coherente con la calidad esperada	Validación de fuentes, <u>resultado de indicadores</u> , informes de auditoría	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.5.4	se evidencia tablero de mando con los indicadores pertinentes de seguimiento para la gestión de la unidad	Actas de seguimiento en el comité de calidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.6. Plan de Acción a procesos seleccionados		PAUTA DE VERIFICACIÓN	NA	0	1	2	3	TOTAL
2.6.1	Existen los Planes de Acción	Actas de elaboración del Plan de Acción, Plan de Acción.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.6.2	Los Planes de Acción apuntan a cerrar las brechas identificadas	Informes de auditoría donde se establecen las brechas, cruce con Plan de Acción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.6.3	Existe una metodología para implementar un Plan de Acción	Actas de elaboración del Plan de Acción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.6.4	Se define en el Plan de Acción el qué, porqué, quién, cuando, donde, como y cuanto	Plan de acción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.7. Evidencias de la ejecución del Plan de Acción		PAUTA DE VERIFICACIÓN	NA	0	1	2	3	TOTAL
2.7.1	Se han ejecutado las acciones planeadas	Actas de seguimiento al Plan de Acción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.8. Evaluación del mejoramiento		PAUTA DE VERIFICACIÓN	NA	0	1	2	3	TOTAL
2.8.1	Hay evidencia del cierre de brechas de acuerdo al resultado de las mediciones y tendencias de los indicadores	Indicadores de resultado posteriores a la implementación del Plan de Acción, Actas de comité de seguimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.8.2	Se evidencia la evaluación y replanteamiento de la calidad esperada de acuerdo a los resultados de los indicadores	Actas de seguimiento al Plan de Acción con análisis de indicadores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.9. Aprendizaje organizacional		PAUTA DE VERIFICACIÓN	NA	0	1	2	3	TOTAL
2.9.1	Hay evidencia de que la Unidad ha ejecutado la ruta crítica de acuerdo a lo planteado en el cronograma	Comparar con el cronograma planteado, actas y soportes de ruta Crítica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3
2.9.2	Se evidencia la estandarización de los procesos en las áreas de la institución y se puede evidenciar el despliegue a los clientes internos y externos coherente con el enfoque de los mismos	Entrevistas con el personal involucrado en los procesos, decisiones gerenciales, ajustes a estándares, registros de capacitación, seguimiento a Comités, tendencia de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	3

3		COMITES	PAUTA DE VERIFICACIÓN	NA	0	1	2	3	TOTAL
3.1	Comité de Infecciones (aplica central de urgencias)	Documentado (normado?), Acta de conformación, Actas de reunión, Planes de acción derivados del comité, Indicadores definidos para seguimiento en el comité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		3
3.2	Comité de Historias Clinicas	Documentado (normado?), Acta de conformación, Actas de reunión, Planes de acción derivados del comité, Indicadores definidos para seguimiento en el comité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		3
3.3	Comité de Gestión Ambiental o bioseguridad	Documentado (normado?), Acta de conformación, Actas de reunión, Planes de acción derivados del comité, Indicadores definidos para seguimiento en el comité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		3
3.4	Comité de Seguimiento a Eventos Adversos(Seguridad de la Atención)	Documentado (normado?), Acta de conformación, Actas de reunión, Planes de acción derivados del comité, Indicadores definidos para seguimiento en el comité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		3
3.5	Comité de Calidad	Documentado (normado?), Acta de conformación, Actas de reunión, Planes de acción derivados del comité, Indicadores definidos para seguimiento en el comité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		3
3.6	Comité de Vigilancia Epidemiológica	Documentado (normado?), Acta de conformación, Actas de reunión, Planes de acción derivados del comité, Indicadores definidos para seguimiento en el comité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		3
4		SISTEMA DE INFORMACION	PAUTA DE VERIFICACIÓN	NA	0	1	2	3	TOTAL
4.1	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta Médica General.	Ficha Técnica - Seguimiento - Acciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		1
4.2	Oportunidad de la Asignación de citas en la Consulta Médica Especializada	Ficha Técnica - Seguimiento - Acciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		3
4.3	Oportunidad en la atención en consulta de Urgencias	Ficha Técnica - Seguimiento - Acciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		3
4.4	Oportunidad en la atención en consulta de Odontología General	Ficha Técnica - Seguimiento - Acciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		3
4.5	Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada	Ficha Técnica - Seguimiento - Acciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		3
4.6	Tasa de Infección intrahospitalaria.	Ficha Técnica - Seguimiento - Acciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		3
4.7	Proporción de vigilancia de Eventos adversos	Ficha Técnica - Seguimiento - Acciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		3
4.8	Tasa de Satisfacción Global.	Ficha Técnica - Seguimiento - Acciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>		3
TOTAL		TOTAL PUNTUACION							127
		TOTAL DE NUMERALES QUE APLICARON							45
		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO							94%

SC-FT-255

Mod.Dic/2011

ANEXO D. AUTOEVALUACION PAMEC



Plantilla de Autoevaluación Pamec en las Unidades de Prestación de Servicios

PROCESO	CRITERIOS A EVALUAR	ESTANDAR EN GESTIÓN INTEGRADA	IMPLEMENTADO	RESULTADO	BRECHA	PROBLEMA DETECTADO
Sistema de Informacion	Oportunidad de Medico General	3 DIAS				
	Oportunidad de Cirugia General	10 DIAS				
	Oportunidad de Medicina Interna	10 DIAS				
	Oportunidad de Ginecologia	10 DIAS				
	Oportunidad de Obstetricia	10 DIAS				
	Oportunidad en la atencion de urgencias	Triage I: Inmediata, Triage II: 15 min Y Triage III: 30 min				
	Oportunidad en consulta de odontologia	5 DIAS				
Seguimiento a Riesgos	Se realiza seguimiento a los indicadores de Seguimiento a Riesgos definidos en el formato SC-FT-260	Evaluar la tendencia de cada indicador definido(Adjuntar resultado)				
	Se ejecuta el AMEF para establecer el mapa de riesgos al proceso asistencial un vez al año establecido en el SC-FT-281	una vez al año(Adjuntar Resultado)				
	Se ha implementado la cadena de llamada en caso de Urgencias	N.A				
Politica de Seguridad de la Atencion	Proporcion de EA gestionados	100%				
	Reportes de Farmacovigilancia al Invima					
	Implementacion de barreras de Seguridad	Una al mes				
Satisfaccion del usuario	Ejecucion de rondas de Seguridad	1 al mes				
	Seguimiento al resultado de encuesta de satisfaccion	se presentan resultados de forma trimestral- adjuntar resultados				
Quejas y Reclamos	Primer motivo de queja					
	2do motivo de queja					
	3 motivo de queja	tendencia del informe de Q y R				
	4to motivo de queja					
	5to motivo de queja					
Procesos Prioritarios Asistenciales Unidades de Prestacion de Servicios	Guias y Protocolos(Plan maestro de Capacitacion)	verificar capacitaciones y despliegue				
	Identificacion de Enfermedad Profesional y Accidente de Trabajo	NA				
	Tiene Identificado el Perfil de Morbilidad	lo identifica cada seis meses y por especialidad				
	Sistema de Información al Usuario en las Unidades de Prestación de Servicios de la RED propia (SIU) SC-DC-027	conformada la liga de usuarios y se demuestran capacitaciones, se cumple con la publicacion de la informacion en carteleras de la unidad				
	Realiza Actividades de P y P	demandá inducida, inscripcion a programas y se debe adjuntar el analisis y tendencia de los indicadores de P y P				
	La Unidad Cumple con lo señalado para el PGRHS-UBA-DC-249 para la EPS y MP-DC-086 Para Medicina Prepagada	Adjuntar la plantilla, analisis e indicadores de capacitacion en PGRHS y produccion de residuos				
	Se evalua la calidad de la HC y el desempeño medico	Adjuntar el indicador, tendencia y analisis de indicador de evaluacion de HC por medico y global				
	Se evalua la adherencia a las guias de Atencion	Adjuntar el indicador de evaluacion de adherencia a guias de atencion global y por medico				
Procesos Prioritarios Asistenciales Procedimientos	Tiene Establecido en el archivo de HC el procedimiento y requisitos para Copias, Identificación de HC, Custodia	NA				
	Relacion de Procedimientos que se realizan	Listado de procedimientos				
	Protocolos y criterios para la realizacion de procedimientos	NA				
	Se utiliza el consentimiento informado para todos los procedimientos establecidos	Ver consentimientos que esten debidamente firmados				
	Se ha establecido un procedimiento para la informacion al paciente: preparacion, recomendaciones, complicaciones, controles)	NA				
	Guias de manejo de patologia de urgencias	NA				
	Evidencia de entrenamiento al personal en patologias de urgencias	Soportes de Capacitacion				
Procesos Prioritarios Asistenciales Laboratorio Clinico	Control de Insumos en area de Procedimientos	Verificar inventarios, curva de termohigrometro				
	Manual de toma, transporte, conservacion y remision de muestras	NA				
	Manual de manejo de desechos biologicos	NA				
	Protocolo de limpieza y desinfeccion de areas	NA				
	Protocolo de limpieza y desinfeccion de Vidrio	NA				
	Protocolo de transporte de muestras	NA				
	Programa de Control de Calidad interno y externo	NA				
Manual de procedimientos tecnicos de cada seccion	NA					

ANEXO F. PLANTILLA PARA ELABORACION DE MAPA DE RIESGO



Nombre del Proceso:		MAPA DE RIESGOS EN EL PROCESO DE ATENCION				Fecha			
						Día	Mes	Año	Día
N°	FASE DEL PROCESO	MODO DE FALLO	CAUSA DEL FALLO	EFFECTOS DEL FALLO	IPD	IF	IS	CRITICIDAD	IF
1	ADMINISTRACION DEL HIGRESO NO PROGRAMADO Y PROGRAMADO	No uso del servicio	No promoción del servicio, desconocimiento del proceso por parte del personal de la unidad	Riesgo de complicación en los usuarios insatisfacción con el servicio por falta de oportunidad aumento en la consulta de urgencias				0	
2		Cita errada	Factores distractores factor motivacional problemas de comunicación	Insatisfacción al usuario congestión de agendas falta de oportunidad en citas				0	
3		Agendas no disponibles	Recurso humano insuficiente información errada en el call center no se tiene capacidad instalada por infraestructura	Complicación del cuadro clínico del usuario insatisfacción del usuario incremento de la consulta por urgencias				0	
4		Falta de oportunidad en la atención con espera prolongada en sala	Retraso en la atención médica agenda mal programada impuntualidad en la llegada del personal asistencial tiempo de atención insuficiente caída del sistema de cédulos	Insatisfacción al usuario oportunidad perdida por abandono del usuario de la cita complicaciones del cuadro clínico del usuario				0	
5		Negación del servicio por mora en cuotas moderadoras	Desconocimiento del proceso por parte del personal administrativo	Insatisfacción al usuario oportunidad perdida por abandono del usuario de la cita complicaciones del cuadro clínico del usuario sanciones por el ente regulador				0	
6		CANCELACION DE CITA SIN AVISO AL USUARIO	Desconocimiento del proceso por parte del personal administrativo	Insatisfacción al usuario oportunidad perdida por abandono del usuario de la cita complicaciones del cuadro clínico del usuario				0	
7		Sin respuesta del call center	Fallas en la planta telefónica	Insatisfacción del usuario retrazos en la atención complicaciones médicas				0	
8		No se hace verificación de derechos	Falla en coeops	Retrasos en la atención complicaciones médicas sanciones legales				0	
9		No disponibilidad de citas de p y p	Recurso humano insuficiente información errada en el call center no se tiene capacidad instalada por infraestructura	No adherencia a los programas complicaciones por falta de control fallos terapéuticos				0	

10	Fallos por requisición de equipos e insumos	Dificultades contractuales proveedor no confiable problemas administrativos	Fallos terapéuticos presentación de complicaciones insatisfacción en el personal asistencial				0	
11	Fallos por uso inadecuado de equipos	Fallos metrologicos falta de rondas de seguridad	Fallos terapéuticos presentación de complicaciones datos no confiables en la historia clínica				0	
12	Fallos de bioseguridad	Falta de sensibilización falta de aplicación de procesos desconocimiento	presentación de complicaciones evitables ausentismo laboral				0	
13	Fallos en el diligenciamiento de la hc	personal no capacitado tiempo insuficiente falta de comunicación adecuada	complicaciones evitables ea evitables retrazos de atención remisiones inadecuadas cronificación de pacientes				0	
14	Fallos en el interrogatorio del paciente	Personal no capacitado tiempo insuficiente falta de comunicación adecuada	complicaciones evitables ea evitables retrazos de atención remisiones inadecuadas diagnostico errado				0	
15	Diversidad de criterios para la generación de diagnósticos	Falta de guías de atención falta de protocolos de manejo mala auditoria del desempeño medico	Complicacion del cuadro clínico del usuario insatisfacción del usuario incremento de la consulta por urgencias ea evitables				0	
16	Formulación errada	No seguimiento de guías desconocimiento de la farmacología diagnostico equivocado factores de distracción por cansancio	Complicacion del cuadro clínico del usuario insatisfacción del usuario incremento de la consulta por urgencias ea evitables				0	
17	Problemas relacionados con uso de medicamentos	Falta de difusión farmacovigilancia falta de aplicación de procesos falta de monitoreo	presentación de reacciones adversas probables complicaciones evitables				0	
18	Falta de oportunidad en entrega de medicamentos	falta de planeacion insuficiencia de stocks falta de auditoria	Insatisfacción al usuario fallos terapéuticos complicaciones evitables sobre costos percapita				0	
19	Fallo por entrega equivocada de medicamentos	Factores distracteres aspectos motivacionales falta de auditoria altos volúmenes de solicitudes	insatisfacción al usuario deterioro imagen corporativa fallos terapéuticos complicaciones evitables sobrecostos percapita				0	
20	Perdida o vencimiento de insumos disponibles para la prestación del servicio	Falta verificación de fechas de vencimiento se solicitan cantidades innecesarias falta manejo adecuado de inventarios	Sobrecostos complicaciones evitables				0	
21	Fallos en el ordenamiento de ayudas diagnósticas	Falta de adherencia a guías falta de protocolos personal no capacitado	Complicacion del cuadro clínico del usuario insatisfacción del usuario incremento de la consulta por urgencias ea evitables				0	
22	Fallos en el servicio de telemedicina	Conexión inadecuada no disponibilidad de recurso humano fallas tecnológicas	Retrazos en el diagnostico complicaciones del cuadro clínico insatisfacción del usuario falta de oportunidad en la definición de conducta aumento de la hospitalización					
23	Fallo en la interpretación de la ayuda diagnóstica	Falta de adherencia a guías falta de protocolos personal no capacitado	Complicacion del cuadro clínico del usuario insatisfacción del usuario incremento de la consulta por urgencias ea evitables				0	

24	ADMÓN DEL EGRESO PROGRAMADO Y NO PROGRAMADO	Fallo en las recomendaciones que se dan al paciente	Falta de comunicación asertiva con el usuario desconocimiento de la historia natural de la enfermedad desconocimiento de los programas de p y p	Complicación del cuadro clínico del usuario insatisfacción del usuario incremento de la consulta por urgencias ea evitables hospitalizaciones evitables				0	
25		Fallo en la generación de ordenamientos	Mala utilización de los aplicativos falta de capacitación en los aplicativos desconocimiento de las guías de atención	insatisfacción del usuario retrazos en la atención complicaciones medicas			0		
26		Entrega de ordenamientos equivocados	Factores distractores factor motivacional problemas de comunicación	insatisfacción del usuario retrazos en la atención complicaciones medicas			0		
27		Fallo en la información para la ejecución de ayudas de	factores distractores factor motivacional problemas de comunicación	insatisfacción del usuario retrazos en la atención complicaciones medicas			0		
28		Fallos en la remisión a especialistas	Factores distractores factor motivacional problemas de comunicación	insatisfacción del usuario retrazos en la atención complicaciones medicas			0		
29		Fallos en el cobro de cuotas moderadoras y copagos	Factores distractores factor motivacional problemas de comunicación	insatisfacción del usuario			0		
30		Fallos en la referencia a otros niveles de atención	Enfoque clínico inadecuado	insatisfacción del usuario retrazos en la atención complicaciones medicas			0		
31	CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	Fallo en los programas de educación al paciente	Factores distractores factor motivacional problemas de comunicación	Complicaciones ea evitables			0		
32		Fallo en el seguimiento clínico del usuario	Problemas de comunicación acto médico negligente desconocimiento de la situación clínica del usuario	Complicaciones ea evitables			0		
33		Fallo en las tareas de integración clínica	Problemas de comunicación desconocimiento del proceso desconocimiento de la situación clínica del usuario	insatisfacción del usuario retrazos en la atención complicaciones medicas			0		
34		Fallos en la contrarremisión	Problemas de comunicación acto médico negligente desconocimiento de la situación clínica del usuario	insatisfacción del usuario retrazos en la atención complicaciones medicas			0		
35		Fallos en el soporte de atención por especialidades no medicas	Problemas de comunicación acto médico negligente desconocimiento de la situación clínica del usuario carencia de recurso idóneo	insatisfacción del usuario retrazos en la atención complicaciones medicas			0		
Acción Correctiva:									
Acción Implantada:									
Responsable:									

SC-FT-261

Mod.Dic/2011

ANEXO G. ACTA-PLAN DE ACCION



Comité/Reunión _____
 Acta N° _____
 Fecha _____

Participantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Invitados	<input type="text"/>	Agerda	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

Asunto	Acción		Responsable	Plazo	Seguimiento	Puntos "Cl"
	Nu.	Descripción				

Detalles importantes	
1	
2	
3	
4	
5	

Fecha	Acta No.	Consolidado de Seguimiento		% Cumplimiento
		Puntos Totales	Puntos Resueltos	
				#DIV/0!
				#DIV/0!
				#DIV/0!
				#DIV/0!
				#DIV/0!
				#DIV/0!
				#DIV/0!
				#DIV/0!

Nu.	Responsables	Puntos Concluidos	Puntos Solucionados	% Cumplimiento
1				#DIV/0!
2				#DIV/0!
3				#DIV/0!
4				#DIV/0!
5				#DIV/0!
6				#DIV/0!
7				#DIV/0!
Resumen Acta <Número> - <Fecha>		0	0	

ANEXO H. FORMATO EVENTOS ADVERSOS



Gestión de Eventos Adversos

I. Reporte del Evento

IPS		Ciudad		Regional	
Nombre del Colaborador			Cargo		Identificación
Código Del Caso	Fecha Del Reporte		Fecha Del Evento		Hora
	Dia	Mes	Año	Dia	Mes
					Año
Nombre Del Usuario			Apellidos		
# Identificación		Tipo de documento			
		<input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> NUJP <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> PA			
Edad	Sexo	Embarazada	Diagnóstico de base:		
	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Diagnóstico del Evento:		
El Evento Se Relaciona Con:			SERVICIO		
<input type="checkbox"/> 1. CON LOS CUIDADOS <input type="checkbox"/> 3. CON INFECCION NOSOCOMIAL <input type="checkbox"/> 4. CON UN PROCEDIMIENTO <input type="checkbox"/> 5. CON EL DIAGNOSTICO <input checked="" type="checkbox"/> 2. CON LA MEDICACION <input checked="" type="checkbox"/> 6. CON DISPOSITIVO MEDICO <input type="checkbox"/> 7. OTRO			<input type="checkbox"/> 1. CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/> 2. ENFERMERÍA <input type="checkbox"/> 3. TOMA DE MUESTRAS <input type="checkbox"/> 4. FARMACIA <input type="checkbox"/> 5. ÁREA ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> 6. TRASLADO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> 7. ATENCIÓN DOMICILIARIA <input checked="" type="checkbox"/> 8. AREA DE DESPACHO (CEM-HC) <input type="checkbox"/> 9. HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> 10. PROGRAMAS DE P y P <input type="checkbox"/> 11. URGENCIAS <input type="checkbox"/> 12. VACUNACIÓN <input type="checkbox"/> 13. ODONTOLOGIA <input type="checkbox"/> 14. UCI <input type="checkbox"/> 15. UCIN <input type="checkbox"/> 16. CIRUGIA <input type="checkbox"/> 17. CONSULTA PRIORITARIA <input type="checkbox"/> 18. OTROS		
Tipo De Falla Latente O Riesgo: señale las que corresponden					
<input type="checkbox"/> 1. ERROR EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> 2. ERROR EN LA ASIGNACIÓN DE LA CITA <input type="checkbox"/> 3. ERROR DIAGNÓSTICO Y/O PLAN TERAPÉUTICO <input type="checkbox"/> 4. ERROR EN EL REPORTE DE EXÁMENES DE LABORATORIO		<input type="checkbox"/> 5. ERROR EN EL REPORTE DE OTRAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS <input type="checkbox"/> 6. ERROR EN LA TOMA DE MUESTRAS <input type="checkbox"/> 7. ERROR EN LA REMISIÓN <input type="checkbox"/> 8. CAÍDA		<input type="checkbox"/> 9. DEMORA EN LA ATENCIÓN <input type="checkbox"/> 10. PROBLEMA RELACIONADO CON MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> 11. ERROR EN LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS <input type="checkbox"/> 12. OTROS	
DESCRIPCIÓN DEL SUCESO					
CONSECUENCIA DEL EVENTO					
<input type="checkbox"/> 1. SIN EMPEORAMIENTO DEL CURSO CLÍNICO, NI INTERNACION O PROLONGACION DE LA ESTANCIA		<input type="checkbox"/> 1. CON EMPEORAMIENTO DEL CURSO CLÍNICO, INTERNACION O PROLONGACION DE LA ESTANCIA (SIN DAÑO PERMANENTE)		<input type="checkbox"/> 5. DAÑO PERMANENTE AL PACIENTE <input type="checkbox"/> 7. MUERTE	
En Caso De Ser Un Evento Relacionado Con MEDICAMENTO, Indique Origen de la Prescripción					
<input checked="" type="checkbox"/> IPS BASICA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> AUTOMEDICADO <input type="checkbox"/> OTRO					
Principio Activo	Marca	Forma Farmacéutica	Concentración	Dosis y Frecuencia	Marque X Sospechoso
En Caso De Ser Un Evento Relacionado Con DISPOSITIVO MÉDICO, Indique <input checked="" type="checkbox"/> NUEVO <input type="checkbox"/> REUTILIZADO					
Fabricante	Distribuidor	Área de funcionamiento	Versión Software	Detalle	
Exámen Físico Posterior Al Evento (mencione los hallazgos mas importantes)					
Se Tomó Alguna Medida En El Momento En Que Se Presento El Caso (describala)					

Gestión de Eventos Adversos
II. Análisis del Evento

Código Del Caso		Fecha Reporte			Fecha Evento			ID Del Usuario	
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
Acciones Inseguras					Barreras de Seguridad y Defensas				
					Físicas:				
					Administrativas:				
					Humanas:				
					Naturales:				
					Otras:				
FACTORES CONTRIBUTIVOS									
Tarea y Tecnología	Equipo Asistencial						EVENTO ADVERSO (descripción)		
	Individuo			Colectivo					
Paciente	Medio Ambiente			Organizacionales					
DEFINA EL PLAN DE ACCIÓN PARA LAS CAUSAS ENCONTRADAS									
Causas identificadas	Qué Hacer			Quién	Cómo	Cuándo			
El evento se clasifica como:									
<input type="checkbox"/> PREVENIBLE		<input type="checkbox"/> NO PREVENIBLE			<input type="checkbox"/> INCIDENTE		<input type="checkbox"/> NO CLASIFICADO		
Integrantes del Comité Responsable del Análisis de Caso									


ANEXO I. RONDAS DE SEGURIDAD



Rondas de Seguridad

Fecha Del Reporte			Área	Responsable
Día	Mes	Año		
Tema:				
Objetivo (especifico del tema o situación a tratar en la ronda)				
Asistentes (relacionar el personal que asistio a la ronda)				
Observaciones (registre las observaciones de los asistentes)				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
Conclusiones				
1				
2				
3				
4				
5				

ANEXO J. LISTA DE CHEQUEO PARA RONDAS DE SEGURIDAD

			
Lista de Chequeo para Rondas de Seguridad			
LISTA DE CHEQUEO LABORATORIO CLÍNICO FASE PREANALITICA	SI	NO	OBSERVACIONES
El usuario posee información de derechos y deberes.			
La accesibilidad del paciente por las áreas de circulación es segura (Pisos secos, baldosas fijas y no cables)			
Los datos demográficos del ordenamiento están completos y bien diligenciados			
La orden medica generada por la barra de atención corresponde a la generada por el medico tratante			
¿Se rotulan adecuadamente las muestras, código de barras vs orden medica vs paciente vs tubo?			
Los insumos requeridos para el proceso están vigentes (vencimiento, INVIMA, apertura)			
Los cubículos para flebotomía se encuentran en buen estado (techo, pisos, lámparas, aire)			
Los cubículos se encuentran ordenados y limpios.			
Verificar que el recurso humano cumple con las normas de asepsia, lavado de manos, bioseguridad y segregación en la fuente establecidas.			
En el lavado de manos antes de atender un paciente lo hace durante aproximadamente quince segundos? Si las manos están muy sucias se requiere de más tiempo.			
El Consentimiento informado se diligencia para los casos que lo ameriten			
El personal de salud está en óptimas condiciones de salud para prestar el servicio.			
El Personal es idóneo y cuenta con el entrenamiento y conocimiento de los protocolos existentes			
El recurso humano da las recomendaciones al usuario sobre entrega de resultado, tiempo de respuesta, requerimientos para las muestras (entrega de plegable, explicación de comprensión de los exámenes de laboratorio)			
Las papeleras se encuentran en buen estado con su respectiva rotulación.			
Cada 8 días se realiza aseo profundo para los implementos propios del proceso			
Cada 15 días se realiza aseo profundo para el área			
Las instalaciones eléctricas y puntos de red se encuentran en buen estado (cables entorchados, canaletas)			
Las instalaciones de agua se encuentran en buen estado.			
La dotación de insumos en el cubículo es adecuada y claramente rotulados			
¿Existe la prohibición expresa de fumar?			
Se encuentra expuesta en el área la política de no reúso			
El recurso humano cuenta con los elementos de protección y dotación requeridos para la fase preanalitica			
¿Dispone de los medios de protección personal adecuados al grado de riesgo de su trabajo?			
¿Se realiza inventario del almacén de productos para controlar el stock de reactivos y su envejecimiento?.			
¿Existen extintores adecuados para los diferentes tipos de fuego?			
¿Se dispone de jabones bactericidas, toallas desechables y otros artículos de higiene personal?			
¿Cuenta la institución con un botiquín de primeros auxilios para el personal?			
Conoce y aplica los procedimientos ante fallas tecnológicas y de dispositivos médicos (tensiómetro, glucómetro)			
Conoce y aplica los protocolos en secuencia de tubos, toma de muestras (sangre, moconasal, hemoparasitos, glicemia pre y post) y transporte de muestras.			
Se prioriza el usuario en la sala de espera (niños, maternas y mayores de 60 años)			
Conoce la ruta por la cual se hace la disposición final de los desechos			
Ha recibido capacitación en normas de bioseguridad?			
Los guardianes están fijos y permite la visualización de todas las ranuras de éstos?			
Utiliza un par de guantes por paciente y los desechan en el recipiente de material contaminado?.			
Todo paciente es atendido con guantes?			
Mantiene actualizado su esquema de vacunación contra el riesgo de Hepatitis B y TD?			

SC-FT-265

Mod Dic/2011

ANEXO K. PROTOCOLO DE LONDRES

ESSALUD Defensoría del Asegurado

Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

Proceso sugerido para la Investigación y Análisis de Eventos Adversos

- PROTOCOLO DE LONDRES –

INTRODUCCIÓN

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos” (incidente clínico es un término para referirse a errores o eventos adversos que ocurren durante el proceso clínico asistencial). Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema.

La nueva versión se desarrolló teniendo en cuenta la experiencia en investigación de accidentes, tanto en el sector de la salud como de otras industrias que han avanzado enormemente en su prevención. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa.

Por tratarse de un proceso de reflexión sistemático y bien estructurado, tiene mucha más probabilidad de éxito que aquellos métodos basados en la tormenta de ideas casuales o en sospechas basadas en valoraciones rápidas de expertos. No reemplaza la experiencia clínica, ni desconoce la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos. Por el contrario, las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

El abordaje propuesto mejora el proceso investigativo porque:

- Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un incidente, un análisis más cuidadoso, usualmente descubre una serie de eventos concatenados que condujeron al resultado adverso. La identificación de una desviación obvia, con respecto a una buena práctica, es apenas el primer paso de una investigación profunda.
- Enfoque estructurado y sistemático significa que el campo y alcance de una investigación es planeado y hasta cierto punto, predecible.
- Cuando el proceso investigativo se aborda de manera sistemática, el personal entrevistado se siente menos amenazado.
- Los métodos utilizados fueron diseñados, pensando en promover un ambiente de apertura, contrastan con los tradicionales basados en señalamientos personales y asignación de culpa.

Este protocolo cubre el proceso de investigación, análisis y recomendaciones. No sobra insistir en que la metodología propuesta tiene que desligarse, hasta donde sea posible, de procedimientos disciplinarios y de aquellos, diseñados para enfrentar el mal desempeño individual permanente. En salud, con mucha frecuencia, cuando algo sale mal, los jefes tienden a sobredimensionar la contribución de uno o dos individuos y a asignarles la culpa de lo ocurrido. Esto no quiere decir que la inculpación no pueda existir, lo que significa es que esta no debe ser el punto de partida, entre otras cosas, porque la asignación inmediata de culpa distorsiona y dificulta una posterior investigación seria y reflexiva. Reducir efectivamente los riesgos implica tener en cuenta todos los factores, cambiar el ambiente y lidiar con las fallas por acción u omisión de las personas. Esto, jamás es posible en una organización cuya cultura antepone las consideraciones disciplinarias. Para que la investigación de incidentes sea fructífera, es necesario que se realice en un ambiente abierto y justo.

MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLINICOS

La teoría que soporta este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones realizadas fuera del campo de la salud. En aviación y en las industrias del petróleo y nucleares, la investigación de accidentes es una rutina establecida. Los especialistas en seguridad han desarrollado una gran variedad de métodos de análisis, algunos de los cuales han sido adaptados para uso en contextos clínico – asistenciales.

Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason (figura 1).

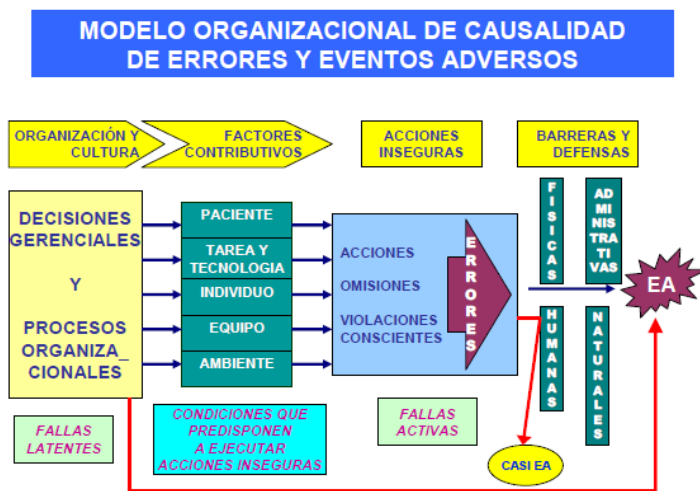


Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos.

De acuerdo con este modelo, las decisiones que se toman en los niveles directivo y gerencial de la organización se transmiten hacia abajo, a través de los canales departamentales, y finalmente afectan los sitios de trabajo, creando las condiciones que pueden condicionar conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar accidentes o para mitigar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, como las barandas; natural, como la distancia; acción humana, como las listas de verificación; tecnológico, como los códigos de barra y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.

Durante el análisis de un incidente, cada uno de estos elementos se considera detalladamente y por separado, comenzando por las acciones inseguras y las barreras que fallaron, hasta llegar la cultura y procesos organizacionales. La primera actividad del proceso de análisis es siempre la identificación de las acciones inseguras en que incurrieron las personas que tienen a su cargo ejecutar la tarea (piloto, controlador de tráfico aéreo, cirujano, anestesiólogo, enfermera, etc.). Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen al menos el potencial de causar un accidente o evento adverso. El paso siguiente es considerar el contexto institucional general y las circunstancias en que se cometieron los errores, las cuales son conocidas como factores contributivos. Éstas son condiciones que predisponen a ejecutar acciones inseguras relacionadas con carga de trabajo y fatiga; con conocimiento, pericia o experiencia inadecuada; supervisión o instrucción insuficientes; entorno estresante; cambios rápidos al interior de la organización; sistemas de comunicación deficientes; mala o equivocada planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores son condiciones que pueden afectar el desempeño de las personas, precipitar errores y afectar los resultados para el paciente.

A la cabeza de los factores contributivos, están los del paciente. En cualquier situación clínica, las condiciones de salud del paciente juegan un papel determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, lenguaje, creencias religiosas y problemas psicológicos, todos los cuales pueden interferir la comunicación adecuada con los prestadores. La forma en que una determinada función se planea y la disponibilidad de guías y pruebas de laboratorio pueden, igualmente afectar la calidad de atención. Los factores del individuo (prestador) tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, tanto física como mental, son condiciones que, dado el escenario propicio, pueden contribuir a que se cometan errores. La atención de salud es cada día más compleja y sofisticada, lo que hace necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de cada paciente e imprescindible la adecuada coordinación y comunicación entre ellos; en otras palabras, la atención de un paciente en la actualidad depende más de un equipo que de un individuo. Por este motivo, todo el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros y condicionan las de alguien. Los ambientes físico (ruido, luz, espacio) y social (clima laboral, relaciones

interpersonales) de trabajo son elementos que pueden afectar el desempeño de los individuos. Las decisiones y directrices organizacionales, originadas en los niveles gerencial y directivo de la institución, afectan directamente a los equipos de trabajo. Estas incluyen, por ejemplo, políticas relacionadas con uso de personal temporal o flotante, educación continua, entrenamiento y supervisión, y disponibilidad de equipo y suministros. La organización, a su vez, se desempeña en un entorno del que no puede sustraerse. Tal es el caso del contexto económico y normativo y de sus relaciones con instituciones externas. La tabla 1 resume los factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica.

ORIGEN	FACTOR CONTRIBUTIVO
PACIENTE	Complejidad y gravedad
	Lenguaje y comunicación
	Personalidad y factores sociales
TAREA Y TECNOLOGIA	Diseño de la tarea y claridad de la estructura
	Disponibilidad y uso de protocolos o GPC
	Disponibilidad y confiabilidad de las pruebas diagnósticas
	Ayudas para la toma de decisiones
INDIVIDUO	Conocimiento, habilidades y competencia
	Salud física y mental
EQUIPO DE TRABAJO	Comunicación verbal y escrita
	Supervisión y disponibilidad de soporte
	Estructura del equipo (consistencia, congruencia, etc.)
AMBIENTE	Personal suficiente
	Mezcla de habilidades
	Carga de trabajo
	Patrón de turnos
	Diseño, disponibilidad y mantenimiento de equipos
	Soporte administrativo y gerencial
	Clima laboral
	Ambiente físico (luz, espacio, ruido)
ORGANIZACIÓN Y GERENCIA	Recursos y limitaciones financieras
	Estructura organizacional
	Políticas, estándares y metas
	Prioridades y cultura organizacional
CONTEXTO INSTITUCIONAL	Económico y regulatorio
	Contactos externos

Tabla 1. Factores contributivos que pueden influenciar la práctica clínica

Cada uno de estos niveles de análisis puede ampliarse con el fin de profundizar en la identificación de los factores contributivos mayores. Por ejemplo, cuando se identifica un problema de comunicación, debe precisarse si éste es de naturaleza vertical (profesional senior con profesional junior, médico con enfermera, etc.) u horizontal (médico con médico, enfermera con enfermera, etc.), si es por la calidad de la información escrita (legibilidad y suficiencia de las notas), o si se trata de disponibilidad de supervisión o soporte adecuados.

Este marco conceptual facilita el análisis de los incidentes, en la medida que incluye desde elementos clínicos relacionados con el paciente, hasta factores del más alto nivel organizacional y de su entorno, que pueden haber jugado un papel

causal. Por este motivo, es útil como guía para investigar y analizar incidentes clínicos.

En la práctica diaria, las fallas activas –acciones u omisiones- que ocurren durante la atención de pacientes, son debidas a olvidos (no recordar que debe realizarse un procedimiento), descuidos (tomar la jeringa equivocada), equivocaciones (errores de juicio) y rara vez, desviaciones deliberadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares explícitos. Cualquiera de estas fallas constituye una “acción insegura”.

El Protocolo de Londres, por motivos culturales y de implicaciones legales, prefiere referirse a las acciones inseguras como “Care Delivery Problems (CDP)”. Nosotros preferimos seguirlas llamando acciones inseguras.

Tal como se dijo antes, el primer paso en la investigación de un incidente clínico es la identificación de la acción o acciones inseguras, para luego analizar las circunstancias en que ocurrió u ocurrieron, es decir, identificar los factores que contribuyeron o predispusieron a dicha conducta.

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

Acción insegura. Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.

Las acciones inseguras tienen dos características esenciales:

1. La atención se aparta de los límites de una práctica segura.
2. La desviación tiene al menos el potencial directo o indirecto de causar un evento adverso para el paciente.

Ejemplos de acciones inseguras:

1. No monitorizar, observar o actuar.
2. Tomar una decisión incorrecta.
3. No buscar ayuda cuando se necesita.

Contexto clínico. Condición clínica del paciente en el momento en que se ejecutó la acción insegura (hemorragia severa, hipotensión progresiva). Esta es información crucial para entender las circunstancias del momento en que ocurrió la falla.

Evento adverso. Es una lesión o daño no intencional causado al paciente por la intervención asistencial, no por la patología de base.

Evento adverso no evitable. Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Ocurre

cuando, por ejemplo, se administra un medicamento o se aplica una tecnología en dosis y forma adecuada, para la patología adecuada.

Evento adverso evitable. Lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base.

Error. Uso de un plan equivocado para el logro de un resultado esperado o falla en completar una acción como estaba planeada. Los errores se pueden cometer por omisiones o acciones, conscientes o inconscientes.

	ERRORES DE PLANEACION	ERRORES DE EJECUCION
ERRORES POR ACCION	El proceso de atención contempla actividades que no se deben realizar. Por ejemplo: reuso de insumos donde la evidencia indica que genera riesgo	Se ejecutan acciones que no se deben realizar y no están previstas en los procesos. Por ejemplo: la administración de un medicamento o una dosis mayor a las dosis establecidas en las guías de práctica clínicas o en las guías farmacoterapéuticas
ERRORES POR OMISION	El proceso de atención no contempla actividades que se deben realizar. Por ejemplo: el proceso de administración de medicamentos no contempla la verificación por farmacia o por enfermería	Se omiten acciones que se deben realizar y están previstas en los procesos. Por ejemplo: se omite el protocolo de anticoagulación en pacientes con reposos prolongados (postoperatorio de reemplazo de cadera), cuando la guía contempla su realización

En la figura 2 se ilustra la secuencia de pasos a seguir para investigar y analizar un incidente clínico, es decir, tanto un error como un evento adverso.

El proceso básico de investigación y análisis está bastante estandarizado. Fue diseñado pensando en que sea útil, y pueda usarse tanto en incidentes menores, como en eventos adversos graves. No cambia si lo ejecuta un persona o un equipo grande expertos. De igual manera, el investigador (persona o equipo) puede decidir que tan rápido lo recorre, desde una sesión corta hasta una investigación completa que puede tomar varias semanas, que incluya examen profundo de la cronología de los hechos, de las acciones inseguras y de los factores contributivos. La decisión acerca de los extenso y profundo de la investigación, depende de la gravedad del incidente, de los recursos disponibles y del potencial aprendizaje institucional.

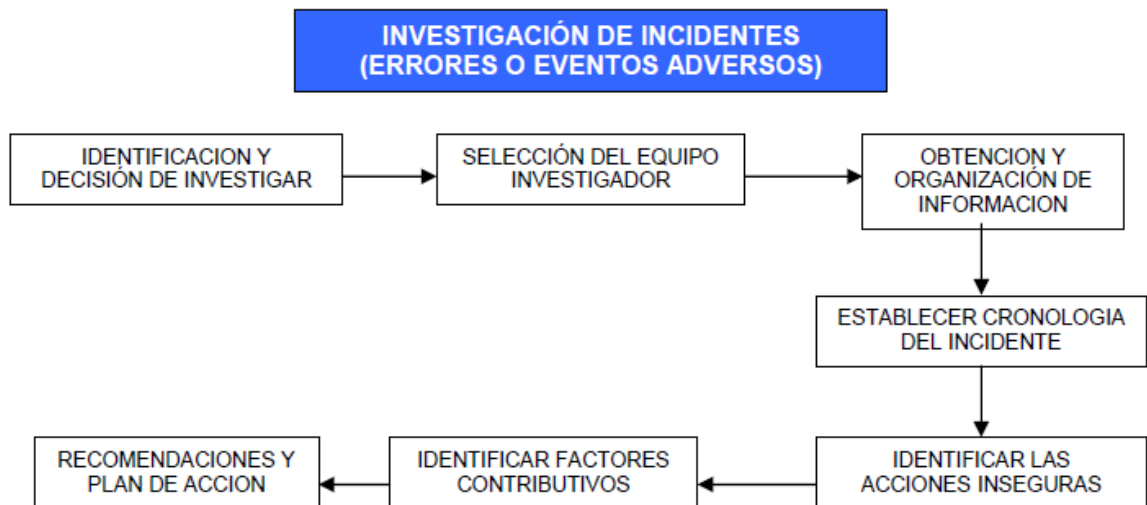


Figura 2. Ruta para investigar y analizar incidentes clínicos.

· Identificación y decisión de investigar. Es obvio que el proceso de investigación y análisis de un incidente supone un paso previo: haberlo identificado. Detrás de la identificación está el inmenso campo del reporte de los errores y eventos adversos, el cual, como se ha discutido en otros documentos, sólo ocurre en instituciones que promueven activamente una cultura en la que se puede hablar libremente de las fallas, sin miedo al castigo, en donde no se sanciona el error pero sí el ocultamiento. Una vez identificado el incidente, la institución debe decidir si inicia o no el proceso. En términos generales, esta determinación se toma teniendo en cuenta la gravedad del incidente y el potencial aprendizaje organizacional.

Independientemente de los criterios que se utilicen, toda la organización debe hacer explícito los motivos y las circunstancias por las que se inicia una investigación.

· Selección del equipo investigador. Hay que reconocer que un proceso complejo como éste requiere, además del conocimiento y experiencia en investigación de incidentes, conocimiento y experiencia clínica específica. Idealmente, un equipo investigador debe estar integrado por 3 ó 4 personas lideradas por un investigador.

Las personas con competencias múltiples son muy útiles en estos equipos, siempre y cuando cuenten con el tiempo necesario. Un equipo debe contar con:

- Experto en investigación y análisis de incidentes clínicos.
- Punto de vista externo (miembro de la Junta Directiva sin conocimiento médico específico).

- Autoridad administrativa senior (Director Médico, Jefe de Enfermería, etc.).
- Autoridad clínica senior (Director Médico, Jefe de Departamento, Jefe de
- Servicio o Departamento, especialista reconocido, etc.).
- Miembro de la unidad asistencial donde ocurrió el incidente, no involucrado directamente.

Es posible que para investigar un incidente menor, una persona con competencias múltiples (investigador, autoridad administrativa y clínica) sea suficiente.

· Obtención y organización de información. Todos los hechos, conocimiento y elementos físicos involucrados deben recolectarse tan pronto como sea posible.

Estos incluyen como mínimo:

- Historia clínica completa.
- Protocolos y procedimientos relacionados con el incidente.
- Declaraciones y observaciones inmediatas.
- Entrevistas con los involucrados.
- Evidencia física (planos del establecimiento o centro asistencial, listas de turnos, hojas de vida de los equipos involucrados, etc.).
- otros aspectos relevantes tales como índice de rotación de personal disponibilidad de personal bien entrenado.
-

Las declaraciones y observaciones inmediatas son muy valiosas, siempre y cuando se orienten a obtener el tipo de información que se desea tener, para evitar que sean resúmenes incompletos de la historia clínica. Las declaraciones deben ser narraciones espontáneas de la percepción individual acerca de lo ocurrido, de la secuencia de eventos que antecedieron el incidente, de la interpretación acerca de cómo esos eventos enfrentaron –por ejemplo, equipo defectuoso- y no están descritas en la historia clínica. Las observaciones referentes a la supervisión o a soporte insuficiente o inadecuado es mejor reservarlas para las entrevistas. Esta información debe recolectarse lo más pronto posible, después de ocurrido el incidente.

Una de las mejores formas de obtener información de las personas involucradas en incidentes clínicos son las entrevistas personales. El equipo investigador decide a quién entrevistar y es responsable de llevarlas a cabo lo más pronto posible.

La entrevista debe ajustarse a un protocolo cuyo propósito sea tranquilizar al entrevistado y obtener de él un análisis y unas conclusiones lo más cercanas a la realidad de los acontecimientos. La tabla 2 ilustra de manera esquemática el

protocolo que debe seguirse en toda entrevista que se conduzca durante un proceso de investigación.

Lugar	Privado y relajado, lejos del sitio donde ocurrió el incidente. El entrevistado puede estar acompañado por quien desee.
Explique el propósito	Explique al entrevistado el motivo de la entrevista. Evite el estilo confrontacional y los juicios de valor. Garantícele que lo que diga no va a ser objeto de represalias y va a mantenerse bajo estricta confidencialidad.
Establezca la cronología del incidente	Identifique el papel del entrevistado en el incidente y registre el límite de su participación. Establezca con su ayuda la secuencia de hechos que llevaron al incidente, tal como él la vivió. Compare esta información con la secuencia general que se conoce hasta el momento.
Identifique las acciones inseguras	Explique al entrevistado el significado del término acción insegura e ilustre el concepto con un ejemplo diferente al caso que se investiga. Invite al entrevistado a identificar acciones inseguras relevantes para el caso, sin preocuparse por si alguien es o no culpable. Cuando hay protocolos o guías de práctica clínica es relativamente fácil identificar no adherencia a recomendaciones específicas. Recuerde que en la práctica diaria es aceptable algún grado de variación.
Identifique los factores contributivos	Explique al entrevistado el significado del término factor contributivo e incentive su identificación sistemática mediante ejemplos ilustrativos. Cuando el entrevistado identifica un factor contributivo pregúntele si es específico para la situación actual o si se trata de un problema general de la unidad asistencial.
Cierre	Permita que el entrevistado haga todas las preguntas que tenga. Las entrevistas deben durar entre 20 y 30 minutos.

Tabla 2. Protocolo de entrevista.

· Precise la cronología del incidente. Las entrevistas, las declaraciones y las observaciones de quienes participaron de alguna manera en el incidente, junto a la historia clínica, deben ser suficientes para establecer qué y cuándo ocurrió. El equipo investigador tiene la responsabilidad de identificar cualquier discrepancia entre las fuentes. Es útil familiarizarse con alguna de las siguientes metodologías para precisar la cronología:

- Narración. Tanto las entrevistas como la historia clínica proporcionan una cronología narrativa de lo que ocurrió que permite entender cómo se sucedieron los hechos y cuál fue el papel y las dificultades enfrentadas por los involucrados.
- Diagrama. Los movimientos de personas, materiales, documentos e información pueden representarse mediante un dibujo esquemático. Puede ser útil ilustrar la secuencia de hechos como deberían haber ocurrido de acuerdo con las políticas, protocolos y procedimientos y compararla con la que verdaderamente ocurrió cuando se presentó el incidente.

· Identifique las acciones inseguras. Una vez identificada la secuencia de eventos que condujeron al incidente clínico, el equipo investigador debe puntualizar las acciones inseguras. Es probable que algunas se hayan identificado durante las entrevistas o como producto de la revisión de la historia clínica. Sin embargo, es útil organizar una reunión con todo el personal involucrado en el incidente para que entre todos intenten identificar las principales acciones inseguras. La gente, que de alguna manera participó en el incidente, usualmente es capaz de identificar el motivo por el cual ocurrió. El facilitador debe asegurarse de que las acciones inseguras sean conductas específicas –por acción o por omisión– en lugar de

observaciones generales acerca de la calidad de la atención. Es fácil encontrarse con afirmaciones tales como “mala comunicación” o “trabajo en equipo deficiente” las cuales pueden ser características reales del equipo, pero que corresponden a factores contributivos más que a acciones inseguras. Aunque en la práctica las acciones inseguras y los factores contributivos se mezclan, es aconsejable no explorar estos últimos hasta que la lista de las primeras esté completa.

- Identifique los factores contributivos. El paso siguiente es identificar las condiciones asociadas con cada acción insegura. Cuando se ha identificado un gran número de acciones inseguras es bueno seleccionar las más importantes y proceder a analizarlas una a una, dado que cada una tiene su propio conjunto de factores contributivos.

Es posible que cada acción insegura esté asociada a varios factores. Por ejemplo: desmotivación (individuo), falta de supervisión (equipo de trabajo) y política de entrenamiento inadecuada (organización y gerencia). La figura 3 ilustra un diagrama de espina de pescado asociada a una acción insegura, teniendo en cuenta los factores contributivos resumidos en la tabla 1.

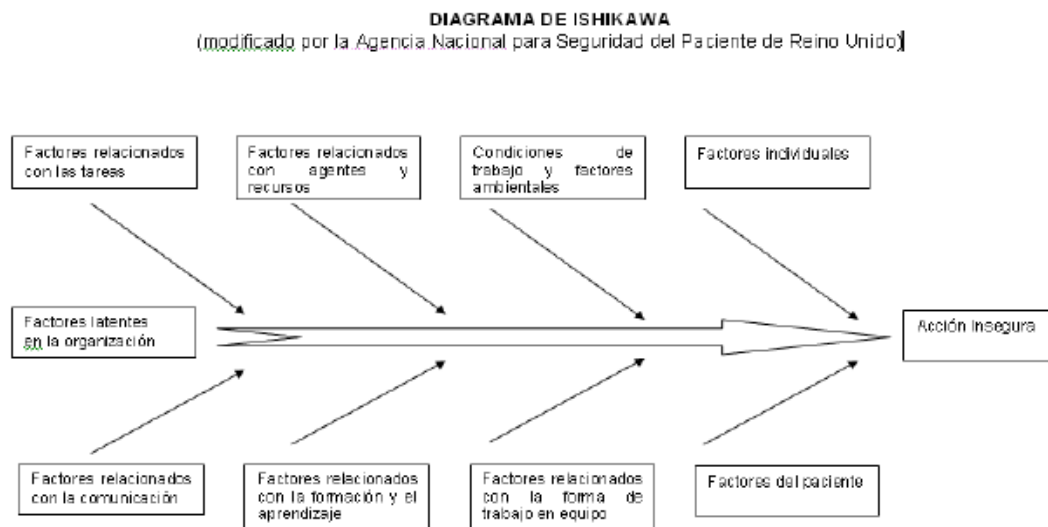


Figura 3. Diagrama de espina de pescado – Acción insegura.

Recomendaciones y plan de acción. La etapa de investigación y análisis termina con la identificación de los factores contributivos de cada acción insegura. El paso siguiente es hacer una serie de recomendaciones cuyo propósito es mejorar las debilidades identificadas. El plan de acción debe incluir la siguiente información:

- Priorización de los factores contributivos de acuerdo con su impacto sobre la seguridad futura de los pacientes.
- Lista de acciones para enfrentar cada factor contributivo identificado por el equipo investigador.
- Asignar un responsable de implementar las acciones.
- Definir tiempo de implementación de las acciones.
- Identificar y asignar los recursos necesarios.
- Hacer seguimiento a la ejecución del plan.
- Cierre formal cuando la implementación se haya efectuado.
- Fijar fecha de seguimiento para evaluar la efectividad del plan de acción.

El equipo investigador debe ser realista en cuanto a las recomendaciones que propone con el fin que se traduzcan en mejoramientos comprobables para toda la organización.

Cuando se plantean, es aconsejable tener en cuenta su complejidad, los recursos que requieren y el nivel de control del que dependen. En ese orden de ideas, se debe categorizar cada recomendación de acuerdo con el nivel de control del que depende: individual / grupal, local (equipo), departamento / dirección / organización / autoridad gubernamental y asignar personas con el estatus administrativo y gerencial adecuado para garantizar su ejecución. De esta manera, se promueve la cultura de seguridad, pues la gente al ver que el proceso efectivamente conduce a mejoramientos entiende su importancia y se apropia de él.

BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Protección Social. Herramientas para promover la Estrategia de la Seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. República de Colombia, 2008.
- Ruiz-López Pedro, Gonzáles Carmen, Alcalde-Escribano Juan. Análisis de causas raíz. Una herramienta útil para la prevención de errores. Rev Calidad Asistencial. 2005;20(2):71-8. España.
- Luengas Amaya, Sergio. Seguridad del paciente: conceptos y análisis de eventos adversos. Centro de Gestión Hospitalaria. Vía Salud. Número 48. Julio de 2009. Colombia.

ANEXO L. SELECCIÓN Y CONTRATACION

Estándares para Contratación de Recurso Humano en las UBA

Cargo	Poblacion Mínima Requerida	Cantidad mínima de Recurso Humano por cargo para la apertura de la Unidad	Proporcionalidad por Población	Población requerida para cada Recurso Humano adicional por cargo
Director de Unidad	15.000	N.A	NO	N.A
Coordinador Administrativo	10.000	N.A	NO	N.A
Medico General	2.500	1	SI	2.500
Auxiliar de Enfermería	N.A	N.A	NO	Sólo para Unidades con Sala de Procedimientos Minimos
Nutrición	20.000	1	SI	20.000
Auxiliar UBA	7.000	2	SI	6.000
Recepcionista	15.000	1	NO	N.A
Auxiliar de Archivo	10.000	1	NO	N.A

ATENCIÓN
Por favor

Cálculo de Recurso Humano a contratar en una UBA

Población Actual
Atendida/Proyectada Atender

Sala para Procedimientos Menores y Toma de E.K.G

UBA Existente

No cuenta con el personal mínimo requerido para apertura de una UBA

Cargo	Cantidad Recurso Humano por Cargo	Recurso Humano Actual	Cantidad de Recurso Humano Adicional
Director de Unidad	0,0		
Coordinador Administrativo	0,0		
Medico General	0,0		
Auxiliar de Enfermería	0,0		
Nutrición	0,0		
Auxiliar UBA	0,0		
Recepcionista	0,0		
Auxiliar de Archivo	0,0		
TOTAL (Personas)	0,0	0,0	