

**IMPLEMENTACION DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACION EN UNIVER
OPTICAS**

DIANA MARCELA ZAMBRANO DE LA TORRE

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA
2007**

**IMPLEMENTACION DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACION EN UNIVER
OPTICAS**

DIANA MARCELA ZAMBRANO DE LA TORRE

**Trabajo de grado para optar al título de
Ingeniero Industrial**

Director

PIEDAD ARENAS DIAZ

Docente de la Escuela de Estudios Industrial y Empresariales

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FÍSICO MECÁNICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
BUCARAMANGA**

2007

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	12
1. GENERALIDADES DEL PROYECTO	14
1.1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	14
1.2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	15
1.2.1. Objetivo General	15
1.2.2. Objetivos Específicos	15
2. LA EMPRESA	17
2.1. RESEÑA HISTORICA UNIVER	18
2.2. MISIÓN	20
2.3. VISIÓN	20
2.4. OBJETIVO EMPRESARIAL	20
2.5. POLÍTICA DE CALIDAD	20
2.6. OBJETIVOS DE CALIDAD	21
2.7. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	21
2.8. ENFOQUE ACTUAL Y PORTAFOLIO DE SERVICIOS	22
2.8.1. Prevención y diagnóstico	23
2.8.2. Tratamiento.....	23
2.8.3. Labor social.....	24
3. ENTORNO DE LA EMPRESA	25
3.1. PANORAMA ACTUAL DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE	

SALUD EN COLOMBIA	25
3.2. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD: OPTOMETRÍA	27
3.3. MARCO LEGAL INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD: OPTOMETRÍA	28
3.3.1. Ley 100 de 1993	28
3.3.2. Ley 372 de 1997	28
3.3.3. Decreto 1011 de 2006	29
3.3.4. Resolución 1043 de 2006	29
3.3.5. Decreto 1030 de 2007	29
3.3.6. Resolución 1995 de 1999	30
4. MARCO TEORICO	31
4.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	31
4.1.1. Calidad en una IPS	34
4.2. COSTO DE LA CALIDAD	35
4.3. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD .	36
4.4. MEJORAMIENTO DE PROCESOS	38
4.4.1. Etapas básicas para el mejoramiento de procesos	43
4.4.1.1. Identificar y seleccionar problemas	43
4.4.1.2. Investigar las causas que originan los problemas.....	44
4.4.1.3. Crear alternativas de solución	44
4.4.1.4. Seleccionar y planificar alternativas de solución	44

4.4.1.5. Implementar las soluciones	45
4.4.1.6. Evaluar resultados y retornar al inicio del ciclo de control.....	45
4.4.2. Documentación de procesos.....	45
4.5. INDICADORES DE GESTION	46
4.6. AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	48
4.6.1. Etapas de una auditoria.....	48
4.6.2. Niveles de operación de la auditoria.....	50
4.6.3. Tipos de acciones de la auditoria.....	51
4.7. PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL Y EL TRABAJO EN EQUIPO.....	53
4.7.1. Trabajo en equipo	53
4.7.2. Beneficios del trabajo en equipo	54
4.7.3. Grupos primarios	55
4.7.4. Organización e implantación del trabajo en equipo	55
5. METODOLOGIA	57
5.1. ETAPA I: PRELIMINARES	57
5.2. ETAPA II: AUTOEVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO.....	60
5.2.1. Autoevaluación Condiciones Mínimas de Habilitación	60
5.2.1.1. Capacidad tecnológica y científica	60
5.2.1.2. Suficiencia patrimonial y financiera	61
5.2.1.3. Capacidad técnico – administrativa	61
5.2.2. Diagnóstico Inicial	62
5.2.3. Retroalimentación diagnóstico inicial	63

5.3.	ETAPA III: PLAN DE ACCION – CUMPLIMIENTO DE ESTANDARES	64
5.3.1.	Capacitación Sistema Único de Habilitación.....	64
5.3.2.	Actualización y levantamiento de documentación general	65
5.3.3.	Diseño, redefinición e implementación de procesos asistenciales y administrativos	66
5.3.4.	Adaptación de herramientas tecnológicas	69
5.3.5.	Adecuación de instalaciones, adquisición de implementos y equipos exigidos para la prestación del servicio.....	69
5.3.6.	Establecimiento de alianzas estratégicas con proveedores	70
5.4.	ETAPA IV: DISEÑO DE PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD ...	71
5.5.	SEGUIMIENTO Y PRESENTACION DE RESULTADOS.....	71
6.	APLICACIÓN DE LA METODOLOGIA.....	74
6.1.	PRELIMINARES	74
6.1.1.	Identificación del problema	74
6.1.2.	Red de Procesos.....	75
6.1.2.1.	Procesos de Dirección	76
6.1.2.2.	Procesos Funcionales	78
6.1.2.3.	Procesos de Apoyo	82
6.1.3.	Requisitos Aplicables Sistema Único de Habilitación	86
6.1.3.1.	Recursos Humanos	87
6.1.3.2.	Infraestructura – Instalaciones – Mantenimiento.....	88

6.1.3.3. Dotación – Mantenimiento	90
6.1.3.4. Medicamentos y Dispositivos Médicos	91
6.1.3.5. Procesos Asistenciales	93
6.1.3.6. Historia Clínica y Registros Asistenciales	95
6.1.3.7. Interdependencia de Servicios	96
6.1.3.8. Referencia y contrarreferencia de pacientes	97
6.1.3.9. Seguimiento a riesgos en la prestación del servicio	97
6.2. AUTOEVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO	98
6.2.1. Autoevaluación Condiciones Mínimas de Habilitación	98
6.2.2. Diagnóstico Inicial	99
6.2.2.1. Capacidad Técnico Administrativa.....	99
6.2.2.2. Suficiencia Patrimonial y Financiera.....	99
6.2.2.3. Capacidad Tecnológica y Científica	100
6.2.3. Retroalimentación diagnóstico Inicial	100
6.3. PLAN DE ACCION – CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	101
6.3.1. Diseño del Plan de Acción	101
6.3.2. Desarrollo del plan de acción	102
6.3.2.1. Capacitación Sistema Único de Habilitación.....	102
6.3.2.2. Actualización y levantamiento de documentación general	103
6.3.2.3. Definición, ajuste e implementación de procesos asistenciales y administrativos	105
6.3.2.4. Adaptación de herramientas tecnológicas	110

6.3.2.5. Adecuación de instalaciones, adquisición de implementos y equipos	111
6.3.2.6. Establecimiento de alianzas estratégicas con proveedores	113
6.4. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	114
6.4.1. Objetivos del PAMEC	114
6.4.1.1. Objetivo General	114
6.4.1.2. Objetivos Específicos	115
6.4.2. Metodología	115
6.4.3. Aplicación de la metodología	117
6.4.3.1. Autoevaluación	117
6.4.3.2. Selección de procesos a mejorar	120
6.4.3.3. Priorización de procesos	120
6.4.3.4. Definición de la calidad esperada	121
6.4.3.5. Medición inicial del desempeño de los procesos	122
6.5. SEGUIMIENTO Y PRESENTACION DE RESULTADOS	122
6.5.1. Evaluación y ajuste de las Condiciones mínimas de habilitación	122
6.5.2. Resultados	124
6.5.3. Presentación de resultados	130
7. CONCLUSIONES	131
EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS.....	134
BIBLIOGRAFIA	136

ANEXOS	139
---------------------	------------

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Criterios de Recursos Humanos aplicables al servicio de optometría integral	87
Tabla 2. Criterios de Infraestructura e instalaciones físicas aplicables al servicio de optometría integral	88
Tabla 3. Criterios de Dotación de equipos aplicables al servicio de optometría integral	90
Tabla 4. Criterios de Medicamentos y dispositivos médicos aplicables al servicio de optometría integral	91
Tabla 5. Criterios de Procesos asistenciales aplicables al servicio de optometría integral	93
Tabla 6. Criterios de Historia clínica y registros asistenciales aplicables al servicio de optometría integral	95
Tabla 7. Criterios de Referencia y contrarreferencia de pacientes aplicables al servicio de optometría integral	97
Tabla 8. Criterios de Seguimiento a riesgos aplicables al servicio de optometría integral	97
Tabla 9. Procesos definidos y ajustados en la organización	109
Tabla 10. Cuadro comparativo de cumplimiento de condiciones mínimas de habilitación	126

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Calidad de la atención en salud	33
Figura 2. Etapas de realización del proyecto	57
Figura 3. Procedimiento para el Análisis de Valor Agregado	68
Figura 4. Mapa de procesos Ópticas Univer	76
Figura 5. Ruta Crítica del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud.....	115

LISTA DE ANEXOS
(Consultar material complementario)

	Pág.
ANEXO 1. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	140
ANEXO 2. ANÁLISIS 5W1H PROCESO DE DIRECCIONAMIENTO ORGANIZACIONAL	141
ANEXO 3. ANÁLISIS 5W1H PROCESO DE MERCADEO	143
ANEXO 4. ANÁLISIS 5W1H PROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD	146
ANEXO 5. CARACTERIZACIÓN INICIAL PROCESO DE OPTOMETRÍA INTEGRAL	150
ANEXO 6. CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO DE ASESORÍA Y VENTA DE SUMINISTROS ÓPTICOS	152
ANEXO 7. ANÁLISIS 5W1H PROCESO DE FACTURACIÓN Y TRÁMITE DE CUENTAS	153
ANEXO 8. ANÁLISIS 5W1H PROCESO DE GESTIÓN DE COMPRAS (LENTES Y MONTURAS)	155
ANEXO 9. ANÁLISIS 5W1H GENERACIÓN DE RIPS	158
ANEXO 10. INSTRUMENTO DE AUTOEVALUACIÓN CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES MÍNIMOS	160
ANEXO 11. CONSOLIDADO NACIONAL – AUTOEVALUACIÓN CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES MÍNIMOS	171

ANEXO 12. PLAN DE ACCIÓN – CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN	184
ANEXO 13. JORNADA DE CAPACITACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	189
ANEXO 14. DOCUMENTACIÓN SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN	192
ANEXO 15. TALLER DE CONCEPTUALIZACIÓN	395
ANEXO 16. RUTA CRÍTICA PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD	399
ANEXO 17. AUTOEVALUACIÓN ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN – PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE – ASISTENCIAL	401
ANEXO 18. CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO CONDICIONES DE HABILITACIÓN	408
ANEXO 19. INFORME DE RESULTADOS. EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES DE HABILITACIÓN.....	414

RESUMEN ESPAÑOL

TITULO: IMPLEMENTACION DEL SISTEMA UNICO DE HABILITACION EN UNIVER OPTICAS*

AUTOR: ZAMBRANO DE LA TORRE, Diana Marcela.**

PALABRAS CLAVES: Habilitación, Mejoramiento, Servicios de salud, PAMEC, Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006.

CONTENIDO: Este documento ofrece los resultados obtenidos en el proceso de implementación del Sistema Único de Habilitación en la cadena de ópticas UNIVER, dando cumplimiento a las exigencias establecidas por el gobierno nacional. El Sistema Único de Habilitación es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de habilitación, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales.

La implementación del sistema se desarrolló en diversas etapas las cuales comprendieron la autoevaluación y diseño de un plan de acción que permitiera superar las inconsistencias detectadas frente a los estándares exigidos, el cual, al ser implementado permitió el cumplimiento e implementación total del Sistema de Habilitación; este plan de acción incluyó actividades como el levantamiento y documentación de procesos asistenciales y administrativos, capacitación del personal, ajuste de los sistemas de información, adecuación de infraestructura y dotación de equipos. Adicionalmente, el trabajo desarrollado comprendió la elaboración de un Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención de salud –PAMEC- basado en la metodología del ciclo PHVA.

Al finalizar la práctica fue validada la metodología aplicada en uno de los centros de atención, confirmando el cumplimiento de los estándares exigidos por el Sistema Único de Habilitación; así mismo, fueron obtenidos los certificados de habilitación de las Secretarías Departamentales de los centros de atención visitados. Este trabajo contribuyó considerablemente a la organización interna de la institución, convirtiéndose en el punto de partida para el desarrollo de procesos de mejoramiento continuo.

* Proyecto de grado modalidad práctica empresarial para optar al título de ingeniero industrial

** Facultad de Ingenierías Físico – mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, Director: Ingeniera Industrial Piedad Arenas Díaz.

SUMARY ENGLISH

TITLE: IMPLEMENTATION OF THE UNIQUE SYSTEM OF RATING IN UNIVER OPTICAS*

AUTHOR: ZAMBRANO DE LA TORRE, Diana Marcela.**

KEY WORDS: Rating, Improvement, Services of health, PAMEC, Decree 1011 of 2006, Resolution 1043 of 2006.

CONTENT: This document offers the results obtained in the process of implementation of the Unique System of Rating in the chain of optical UNIVER, giving fulfillment to the exigencies established by the national government. The Unique System of Rating is the set of norms, requirements and procedures by means of which it settles down, are registered, verified and the fulfillment of the basic conditions of rating is controlled, indispensable for the entrance and permanence in the system, which are of obligatory fulfillment on the part of the Lenders of Services of Health and the defined ones as such.

The implementation of the system was developed in diverse stages which included/understood the autoevaluation and design of an action plan that allowed as opposed to surpass the inconsistency detected the demanded standards, which, to the implemented being allowed to the fulfillment and total implementation of the System of Rating; this plan of action included activities like the rise and documentation of welfare and administrative processes, qualification of the personnel, fits of the infrastructure adjustment, information systems and equipment. Additionally, the developed work included/understood the elaboration of a Program of Audit for the improvement of the quality in the attention of health - PAMEC- based on the methodology of cycle PHVA.

When finalizing the practical one was validated the methodology applied in the one of the attention centers, confirming fulfillment of the standards demanded by the Unique System of Rating; also, the certificates of rating of the Departmental Secretaries of the visited centers of attention were obtained. This work contributed considerably to the internal organization of the institution, becoming the departure point for the development of processes of continuous improvement.

* Proyecto de grado modalidad práctica empresarial para optar al título de ingeniero industrial

** Facultad de Ingenierías Físico – mecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, Director: Ingeniera Industrial Piedad Arenas Díaz.

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene por finalidad describir, en forma resumida, el proyecto de Implementación del Sistema Único de Habilitación en UNIVER Opticas, el cual contribuyó significativamente al mejoramiento en la prestación de los servicios de optometría integral, y a su vez permitió el establecimiento de estándares orientados a cumplir con las características de calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), las cuales comprenden la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la prestación del servicio de salud.

En el capítulo uno se describe el marco en el cual se desarrolla el proyecto, es decir, los objetivos que se pretenden conseguir y las razones que motivaron su realización.

En el capítulo dos se presenta una visión general de la organización, dando a conocer su reseña histórica, el direccionamiento y su estructura organizacional, y los servicios de salud que ofrece en la actualidad; esta información permite comprender el acelerado proceso de expansión que ha vivido la empresa en los últimos dos años.

Con el objeto de enmarcar el ámbito de acción donde se desenvuelve la institución, en el capítulo tres de este documento, se realiza una breve exposición de la situación actual del sector salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, especialmente, lo que compete a la salud visual. Adicionalmente, se enuncia el marco legal que rige el funcionamiento de la organización.

En el capítulo cuatro se registra el marco teórico que da soporte a la realización de este proyecto, presentando temas relacionados con la calidad en la atención en salud, el costo de la calidad, el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud, la auditoría para el mejoramiento de la calidad y la participación del personal y el trabajo en equipo, como factor de éxito en el desarrollo de este tipo de actividades. Así mismo, se ofrece información teórica sobre el mejoramiento de procesos y el levantamiento de indicadores de gestión al interior de la organización.

El capítulo cinco demuestra la metodología empleada para desarrollar el proyecto, con el propósito de orientar al lector y describir las estrategias aplicadas en la ejecución del mismo.

En el capítulo seis, el lector podrá observar el desarrollo metodológico del proyecto y los resultados obtenidos durante este periodo, evidenciando el cumplimiento de los objetivos planteados en la etapa inicial.

Finalmente, en el capítulo siete se plantean las conclusiones, producto del trabajo realizado en la organización. Las conclusiones son enriquecidas por recomendaciones que le realiza la autora del proyecto a la organización.

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Mediante el Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006, el Ministerio de Protección Social establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, dirigidos a garantizar estándares mínimos de calidad de la atención en salud, como punto de partida para el mejoramiento de los servicios. Adicionalmente, está orientado hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios mediante el desarrollo de procesos de auditoría, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los definidos como básicos por el Sistema Único de Habilitación.

De igual manera, el Decreto 1011 de 2006, determina que el *Sistema Único de Habilitación*, es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de habilitación, *indispensables* para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de *obligatorio cumplimiento* por parte de los Prestadores de Servicios de Salud.

UNIVER, como institución prestadora de servicios de salud, se encontraba en la obligación de cumplir a cabalidad con estas disposiciones del gobierno; sin embargo, al realizar el proceso inicial de autoevaluación, se logró detectar una considerable brecha entre las condiciones mínimas exigidas por el Ministerio y las condiciones reales de la prestación del servicio en cada uno de los centros de atención.

Por esta razón UNIVER orientó sus mayores esfuerzos a la realización de aquellas acciones que le permitieran dar cumplimiento a todas las condiciones mínimas de capacidad tecnológica y científica, suficiencia patrimonial y financiera, y capacidad técnico administrativa, establecidas en la Resolución 1043 de 2006, ya que de lo contrario, el servicio de promoción, prevención y rehabilitación en Salud Visual, debería ser suspendido ya que la empresa no se encontraría habilitada por el gobierno nacional para el ejercicio de esta actividad.

El trabajo desarrollado desplegó la metodología establecida y exigida por el gobierno, la cual corresponde al Sistema Único de Habilitación como parte integral y prioritaria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, convirtiéndose en el punto de partida para lograr la Acreditación en Salud de la institución.

1.2 OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mediante la realización del proyecto de Implementación del Sistema Único de Habilitación en UNIVER Ópticas, se alcanzaron los siguientes objetivos:

1.2.1 Objetivo General. Implementar el Sistema Único de Habilitación en los diferentes centros de atención de UNIVER, logrando así, el cumplimiento de los estándares mínimos exigidos por el gobierno nacional.

1.2.2 Objetivos Específicos.

- ✓ Diagnosticar, mediante el proceso inicial de autoevaluación, las situaciones de inconformidad que impiden el cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación.

- ✓ Formular, desarrollar e implementar un plan de acción que permita alcanzar el cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación en los diferentes centros de atención de la empresa.

- ✓ Diseñar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de cada uno de los centros de atención, como requisito exigido para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Protección Social.

- ✓ Validar la metodología aplicada en uno de los centros de atención, con el fin de garantizar el mantenimiento de las condiciones mínimas para la prestación del servicio.

2. LA EMPRESA

UNIVER es una institución privada, prestadora de servicios de salud, dedicada a la promoción, prevención y rehabilitación de la Salud Visual.

UNIVER, conformada por un destacado equipo de profesionales especializados en el área, ha constituido una completa red de ópticas a nivel nacional; actualmente cuenta con 26 centros de atención propios, ubicados en ciudades como Bogotá, Calí, Barranquilla, Bucaramanga, Medellín, Manizales, Pereira, Cartagena, Santa Marta, Valledupar, Villavicencio y Barrancabermeja. Adicionalmente, cuenta con 18 ópticas convenio, por medio de las cuales presta sus servicios de optometría a diversos usuarios en los municipios de La Dorada, Valledupar, Aguachica, Montería, Neiva, Pitalito, Garzón, Cúcuta, Pamplona, Ocaña, San Gil, Socorro, Cimitarra, Barbosa, Santa Rosa Sur de Bolívar, Espinal, Ibagué y Villavicencio.

Esta organización ha adquirido una amplia experiencia en su campo, liderando programas en áreas de prevención y promoción de salud visual y salud ocupacional visual al interior de importantes empresas como: PROTECCION S.A., ELECTRIFICADORA DE SANTANDER, PALMAS BUCARELIA, BANCO BBVA, CONAVI, EMPAQUES INDUSTRIALES, EMPAQUES TRANSPARENTES, CODIANCAR, GESTIONAR CTA, entre otras; y en la prestación de servicios a entidades promotoras de salud en el régimen contributivo y subsidiado como: SALUD TOTAL, COOMEVA, SALUDCOOP, ISS, VIRREY SOLIS, SERVIR IPS, COLMEDICA, SOLSALUD ARS, CAFESALUD ARS, ASMETSALUD ARS, COLMEDICA MP, COOMEVA MP, las cuales han confiado la salud visual de sus más de dos millones de usuarios a Ópticas Univer.

En el desarrollo de su gestión comercial, UNIVER ofrece en sus centros de atención, una gran variedad de productos y servicios, entre los cuales se encuentran: consulta de optometría, valoración y tratamiento de ortóptica, tamizaje visual, monturas, lentes oftálmicos, lentes de contacto, entre otros, los cuales le han permitido alcanzar excelentes resultados; todo esto ha sido posible, gracias a la participación del personal vinculado a la organización, el cual se encuentra distribuido en las áreas comercial y administrativa, alcanzando en total un número de aproximadamente 130 empleados directos.

2.1 RESEÑA HISTORICA.

UNIVER fue constituida el 29 de Noviembre de 1999, como resultado de la unión de cuatro ópticas reconocidos en la ciudad de Bucaramanga, quienes al analizar la situación del mercado de esa época, visualizaron una alta competencia en el sector de la optometría, por la cantidad de ópticas que se formarían en los siguientes años, derivado de la apertura de varias facultades académicas en el país. Fue así como decidieron formar la sociedad de nombre Universalidad en visión y salud Ltda. UNIVER LTDA., en la cual entrarían en funcionamiento las ópticas que pertenecían anteriormente a cada uno de los socios como fueron Óptica Familiar, Óptica Campivisión y Óptica Kolor's. En el sector de la optometría, esta sociedad se fue fortaleciendo al demostrar que, con sus diferentes puntos de atención, podía ofrecer una mayor cobertura en la prestación de servicios de la salud visual, y fue así como se hizo necesaria la expansión y por tal razón la apertura de ópticas ubicadas en el sector de Cañaveral y en el municipio de Piedecuesta, las cuales, tomaron el nombre institucional, Univer Cañaveral y Univer Piedecuesta, respectivamente. De igual manera, las exigencias de los contratos establecidos con las diferentes empresas, determinaron la necesidad de cubrir el servicio de optometría en los diferentes municipios de Santander, constituyendo así la Óptica Móvil, conformada por un

profesional y dos asesores de ventas, los cuales se desplazaban a los lugares en donde solicitaban la prestación del servicio.

De esta forma, UNIVER se fue consolidando como una institución prestadora de servicios de salud, la cual tenía cobertura a lo largo del departamento de Santander y se proyectaba a alcanzar el posicionamiento en el sector de la optometría del Oriente Colombiano, a través de la excelencia del servicio, la ética y la calidez humana.

A mediados del año 2005, UNIVER inició un fuerte proceso de expansión, el cual tenía el firme propósito de traspasar las fronteras del departamento de Santander, fue así como se consiguió la aprobación de un ambicioso proyecto de ampliación de la cobertura a nivel nacional, el cual fue apoyado por inversión de nuevos accionistas. En el mes de Agosto de 2005, se inició la consolidación de este proyecto con la apertura de centros de atención en la ciudad de Barranquilla, seguido del montaje de sucursales en las ciudades de Cartagena y Bogotá.

UNIVER continuó con este proceso en el año 2006, con su entrada en ciudades como Medellín, Manizales, Pereira, Cali y Santa Marta, dando cumplimiento al objetivo enmarcado desde el inicio del nuevo proyecto, respaldado por la demanda de los servicios de una de las más importantes EPS del país.

La empresa, comprometida con el propósito de alcanzar la excelencia en la prestación de los servicios en el campo de la salud visual, seguirá concentrando sus mayores esfuerzos en lograr el posicionamiento a nivel nacional, contribuyendo de esta forma al mejoramiento de la calidad de vida de la población colombiana.

2.2 MISION.

“Somos una entidad dedicada a proveer los mejores servicios en la campo básico de la salud visual, reconocidos en el territorio nacional, por la calidad de nuestros productos, la ética y el cumplimiento en la prestación de nuestros servicios, orientados con políticas sociales encaminadas a mejorar el nivel de vida de nuestros colaboradores¹”.

2.3 VISION.

“En el año 2011 seremos reconocidos en el ámbito nacional como una de las cinco mejores instituciones en los diferentes niveles de especialización del campo de la salud visual, empleando tecnología de última generación, brindándole a nuestros usuarios, asistencia altamente capacitada con ética y calidez humana”.

2.4 OBJETIVO EMPRESARIAL.

“Contribuir a crear una actitud de “excelencia en el servicio” en el campo de la Salud Visual, apoyados por un equipo altamente motivado y comprometido con el cliente y con la empresa, que a su vez genere una actitud que contribuya al mejoramiento en la calidad de vida de sus clientes y comunidad en general, disminuyendo así las principales patologías oculares”.

2.5 POLITICA DE CALIDAD.

“UNIVER busca proveer servicios confiables de salud visual, dentro de un marco de mejora continua, velando por el cumplimiento y satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, mediante la capacitación, motivación y compromiso permanente de su recurso humano, actualización de la tecnología y atención

¹Portafolio de Servicios UNIVER

oportuna e integral, en un ambiente agradable y cálido, contribuyendo así con el mejoramiento de su calidad de vida”².

2.6 OBJETIVOS DE CALIDAD.

- ❖ Ofrecer un excelente servicio en el campo de la salud visual, garantizando el acceso y la atención oportuna y segura de todos nuestros usuarios.
- ❖ Garantizar la precisión en el producto entregado y en el servicio de optometría prestado
- ❖ Suministrar nuestros servicios de salud, a través de procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científica, con personal competente, motivado y comprometido con la calidad en la atención.
- ❖ Responder de manera efectiva a las necesidades y expectativas manifestadas por nuestros usuarios.

2.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Debido a que en los últimos meses se ha presentado un continuo crecimiento en la empresa, la dirección general permanentemente está reevaluando su estructura organizacional.

En la actualidad, UNIVER cuenta con 135 funcionarios directos, los cuales se encuentra organizados de acuerdo al organigrama representado en el Anexo 1, el cual se compone principalmente de los siguientes cargos:

Sede Administrativa Nacional

Cargos Directivos

Gerente General

Gerente Administrativo

Gerente Operativo

Gerente Financiero

²Portafolio de Servicios UNIVER

Director Administrativo	Coordinador Régimen Subsidiado
-------------------------	--------------------------------

Cargos Operativos

Contador	Coordinador Convenios
Tesorero	Auxiliar Contable
Auxiliar Facturación	Auxiliar Operativo
Auxiliar Régimen Subsidiado	Auxiliar Laboratorio
Secretaria General	Secretaria Administrativa
Recepcionista	Jefe de Bodega
Auxiliar de Bodega	Practicante

Direcciones de Zona

Director de Zona	Coordinador de ventas y servicio al cliente
Optómetra	Optómetra Promoción y Prevención
Jefe de Óptica	Auxiliar de Óptica
Auxiliar Visiometrias	Auxiliar Administrativa
Asesor Comercial	

2.8 ENFOQUE ACTUAL Y PORTAFOLIO DE SERVICIOS

UNIVER ha adoptado los requisitos legales que rigen a las empresas de su tipo, y que se encuentran estipulados en la Ley 100 de 1993 y en la Ley 372 de 1997, convirtiéndose así en una reconocida institución prestadora de servicios de salud, nivel II, especialidad optometría.

El equipo humano de UNIVER se ha dedicado a ofrecer diversos servicios relacionados con el cuidado y la mejora de la salud visual; los cuales han sido clasificados en las diferentes áreas que componen la profesión de Optometría.

2.8.1 Prevención y Diagnóstico. Por medio de los servicios que ofrece la empresa en el área preventiva y de diagnóstico, el equipo de profesionales está en la capacidad de analizar e informar sobre las condiciones y posibles alteraciones visuales que tiene el paciente e indicar la mejor solución.

Examen Optométrico: examen general del ojo que incluye los siguientes procedimientos: Test de agudeza visual

Test de la refracción

Test de visibilidad del color

Test integrales de músculos

Examen con luz

Examen de la retina

Por medio de este examen se puede detectar la presencia de defectos visuales, los cuales son alteraciones de las lentes del ojo, con la formación del foco de visión en otros lugares que no son en la retina, por lo que se produce la visión borrosa³.

Tamizaje Visual: examen pre-diagnóstico que permite identificar la presencia o no de alteraciones en la agudeza visual.

2.8.2 Tratamiento. Cuando el problema de salud visual ya se ha manifestado, el equipo profesional de UNIVER está en la capacidad de explicar con detalle en que consiste y asesorar sobre el mejor tratamiento: lentes de contacto, lentes oftálmicos, prótesis oculares, suministros ópticos, valoración y tratamiento ortóptico, elementos de protección personal ocular y facial, entre otros.

³URL: <http://www.horusgo.com>

2.8.3 Labor Social. El equipo humano de UNIVER desarrolla una importante labor social de divulgación e información del funcionamiento del sistema visual, de sus posibles alteraciones y de cómo éstas influyen en el rendimiento escolar, laboral y social.

Para mantener esta labor, la empresa ofrece los servicios de: tamizaje visual y atención a pacientes positivos, diseños y asesorías en la implementación de programas de vigilancia epidemiológica en salud visual y ocular, investigación y elaboración de material educativo en el área visual (prevención y promoción), elaboración de panorama de riesgos y análisis ergonómico de puestos de trabajo, y charlas y talleres educativos de salud visual.

3. ENTORNO DE LA EMPRESA

3.1. PANORAMA ACTUAL DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA⁴

Durante los últimos años, la conceptualización sobre la salud, ha sufrido un proceso de transformación en respuesta a los cambios que vive el mundo en el ámbito político, social, económico y técnico. Cabe anotar que el concepto de salud ha superado la tendencia que lo reducía a la ausencia de enfermedad, para involucrar elementos tales como la promoción de la salud, su contribución con el desarrollo sostenible, el bienestar y la armonía del hombre con su entorno físico y social.

Múltiples han sido los diagnósticos desarrollados sobre el sector salud y a su vez, sobre los prestadores de servicios de salud en Colombia, evidenciado así la problemática actual, la cual puede clasificarse en dos grupos: de una parte los **problemas acumulados**, que corresponden a situaciones que aún antes del nuevo sistema de seguridad social se identificaron y continúan vigentes, y los **problemas emergentes**, que se presentan como consecuencia de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano, los cambios político administrativos de los últimos años o por las modificaciones en la situación de salud de la población.

Dentro de los problemas acumulados, pueden ser considerada la baja capacidad resolutive de las instituciones de baja y media complejidad, con factores asociados a la deficiente actualización del recurso humano, las condiciones de la infraestructura y la forma en que se determina e incorpora la tecnología en estas

⁴Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Pág. 13-17, 43.
URL: <http://www.saludcolombia.com>

instituciones; el país aún no ha desarrollado los suficientes mecanismos que permitan identificar, evaluar, incorporar y gestionar la tecnología biomédica. En muchos casos la introducción e incorporación de técnicas, equipos o medicamentos costo efectivos se da de forma tardía por la ausencia de un sistema de evaluación de tecnología en el país. Adicionalmente, no se dispone de un sistema de rendición de cuentas cuyos ejes sean los resultados en salud y la gestión de la prestación de los servicios. El sistema debe partir de la evaluación a los responsables de las entidades territoriales, aseguradoras y prestadores. De igual manera, existen debilidades de gestión en las entidades de dirección, aseguramiento y prestación de los servicios, tanto públicas como privadas. Las juntas directivas en general, no ejercen el rol de direccionamiento y evaluación, y los gerentes han dejado de lado el tema de la calidad de la gestión clínica y del talento humano.

Por otra parte, dentro de los principales problemas emergentes de las nuevas condiciones del sistema de salud colombiano se encuentra la permanente situación de disconformidad y contradicción entre aseguradores y prestadores, por la forma en que los aseguradores definen precios y contratan a los prestadores de servicios. Las quejas de los ciudadanos por los servicios no cubiertos por el seguro obligatorio comienzan a ser constantes y muchas demandas son ganadas en los tribunales contra las respectivas Entidades Promotoras de Salud, en defensa del derecho constitucional a la vida y a la salud, hecho que inquieta gravemente a las administradoras y posteriormente al Ministerio. El gremio médico, por su parte, se queja de haber sido empobrecido por el Sistema, debido a las bajas tarifas que pagan las EPS. Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y hospitales se quejan igualmente, pero los análisis muestran que sus déficit se deben más a la ineficiencia de los mismos que a las tarifas limitadas que el Sistema permite.

Por lo anterior y por muchos otros inconvenientes permanentes, el Ministerio de la Protección Social ha creado una serie de estrategias que conforman su Política Nacional de Prestación de servicios de salud, la cual tiene el firme propósito de garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos, mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen a la población, y así mismo fijar lineamientos claros dentro de los cuales deben actuar los diferentes prestadores de servicios de salud del país.

3.2. SITUACION ACTUAL DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD: OPTOMETRIA

Además de enfrentar el panorama actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, las instituciones prestadoras de servicios de salud especializadas en la rama de la optometría, han tenido que experimentar el surgimiento de organizaciones independientes, las cuales han obligado a un cambio en la estructura y la dinámica de sus actividades. Como consecuencia, han surgido muchas alternativas de servicio, se habla de mercadeo y competencia, y los servicios informales se encuentran en expansión, no sólo porque bajan los costos de atención, sino también, y tal vez fundamentalmente, porque se consideran indispensables para optimizar la productividad de los servicios.

Esta situación se ve directamente reflejada en el negocio que últimamente ha tenido mayor crecimiento en el sector de la salud visual, las ópticas callejeras. Estos negocios se han esmerado por proyectar atractivos muestrarios de monturas cuyo parecido con las originales es impresionante, ofrecen productos a muy bajos precios, y lo más importante, la actitud de los vendedores es la de todo un profesional en la materia.

El terreno de la salud visual ha seguido siendo ocupado por estas personas ajenas y despreocupadas por la actividad, ya que los verdaderos profesionales en el área

se han encargado de debilitarse entre ellos mismos, y por está razón, han dejado a los pacientes-clientes en medio de estrategias de hábiles vendedores de la calle en sus conocidas ópticas de tabla o de icopor.

3.3. MARCO LEGAL INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD: OPTOMETRIA

Actualmente, las instituciones prestadoras de servicios de salud en el área de la optometría se encuentran regidas legalmente por:

3.3.1. Ley 100 de 1993. Esta ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención⁵.

De igual manera, la Ley 100 determina que las instituciones prestadoras de salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas.

3.3.2. Ley 372 de 1997. El 3 de Junio de 1997 se expide la Ley 372, por medio de la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de optometría en Colombia, determina la naturaleza, propósito y campo de aplicación, desarrolla los principios

⁵Preámbulo Ley 100 de 1993.

que la rigen y señala sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional⁶.

3.3.3. Decreto 1011 de 2006. El 3 de Abril de 2006, el Ministerio de la Protección Social expide el Decreto 1011, por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, aplicable a los diferentes prestadores de servicios de salud, entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado, entidades adaptadas, empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud⁷.

3.3.4. Resolución 1043 de 2006. El 3 de Abril de 2006, el Ministerio de la Protección Social expide la Resolución 1043, por medio del 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 atención⁸.

3.3.5. Decreto 1030 de 2007. El 30 de Abril de 2007, el Ministerio de la Protección Social expide el Decreto 1030, por medio del cual se expide el Reglamento Técnico sobre los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida para la salud visual y ocular y los establecimientos en los que se elaboren y comercialicen dichos insumos⁹.

⁶Artículo 1º. Ley 372 de 1997.

⁷Decreto 1011 de 2006.

⁸Resolución 1043 de 2006.

⁹Decreto 1030 de 2007.

3.3.6. Resolución 1995 de 1999. El 08 de Julio de 1999, el Ministerio de la Protección Social expide la Resolución 1995, por medio de la cual se establecen las normas para el manejo de la historia clínica¹⁰.

¹⁰Resolución 1995 de 1999.

4. MARCO TEORICO

4.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD¹¹

Abedis Donabedian, la persona más reconocida en el mundo en el tema, define calidad como "lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos". RH Palmer, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, amplía la definición como "la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tenga en cuenta los recursos disponibles y logre la adhesión y satisfacción del usuario".

Finalmente, como punto de referencia, es conveniente incluir y aplicar al sector salud la definición general de calidad para cualquier servicio o producto, según el profesor Vicente Falconi, la cual es "atender perfectamente, de manera confiable, accesible, segura y en el tiempo exacto las necesidades de un usuario".

En las definiciones anteriores se deduce que la calidad implica varias dimensiones que merecen ser explicadas en detalle:

- La primera y más importante es la dimensión **técnica**, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento (idoneidad profesional) y la tecnología (procedimientos y equipos) disponibles en favor del paciente. Es el concepto que de manera tradicional han conocido los profesionales de la salud, y depende de manera fundamental, pero no exclusiva, de sus cualidades y capacitación.
- La segunda dimensión es la **seguridad**, la cual se mide según el riesgo implícito para el paciente, considerando los servicios ofrecidos, su condición en

¹¹ Guía para la elaboración del plan de mejoramiento. Secretaria Distrital de Salud. Pág. 2-4

particular, la eficacia de la estrategia definida y la destreza con que ésta se aplique. En el momento de iniciar la atención de un paciente, los servicios que se añaden pueden traer un incremento mucho mayor en riesgos que en beneficios, por lo cual una medida de calidad debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos. En la dimensión de la seguridad se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.

- La tercera dimensión de la calidad es el **servicio**. La relación interpersonal con el paciente y las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto y permitir privacidad y comodidad de cada paciente en particular; lo anterior hace parte integral de la calidad de la atención ya que influye en forma decisiva en la aceptabilidad por parte del paciente y por ello en la naturaleza y éxito de la atención y en los beneficios de la misma. Adicionalmente se debe añadir a esta dimensión la facilidad de acceso; así, si consideramos nuevamente la definición general de calidad, puede concluirse que todo servicio debe ser prestado en el lugar, momento y manera adecuados, lo cual recoge los conceptos de oportunidad y continuidad de la atención.
- La cuarta dimensión es el **costo** racional de la atención, entendiendo su estrecha relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello. Mejorar la calidad puede implicar incrementar los costos, pero también, el uso innecesario o inadecuado de servicios genera aumentos sin acrecentar la calidad, desperdiciando recursos que podrían ser utilizados para lograr mayores beneficios sociales, y cuyo costo afecta el acceso y la continuidad. Así, si se suprimen servicios inútiles y se producen otros de manera más eficiente, todo prestador o asegurador puede invertir en calidad.

- Es importante resaltar que la satisfacción de los proveedores de la atención es una causa principal de su buen desempeño y se convierte en una necesidad fundamental para la calidad.

Gráficamente puede representarse en la figura 1.

Figura 1. Calidad de la atención en salud.



Debe agregarse que la calidad tiene grados variables y puede ser analizada desde diferentes puntos de vista. El profesional o los grupos de profesionales juzgarán los procedimientos que deben ser empleados, la técnica, el juicio diagnóstico y los resultados de la atención a un usuario. Éste evaluará los beneficios de su atención por variables subjetivas, como el trato que recibió, el lugar en el cual fue atendido, la oportunidad y confianza que le generó el prestador del servicio y el resultado obtenido (la revisión de los síntomas, el mejoramiento de su condición funcional).

Sin embargo, pocos pacientes están en capacidad de juzgar los aspectos científicos y técnicos referentes a la atención brindada; por ello, la capacidad de educar al usuario para que participe de las decisiones referentes a su atención, es una característica sobresaliente de calidad.

Así pues, la calidad es un concepto relativo, nunca absoluto, que requiere puntos de referencia que permitan la comparación (estándares), los cuales reflejan un consenso y una valoración social de cómo conseguir mayores beneficios para un paciente o para toda la población, o para ambos.

Finalmente, cualquier juicio sobre calidad debe contemplar las diferentes dimensiones ya señaladas, dando prioridad a aquello que tenga mayor incidencia en el resultado de la atención.

4.1.7. Calidad en una IPS. Se requieren acciones sistemáticas, continuas y deliberadas para lograr calidad, y a ese conjunto de acciones se le denomina garantía de calidad.

Algunas de estas acciones son evaluaciones externas (como el cumplimiento de las condiciones de habilitación y la acreditación), pero al interior de las instituciones y sin presiones externas, los prestadores, cualquiera que sea su tamaño y su nivel de complejidad, deben revisar a fondo su sistema de atención, en el cual subyacen los factores fundamentales de la buena o mala calidad.

Al pensar en las dimensiones técnica, de seguridad y costos, es necesario definir políticas, guías de atención, protocolos y estándares, mejorar la coordinación entre los diferentes profesionales y establecer mecanismos para realizar un monitoreo permanente al proceso de atención; de igual manera, se necesita revisar y redefinir procedimientos y hacer seguimiento para el correcto manejo de equipos, medicamentos e insumos, asegurar la calidad y oportunidad de la historia clínica como mecanismo coordinador de la atención; trabajar en bioseguridad y en asegurar la idoneidad del personal responsable del paciente revisar la forma de selección, evaluación, capacitación; actualización y definición de privilegios clínicos.

Al considerar la dimensión de servicio es necesario desarrollar mecanismos para conocer las expectativas de los usuarios, y cómo tenerlas en cuenta al realizar la atención; analizar el trato, la información recibida por el beneficiario y la facilidad de acceso, la oportunidad de respuesta, los tiempos de espera, las condiciones en que fue prestada la atención: el orden, aseo, comodidad y privacidad; considerar si existen mecanismos sistemáticos de capacitación al usuario para involucrarlo en las decisiones referentes a su propio cuidado.

De esta forma, un sistema de garantía de calidad en una institución prestadora de servicios es el conjunto de acciones sistemáticas y continuas que realiza la entidad para lograr el mejor beneficio para su usuario, con el mínimo riesgo, dados los recursos con que cuenta, y que le permite atender de manera confiable, accesible, segura y en el tiempo oportuno sus necesidades.

4.2. COSTO DE LA CALIDAD¹²

Existen varias definiciones e interpretaciones del término costo de la calidad. Desde un punto de vista purista, se refiere a todos los costos atribuibles a la producción de calidad que no esté en un ciento por ciento perfecta. Una definición menos severa considera sólo aquellos costos que constituyen la diferencia entre lo que se puede esperar de un desempeño excelente y los costos actuales existentes.

Los costos de calidad generalmente se clasifican en cuatro clases:

- Costos de evaluación: son los costos de inspección, pruebas y otras tareas para asegurar que el producto o servicio sea aceptable.

¹² Guía 3 para la elaboración del plan de mejoramiento. Secretaría Distrital de Salud. Pág. 5.

- Costos de prevención: es la suma de todos los costos para prevenir defectos, tales como los costos para identificar la causa del defecto, para poner en marcha una acción correctiva tendiente a eliminar la causa, entrenar el personal, rediseñar el producto o sistema y para adquirir nuevos equipos o modificar los existentes.
- Costos de fallas internas: son los costos de los defectos incurridos dentro del sistema: desechos, retrabado, reparación.
- Costos de fallas externas: son los costos por los defectos que pasan por el sistema: reemplazo del producto o servicio por garantía, pérdida del cliente o del goodwill, manejo de quejas y reparación del producto o servicio.

4.3. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD¹³

Es importante destacar que el conjunto de las normas que respaldan el sistema obligatorio de garantía de calidad en Colombia evidencia el interés del Estado por el mejoramiento de la calidad del servicio de salud.

De manera congruente con las definiciones de calidad, el Estado define que la calidad de la atención en salud se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. Y menciona como parte integral de la Calidad las características de Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el conjunto de Instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que

¹³ Administración de producción y operaciones. Pág. 209-210.

desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud del País.

Estos requisitos y procedimientos establecen los estándares esenciales para el cumplimiento de las responsabilidades de todos los integrantes del sistema y las condiciones para su mejoramiento continuo.

Los objetivos del sistema de garantía de la calidad están dirigidos a garantizar parámetros mínimos de calidad de la atención en salud, como punto de partida para el mejoramiento de los servicios. Además, promover la perspectiva de una atención en salud centrada en el usuario, como la racionalidad que debe orientar el desarrollo de todas las acciones enmarcadas en el concepto de garantía de calidad.

Los responsables de implantar el sistema, tendrán a su cargo el desarrollo de instrumentos para garantizar el cumplimiento de las condiciones del Sistema Único de Habilitación, la inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud, la acreditación de los prestadores de servicios, los sistemas de información para la Calidad que permitan orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema en el ejercicio de sus derechos y deberes y en el nivel de calidad de los prestadores de servicios de salud como también la conceptualización y el desarrollo de técnicas de auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

Los prestadores de servicios estarán encargados del desarrollo de su sistema de garantía de calidad a partir del cumplimiento de las condiciones de habilitación para la prestación de servicios de salud determinados por el Ministerio de Salud y las entidades normativas y coordinadoras. También deberán elaborar planes de mejoramiento de la calidad como herramienta para corregir desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos que señala la

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad y finalmente crear condiciones propicias para el fortalecimiento de los parámetros de calidad deseada.

4.4. MEJORAMIENTO DE PROCESOS

El mejoramiento continuo es una filosofía gerencial que asume el reto del mejoramiento de un producto y un servicio como un proceso de nunca acabar, en el que se van consiguiendo pequeñas victorias. Es una parte integral de un sistema gerencial de calidad total. Esta filosofía busca un mejoramiento continuo de la utilización de la maquinaria, los materiales, la fuerza laboral y los métodos de producción mediante la aplicación de sugerencias e ideas aportadas por los miembros del equipo¹⁴.

El principal objetivo consiste en garantizar que la organización tenga procesos que:

- Eliminen los errores
- Minimicen las demoras

- Maximicen el uso de los activos

- Promuevan el entendimiento

- Sean fáciles de emplear

- Sean amistosos con el cliente

- Sean adaptables a las necesidades cambiantes de los clientes

- Proporcionen a la organización una ventaja competitiva

- Reduzcan el exceso de personal

El modelo de mejoramiento de procesos parte del análisis del proceso actual y elimina los desperdicios, mientras reduce el tiempo de ciclo y mejora su efectividad. Después del análisis, el proceso se simplifica aplicando la automatización y la tecnología de la información para maximizar su capacidad y mejorar las mediciones en cuanto a efectividad y eficiencia.

¹⁴Administración de producción y operaciones. Página 211-212.

Mejorar implica reducción de despilfarros y excesos, atención a cada uno de los detalles que puedan conducir al mejoramiento del rendimiento y de la calidad. El término sugiere un modelo para lograr un flujo de actividades más uniforme, la menor resistencia al progreso y el desempeño con la cantidad mínima de esfuerzo. Gracias al mejoramiento, el proceso funcionará con escasa perturbación.

Sin embargo, para que cualquier esfuerzo de mejoramiento tenga éxito es necesario comprender la jerarquía del proceso y hacer un completo análisis del mismo.

Cuánto más se comprendan los procesos de la empresa, con mayor éxito se pueden mejorar. Para lograrlo se deben especificar las siguientes características de los procesos y tener una visión general del mismo.

- ✓ *Límites del proceso:* puntos donde inicia y termina el proceso. Están definidos por las interacciones entre proveedores y clientes respectivamente.
- ✓ *Inputs y outputs:* entradas y salidas del proceso.
- ✓ *Proveedores de los inputs:* personas que proporcionan los insumos o información de entrada del proceso.
- ✓ *Clientes de los outputs:* personas que reciben directa o indirectamente los productos del proceso. Los clientes internos son los que están dentro de la organización y los que están fuera de ésta son los externos.
- ✓ *Dependencias involucradas:* áreas de la organización que participan en el desarrollo de las actividades del proceso.
- ✓ *Flujo del proceso:* método para transformar los inputs en outputs.
- ✓ *Talento humano:* personas que se encargan de transformar los insumos en productos para el cliente.

- ✓ *Procesos con los que interactúa:* procesos con los que se tiene contacto directo.
- ✓ *Objetivo:* razón de ser del proceso.
- ✓ *Efectividad:* cuan bien se satisfacen las expectativas del cliente.
- ✓ *Eficiencia:* cuan acertadamente se utilizan los recursos para generar un output.
- ✓ *Tiempo de ciclo:* lapso necesario para transformar el input en output.
- ✓ *Costo:* gastos correspondientes al desarrollo total de un proceso.

Con todo lo mencionado anteriormente se recopila la información que debe expresar todo proceso y que responde a las 5W's – 1H:

- ✓ *Qué:* actividades que se deben hacer.
- ✓ *Quién:* personas responsables de la realización de las actividades.
- ✓ *Por qué:* propósito y alcance del proceso.
- ✓ *Cuándo:* ocasiones en que se debe realizar el proceso.
- ✓ *Dónde:* sitio donde se deben realizar las actividades.
- ✓ *Cómo:* explicación detallada de la realización de las actividades.

Además es importante tener en cuenta que dentro del mejoramiento de los procesos se debe desarrollar una modernización de los procesos que es la aplicación de unas herramientas básicas que permiten realizar los cambios iniciales en el proceso.

La modernización tiene 12 principios enunciados a continuación:

1. Eliminación de la burocracia: suprimir revisiones, aprobaciones y papeleos innecesarios.
2. Eliminación de la duplicación: suprimir actividades idénticas que se realizan en parte diferentes del proceso. Con frecuencia, la misma información o alguna semejante se genera en diferentes partes del proceso. Esto no solo suma al

costo, sino que da cabida a la posibilidad de tener datos conflictivos que desequilibran el proceso.

3. Análisis del valor agregado: se evalúa cada actividad del proceso para determinar su aporte a la satisfacción de las expectativas del cliente final. El objetivo es optimizar las actividades que agregan valor y minimizar o eliminar aquellas que no lo hagan.

VAR: son aquellas que, vistas por el cliente final, son necesarias para proporcionar la salida que el cliente está esperando.

VAO: son aquellas actividades que la empresa requiere, pero que no agregan valor desde el punto de vista de las ventajas para el cliente.

SVA: son aquellas actividades que no contribuyen a satisfacer las necesidades del cliente y que podrían eliminarse sin reducir la funcionalidad del servicio, o de la empresa.

4. Simplificación: es reducir la complejidad del proceso, evaluando todos los elementos del proceso en un esfuerzo por hacerlos más fáciles y más sencillos.
5. Reducción del tiempo de ciclo del proceso: centrar la atención en las actividades que tienen tiempo de ciclo real prolongados y en aquellas que hacen lento el proceso.
6. Prueba de errores: dificultar la realización incorrecta de actividad. Con una lista de las cosas que podrían hacer mal se prueban métodos para eliminar o minimizar la posibilidad de cometer un error.

7. Lenguaje simple: la unificación de criterios, la utilización de un lenguaje sencillo y la divulgación del mismo busca que todas las personas entiendan perfectamente los conceptos y los términos que se utilizan, de esta manera los documentos de apoyo a los procesos y el trabajo diario serán comprendidos fácilmente.
8. Estandarización: elegir una forma sencilla de realizar una actividad y hacer que todos los colaboradores lleven a cabo esa actividad del mismo modo todas las veces.
9. Alianzas con sus proveedores: el resultado del proceso depende, en gran parte, de la calidad de los insumos o entradas que recibe. El desempeño general de cualquier proceso aumenta cuando mejoran las entradas de sus proveedores.
10. Eficiencia en la utilización de equipos: hacer uso efectivo de los bienes de capital y del ambiente de trabajo para mejorar el desempeño laboral de todos los usuarios de los procesos.
11. Mejoramiento de situaciones importantes: esta técnica se utiliza cuando las diez anteriores herramientas no han dado los resultados esperados. Estas tienen como objetivo ayudar en la búsqueda de formas creativas para cambiar significativamente el proceso.
12. Automatización y tecnología de la información: aplicar herramientas, equipo y computadores a las actividades rutinarias y que demandan mucho tiempo para facilitar a los empleados la ejecución de las operaciones a fin de que puedan dedicarse a actividades más creativas.

4.4.1. Etapas básicas para el mejoramiento de procesos¹⁵. Un programa de mejoramiento continuo comprende una serie de etapas básicas que deben ejecutarse en estricto orden y que permiten una adecuada realización de un proyecto específico o la solución de una situación específica para la empresa. Las etapas que siguen este proceso son:

Planear: Identificar y seleccionar problemas
 Investigar las causas que originan los problemas
 Crear alternativas de solución
 Seleccionar y planificar las alternativas de solución

Hacer: Implementar las soluciones

Verificar y Actuar: Evaluar los resultados y posteriormente retornar al inicio del ciclo de control.

4.4.1.1. Identificar y seleccionar problemas. Las organizaciones deben ser conscientes de que los problemas coexisten en su interior y por lo tanto deben analizarse y eliminarse; sin embargo, no deben enfrentarse simultáneamente a todos los problemas que han aparecido, teniendo en cuenta que no todos son igualmente importantes y su impacto no es el mismo.

En esta etapa es necesario identificar los problemas actuales, describiendo con claridad la situación, especificando y cuantificando el problema, y posteriormente justificar cuáles de éstos son los principales, de tal forma, que al continuar con el proceso de solución de problemas, sólo se hará énfasis en los más importantes.

¹⁵Administración de la Calidad. Página 58-63.

4.4.1.2. Investigar las causas que originan los problemas. A cada uno de los problemas seleccionados se les realiza el análisis de investigación de causas. Deben considerarse como causales: aspectos técnicos, humanos, administrativos, etc.

El grupo de trabajo que aborda un problema, realiza reuniones en las cuales se emiten y validan conceptos sobre las causas que dan origen al problema en cuestión.

4.4.1.3. Crear alternativas de solución. Se espera que con las alternativas propuestas, se alcancen los resultados establecidos por la organización.

Las alternativas de solución que se planteen, pueden involucrar una serie de acciones y actividades, las cuales pueden clasificarse en acciones de tipo correctivo, las cuales están enfocadas a eliminar el síntoma visible del problema más no la causa real, y de tipo preventivo, enfocadas a eliminar la raíz o causa real que origina el problema.

4.4.1.4. Seleccionar y planificar las alternativas de solución. En la fase de selección de alternativas, sólo algunas propuestas serán viables. Para llevar a cabo esta selección, las alternativas deben definirse claramente y posteriormente se debe justificar la necesidad de aplicarlas.

En la fase de planificación de las alternativas seleccionadas, se deben cubrir por lo menos los siguientes puntos:

- ✓ Definir claramente en qué consiste cada alternativa de solución.

- ✓ Plantear las actividades específicas que deben seguirse para ejecutar la alternativa de solución.
- ✓ Determinar el orden en que debe ejecutarse cada actividad que hace parte de la alternativa de solución.
- ✓ Diseñar formatos para registrar los datos que serán analizados en la etapa de evaluación del programa de mejoramiento.
- ✓ Asignar la responsabilidad de coordinar cada alternativa de solución.
- ✓ Elaborar un presupuesto que indique el costo de cada alternativa propuesta.

4.4.1.5. Implementar las soluciones. Durante esta etapa se ponen en marcha las estrategias diseñadas, las cuales deben ejecutarse según lo planeado. Es este el momento para hacerle seguimiento a la solución implementada, para lo cual se toman mediciones, se verifica y hasta se toman decisiones inmediatas para corregir algún inconveniente que se presente y que posiblemente conllevaría a resultados no deseados.

4.4.1.6. Evaluar resultados y retornar al inicio del ciclo de control. Una vez implementado el programa para la solución de problemas, debe iniciarse un análisis sobre la efectividad de cada una de las estrategias ejecutadas.

Esta etapa incluye una fase de Comparación, en la cual se compara el estado esperado con el estado real que se obtuvo, y una fase de Toma de decisiones, en donde se analiza el desarrollo del programa, evaluando el cumplimiento de las metas propuestas con ayuda de los índices de gestión.

4.4.2. Documentación de procesos. Las empresas hoy en día han reconocido la importancia de documentar los procedimientos como soporte fundamental de sus

sistemas. La finalidad de esto consiste, en actuar de modo que las actividades se realicen siempre de la misma manera.

La documentación de los procedimientos hace referencia a la elaboración del manual de procedimientos; en esencia un manual es un recurso formal de todas las informaciones e instrucciones necesarias para operar una parte o todo el organismo.

El manual adquiere el concepto de un instrumento sobre la actuación del personal. Pero también ofrece la posibilidad de dar una expresión más definida a la estructura organizacional de un organismo social¹⁶.

4.5. INDICADORES DE GESTIÓN¹⁷

Los factores claves de éxito son aquellos elementos que deben ser monitoreados para garantizar que los objetivos se cumplan. Para cada factor clave se establece un indicador de gestión que son mediciones de los logros y el cumplimiento de la misión y objetivos de determinado proceso. Se establecen una vez realizadas las tareas de comprensión e identificación de las causas de los problemas. Sirven como herramienta a los dueños de los procesos para el mejoramiento continuo de la calidad en la toma de decisiones, lo cual se traduce en una mejor calidad del producto o del servicio.

Los indicadores son de dos clases:

- ✓ Indicadores de eficiencia: están relacionados con la utilización de los recursos empleados en las actividades del proceso.

¹⁶ URL: <http://www.elprisma.com>

¹⁷ URL: <http://www.gestiopolis.com>

- ✓ Indicadores de efectividad: se refieren a la satisfacción de los requerimientos definidos por el receptor de los productos. Los indicadores de efectividad deben expresarse con los atributos que utiliza el receptor para calificar la calidad de los productos: oportunidad de la entrega, exactitud, costo.

Para la definición de los indicadores se deben responder las siguientes preguntas:

1. Qué se debe medir?

En cuanto a la eficiencia de los recursos, normalmente se mide el volumen del trabajo por unidad de tiempo. En cuanto a efectividad, se debe medir el cumplimiento de los requerimientos del cliente (interno y externo).

2. Quién debe realizar las mediciones?

Las mediciones las debe realizar quien recibe las entradas, ejecuta las actividades o maneja los productos. De esta manera existe una retroalimentación inmediata y una preocupación permanente por mejorar los estándares.

3. Cómo se deben utilizar las mediciones?

Las mediciones sobre la eficacia o efectividad de un proceso sirven para el monitoreo permanente del desempeño y para evaluar las causas de los desfases. Los indicadores sirven para recompensar la gestión del recurso humano.

4. Cuándo se deben hacer las mediciones?

Las mediciones deben realizarse sobre las actividades del proceso en el momento mismo de la ocurrencia.

5. Dónde se deben realizar las mediciones?

Las mediciones de eficiencia de los recursos deben hacerse en las actividades componentes. Las mediciones de efectividad deben hacerse a la salida del

proceso. Estas mediciones deben validarse permanentemente con el receptor de los productos.

4.6. AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD¹⁸

La **Auditoria** es un proceso permanente de seguimiento a los procesos organizacionales que hayan sido definidos como prioritarios o sea aquellos en que tienen la atención directa del usuario desde que entra hasta que sale del proceso que le brindó la atención, llenando todas sus expectativas.

El propósito de la Auditoria es convertirse en un instrumento de evaluación y monitorización permanente para lograr Calidad dentro de los principios del mejoramiento continuo, siendo conocedora de los procesos prioritarios definidos por la organización, sus objetivos de mejoramiento están centrados en el usuario, comparando la Calidad observada con la Calidad deseada, detectando las desviaciones que se presentan en esta comparación para emitir conclusiones y recomendaciones que impacten en el cumplimiento de los estándares para alcanzar niveles de Calidad que lleven a mejorar la Salud de los usuarios al menor costo posible (costo-beneficio).

4.6.1. Etapas de una auditoria. En la programación de un sistema de auditoria, se debe tener en cuenta la realización de las siguientes actividades:

Planee , aquí diseña su plan de auditoria, decida anticipadamente la extensión de la auditoria, la oportunidad de la aplicación, conozca los procesos prioritarios definidos por las Directivas dentro del Direccionamiento estratégico, conozca

¹⁸ Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud. Ministerio de la Protección Social. Pág. 18-26.

previamente la Calidad deseada (guías, normas, manuales), identifique las fuentes de información, y quien o quienes harán el trabajo.

Ejecute, recoja la información utilizando los informes estadísticos, analice la voz del usuario, haga seguimiento a las actividades del día a día analizando el desempeño, involucre aquí a todos los responsables de los procesos prioritarios para que hagan parte activa del Proceso de AUTOCONTROL. No se quede en el levantamiento de los indicadores, vaya más a la interpretación identificando los factores de riesgo (eventos adversos) o sea lo más relevante en el logro de los objetivos determinando además el como se deben manejar esos riesgos para que impacten al Sistema de Garantía de Calidad de Salud. Diseñe un documento donde consigne los resultados y le sea fácil el acceso a ellos con sus conclusiones y recomendaciones.

Proponga Soluciones, emitiendo conceptos que lleven al logro de los resultados esperados cuando estos han presentado desviaciones. los cuales deben comunicarse a todos los implicados en la detección del evento para que se siga alimentando la Cultura del Autocontrol, canalice a la Dirección de la Institución lo que debe generar un plan de mejora en los procesos y requiera de recursos.

Haga **Seguimiento** a la implementación de las acciones correctivas y preventivas para que verifique su cumplimiento y pueda estimar los efectos favorables tales como disminución franca de la ocurrencia del evento adverso, y mida el efecto en el Mejoramiento Continuo de la Calidad.

Dentro de las etapas anteriores se identifica un **Circulo PHVA** que es un ciclo de mejoramiento en que se basa la Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud.

4.6.2. Niveles de Operación de la auditoria. La auditoria en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad deberá implementarse al interior de las instituciones y entre las organizaciones, para promover que las instituciones del sector desarrollen acciones que promuevan la aplicación del enfoque propuesto para la auditoria, la norma establece que el modelo operará en tres niveles: el de autocontrol, el de auditoria interna y el de auditoria externa.

De esta forma, el nivel óptimo en que actúa la auditoria es el **AUTOCONTROL**. Este concepto hace referencia al conjunto de tareas de planeación, ejecución, verificación y ajuste, que lleva a cabo cada miembro de la entidad sobre los procedimientos a su cargo, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización. El concepto de autocontrol lleva implícita la idea de responsabilidad frente a la confianza que la organización deposita en cada uno de sus miembros.

El segundo nivel, o **AUDITORÍA INTERNA**, es el conjunto de procesos de evaluación sistemática de la calidad de la atención en salud, realizados por la misma institución, desde una instancia externa al proceso que se audita. El propósito de la Auditoria Interna es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

La Auditoria Interna debe evitar a toda costa los enfoques disciplinarios 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.

El tercer nivel, la **AUDITORÍA EXTERNA**, es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución. Para los efectos de este modelo, el nivel

de Auditoría Externa tiene su razón de ser en el ámbito de la mesogestión, con base en acuerdos previamente pactados.

Estos acuerdos podrán referirse a los niveles de calidad que se van a ofrecer a los usuarios, a los instrumentos e indicadores que se van a utilizar para medir tales niveles, a los criterios, y métodos de evaluación, entre otros. En la medida en que las Entidades Territoriales de Salud se comporten como compradores de servicios de salud para la población pobre no afiliada, se incluyen en este ámbito.

4.6.3. Tipos de acciones de la auditoría. Para que el modelo de Auditoría opere en los niveles esperados y con el enfoque deseado se debe promover en las organizaciones las acciones que permitan establecer los mecanismos necesarios para fortalecer la cultura del mejoramiento continuo y de esta forma la del autocontrol. En coherencia con esto la norma establece las acciones necesarias para lograr este objetivo.

Las acciones son entendidas como los mecanismos, procedimientos y/o actividades que deberán ser establecidas en las organizaciones, la norma reglamentaria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad reconoce tres tipos de acciones de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud de acuerdo a la parte del ciclo de mejoramiento de la gestión de los procesos en que actúa.

El primer grupo está constituido por las **ACCIONES PREVENTIVAS**, entendidas como el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de Auditoría 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.

El segundo grupo lo conforman las **ACCIONES DE SEGUIMIENTO**, las cuales se refieren al conjunto de procedimientos, actividades y mecanismos de Auditoría, que deben realizar las personas y la organización durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar su calidad. Se trata, básicamente, de aquellas acciones de control realizadas en lo más cercano al tiempo real a la ejecución de los procesos, con el objetivo de conocer el desempeño de los mismos. Por definición, la aplicación de las acciones de seguimiento en el día a día son una responsabilidad del nivel de autocontrol, en otras palabras son acciones de control principalmente de primer orden.

Las acciones de seguimiento están orientadas a constatar la aplicación de las guías, normas y procedimientos, de acuerdo con los referentes legales y con los criterios de calidad adoptados por la organización. Con base en los resultados de las acciones de seguimiento se identificarán brechas de desempeño, sobre las cuales se formularán y adoptarán las recomendaciones de mejoramiento pertinentes. Las acciones de seguimiento son inherentes al autocontrol y a la Auditoría Interna, y en el campo de la Auditoría Externa, se refieren al seguimiento de los acuerdos previamente establecidos.

Sin embargo, aunque las organizaciones estandaricen al máximo sus procedimientos, capaciten y entrenen permanentemente a sus miembros, lleven a cabo acciones de seguimiento y realicen mejoras continuas con base en sus hallazgos, muy difícilmente se podrán eliminar por completo los riesgos de fallas o errores inesperados. Este hecho exige que las entidades estén adecuadamente preparadas para manejar tales situaciones, de manera que se puedan detectar y corregir oportunamente, y prevenir su recurrencia.

Esta es la razón por la cual el modelo de Auditoría contempla la realización de las llamadas **ACCIONES COYUNTURALES**, definidas como el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de Auditoría que deben realizar las personas y la organización, retrospectivamente, para detectar, informar y analizar

la ocurrencia de resultados no esperados en 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.

4.7. PARTICIPACION DEL PERSONAL Y EL TRABAJO EN EQUIPO¹⁹

Las personas en una organización son las que le dan vida a los procesos. Por lo tanto, es importante saber qué sienten las personas acerca del proceso que van a ejecutar, qué obstaculiza su normal desempeño, qué partes del proceso le agradan, qué les molesta, para que el proceso final tenga un perfecto engranaje entre personas y metodologías.

En muchas personas, el cambio genera toda una serie de comportamientos, oposiciones casi instintivas, buscando preestablecer una homeóstasis. Es un repertorio de respuestas negativas al cambio, producto de las rutinas que se han convertido en principios y valores institucionales. Estas actitudes se pueden contrarrestar desarrollando el mejoramiento a través de un trabajo en equipo.

4.7.1. Trabajo en equipo. Bajo la expresión de trabajo en equipo se acostumbra a englobar formas de colaboración que abarcan un espectro muy amplio; desde la ayuda mutua entre dos jefes de sección que colaboran en un asunto que afecta a sus unidades, pasando por un círculo de calidad, hasta el trabajo conjunto de un comité de directivos.

Un equipo es un grupo de personas con una misión u objetivo común que trabaja coordinadamente con la participación de todos los miembros bajo la dirección de un líder para la consecución de los intereses colectivos.

¹⁹ URL: <http://www.gestiopolis.com>

La misión de un equipo no se limita a una tarea específica, también se refiere a objetivos generales como el desempeño de un proceso completo o desarrollo de nuevos productos.

Cuando se piensa en equipo y no individualmente, cada persona se preocupa no sólo por hacer bien su trabajo sino porque los demás hagan lo mismo.

El trabajo en equipo en todos los niveles de la organización implica que las personas basen sus relaciones en la confianza y el apoyo mutuo, la comunicación espontánea, la comprensión y la identificación con los objetivos de la organización. El trabajo en equipo requiere habilidades para comunicar, colaborar, entenderse y pensar con los demás.

4.7.2. Beneficios del trabajo en equipo

- ✓ Fomenta la búsqueda de mejores ideas y aumenta el compromiso para llevarlas en práctica.
- ✓ Genera identificación de las personas con los principios, valores e intereses de la organización y prelación de los objetivos colectivos sobre los individuales.
- ✓ Genera colaboración, confianza y solidaridad entre compañeros.
- ✓ Desarrolla habilidades multifuncionales.
- ✓ Facilita la delegación de autoridad y autonomía.
- ✓ Elimina controles innecesarios, reduce reprocesos y correcciones.
- ✓ Facilita la capacitación en las metodologías y técnicas de mejoramiento de la calidad y la productividad.
- ✓ Elimina barreras interfuncionales y promueve la retroalimentación y soporte entre personas que maneja distintas disciplinas.

4.7.3. Grupos primarios. Entre las formas más comunes de trabajos en equipo están los grupos primarios, responsables de diseñar, implantar y mejorar los procesos al nivel de un área determinada; están conformados por el Jefe del área y un cierto número de trabajadores que dependen directamente de él.

La característica de la orientación a grupos primarios, se refleja en la existencia de vínculos personales entre los miembros del grupo, en la ausencia de formalismos y en una conducta individual cuyas motivaciones, por lo menos parcialmente, se encauzan a metas en común. La actuación eficiente del equipo, caracterizada por la orientación a grupos primarios, supera a la suma de actuaciones de varias personas competentes. Es el intercambio, la acción recíproca y la actuación en colaboración, lo que fructifica en el rendimiento del equipo.

Cuando se requiere la interdependencia y son necesarias la colaboración y la acción recíproca para realizar una tarea, la orientación primaria tiene más probabilidad de ser eficiente. Además, mientras mejor pueda funcionar un equipo de modo primario, mayores probabilidades hay de que se dedique a compartir datos importantes y a diagnosticar su propio procedimiento.

El segundo lineamiento que se sigue en la formación de equipos, implica oscilar entre operaciones de ejecución de tareas y de procesos. Al adelantar la formación de equipos, el grupo acrecienta su aptitud para conjuntar la ejecución de tareas con la valoración del proceso, o sea la forma en que se ejecute la tarea.

4.7.4. Organización e implantación del trabajo en equipo. Para poner en funcionamiento los equipos de trabajo, es necesario que éstos se organicen adecuadamente. En general un equipo debe estar integrado por un directivo, un facilitador, el líder y los miembros. En algunos casos el líder puede ser el directivo.

El directivo es el patrocinador que promueve la conformación del equipo. Identifica las necesidades del equipo y le brinda las facilidades administrativas.

El facilitador generalmente es un asesor externo y propiamente no forma parte del equipo, pero debe participar en las reuniones y es quien tiene una comprensión profunda de los instrumentos y se encarga de la capacitación en las herramientas y técnicas como las habilidades de liderazgo, el trabajo en equipo, etc.

El líder es quien dirige al equipo. Es la persona con más experiencia y compromiso con la empresa. Debe coordinar las reuniones, velar por la asistencia de los miembros, coordinar la documentación, definir el plan de acción, buscar la participación de los miembros en forma equitativa y buscar el consenso en las decisiones.

Los miembros del equipo son personas involucradas en los proyectos de mejora. Deben ser conocedores de los detalles del proceso a mejorar. Tiene que estar interesados en realizar esfuerzos para mejorarlo, participar en todas las reuniones, asistir con puntualidad y aportar con su inteligencia, experiencia y creatividad.

5. METODOLOGIA

La metodología definida para la Implementación del Sistema Único de Habilitación en UNIVER Ópticas fue adaptada a las condiciones y requerimientos particulares de la organización. Asimismo fue enriquecida con conceptos y teorías de diferentes autores y tendencias, e innovaciones propias de la autora y de los colaboradores de la empresa.

El proyecto se desarrolló en cinco etapas, las cuales se presentan a continuación. El factor clave de éxito fue lograr que el personal que participó en los procesos comprendiera su propósito, siendo miembro activo del desarrollo del proyecto y teniendo una clara participación de las etapas, logrando así un aprendizaje individual y organizacional.

Figura 2. Etapas de realización del proyecto.



En cada una de estas etapas se desarrollaron diferentes actividades, buscando de esta forma cumplir con los objetivos establecidos inicialmente para la ejecución del proyecto.

5.4. ETAPA I: PRELIMINARES

Teniendo en cuenta que la autora del proyecto se encuentra vinculada laboralmente a la empresa y que su gestión está directamente relacionada con la

dirección, definición y desarrollo de los procesos administrativos y funcionales de la organización, la etapa preliminar del proyecto consistió principalmente en la profundización del conocimiento de la actividad económica de la empresa, el reconocimiento del sector en el que se desenvuelve, la normatividad que la regula, y la problemática que afronta a nivel general el sector y la prestación de los servicios de salud.

Debido a que el propósito del proyecto era lograr el cumplimiento de todos los requisitos mínimos exigidos por el sistema único de habilitación, se identificaron los diferentes procesos que se llevaban a cabo y que estaban relacionados con la prestación del servicio de optometría integral, servicio que se requería habilitar ante el Ministerio de la Protección Social. Como resultado de esta actividad fue elaborado un mapa de procesos, en el cual se encontraban registrados tanto los procesos de apoyo como los procesos funcionales, estos últimos correspondían específicamente a la prestación del servicio de salud.

Adicionalmente, se realizaron análisis 5W1H a cada uno de los procesos de apoyo registrados, identificando así las actividades a desarrollar (qué), los responsables (quién), las fechas de ejecución (cuándo), el lugar de desarrollo (dónde), el propósito (por qué) y las pautas de realización (cómo).

El servicio de optometría integral, la asesoría y venta de suministros ópticos y la medición de la satisfacción del usuario, considerados como los procesos funcionales de la organización, fueron objeto de un mayor análisis en el cual se profundizaba sobre sus características: entradas y salidas del proceso (insumos y resultados), proveedores, clientes, áreas y personal involucrado, flujo del proceso, lugar de desarrollo, tecnología utilizada, límites del proceso (donde inicia y termina), entre otros aspectos fundamentales para la total comprensión de los procesos desarrollados durante la prestación del servicio de salud.

Por otra parte, fue necesaria una exhaustiva investigación de la normatividad relacionada con el Sistema Único de Habilitación, mediante la cual se definieron los diferentes decretos, resoluciones, circulares y demás publicaciones expedidas por el gobierno nacional, las cuales aplicaban a los servicios ofrecidos por la organización. Debido a la complejidad del tema, fue necesaria la asistencia a diversas capacitaciones realizadas por el Ministerio de la Protección Social, en las cuales realizaban la exposición de la legislación referente al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud y al Sistema Único de Habilitación.

Una vez conocida toda la legislación respectiva, se inició la gestión de identificar los requisitos aplicables al servicio de optometría integral; por medio de esta actividad se seleccionaron los estándares mínimos que debía cumplir la empresa y se diseñaron listas de chequeo complementarias, en las cuales se definían las actividades y los documentos que permitirían lograr el cumplimiento de cada estándar expuesto.

En esta fase inicial, se recopiló toda la información necesaria por medio de documentos impresos y publicaciones virtuales del Ministerio de la Protección Social, adicionalmente fue necesaria la realización de entrevistas, comunicación electrónica y reuniones periódicas con el personal asesor de las diferentes entidades territoriales y secretarías de salud en los municipios donde la empresa presta sus servicios de salud.

De igual manera, es indiscutible la valiosa información recolectada a través del personal de la organización, ya que los gerentes, en su condición de optómetras tienen un amplio conocimiento del sector, así como el personal asistencial de los centros de atención, ya que a través de entrevistas grupales e individuales se lograron despejar dudas y complementar la información conocida en el ejercicio del cargo administrativo de la autora del proyecto.

5.5. ETAPA II: AUTOEVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO

5.2.1. Autoevaluación Condiciones Mínimas de Habilitación. De acuerdo a la metodología establecida por el Ministerio de la Protección Social, según Resolución 1043 de 2006, se efectuó el proceso de autoevaluación de la empresa, el cual consistía en la verificación de tres aspectos fundamentales:

5.2.1.1. Capacidad Tecnológica y Científica. Comprende los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios. Estos estándares son: Recurso humano; Infraestructura – Instalaciones físicas – Mantenimiento; Dotación – Mantenimiento; Medicamentos y dispositivos médicos para uso humano y su gestión; Procesos Asistenciales; Historia Clínica y registros asistenciales; Interdependencia de servicios; Referencia de pacientes y Seguimiento a riesgos en la prestación de los servicios de salud.

La autoevaluación de la capacidad tecnológica y científica de los diferentes centros de atención se desarrolló tomando como base la herramienta de medición establecida en la Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico 1. Manual único de estándares y verificación, definiendo como requisitos indispensables aquellos estándares aplicables al servicio de optometría integral. Adicionalmente, se aplicó el instrumento de autoevaluación diseñado, el cual se había estructurado con base en la casilla de *modo de verificación* establecido por el Ministerio, según el Anexo Técnico 1.

El total cumplimiento de las condiciones mínimas de la capacidad tecnológica y científica era el objetivo fundamental de este proyecto, razón por la cual se realizó

una exhaustiva evaluación, en todos los centros de atención en los diferentes municipios donde se prestan servicios de salud. Sin embargo, dentro de los resultados obtenidos en esta actividad, se pudo evidenciar que el incumplimiento de determinados estándares era un factor común en los centros de atención, especialmente aquellos que obedecían a la inexistencia de procedimientos asistenciales y administrativos.

Durante la etapa de autoevaluación, la autora del proyecto junto con el director de zona y el coordinador de ventas y servicio al cliente, realizaron inspecciones a las instalaciones físicas, auditaron el desarrollo de los procedimientos ya implementados en la organización, verificaron la existencia de la documentación legal, administrativa y de calidad correspondiente a los requisitos esenciales e indagaron al personal comercial y asistencial sobre su conocimiento acerca del sistema único de habilitación. En estas inspecciones se utilizó como herramienta de medición el Instrumento de Autoevaluación Cumplimiento de Estándares Mínimos, registrado en el anexo 10.

5.2.1.2. Suficiencia patrimonial y financiera. Implica el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad en el área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

5.2.1.3. Capacidad Técnico – Administrativa. Corresponde al cumplimiento de los requisitos legales exigidos por la normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica-; así mismo implica el cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la institución prestadora de servicios de salud, cuenta con un

sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

A pesar de que las condiciones mínimas de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico – administrativa no eran el enfoque principal de este trabajo, se garantizó el cumplimiento de estos estándares, ya que eran requisito fundamental para la completa implementación del Sistema Único de Habilitación.

5.2.2. Diagnóstico Inicial. El proceso de autoevaluación de las condiciones mínimas de habilitación permitió el reconocimiento y la detección, tanto de situaciones de conformidad y oportunidad de mejora, como de inconformidad y restricción en los centros de atención que impedían el cumplimiento de lo exigido por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención de salud.

Como resultado de esta etapa, fue generado un informe que comprendía el diagnóstico inicial de los centros de atención frente al Sistema Único de Habilitación, en el cual se identificaron las posibles razones que generaban incumplimiento en los estándares (inconsistencias en infraestructura, dotación incompleta de equipos, procedimientos inexistentes, procedimientos incompletos objeto de mejoramiento, falta de información y claridad en la realización de procedimientos, entre otras situaciones) y se establecieron prioridades de acuerdo al riesgo que representaba la inconsistencia detectada; de esta forma se facilitó el diseño de los planes de acción que se debían desarrollar al interior de la organización. De igual manera, las inconsistencias encontradas fueron clasificadas de acuerdo a su impacto en la organización, es decir, si eran inconsistencias comunes en todos los centros de atención o puntuales, cuando eran detectadas en centros de atención específicos.

5.2.3. Retroalimentación diagnóstico Inicial. Una de las principales conclusiones, resultado del proceso de autoevaluación (ver Anexo 11), fue que la mayor parte de los funcionarios de los centros de atención a nivel nacional, no poseían el conocimiento básico acerca del Sistema Único de Habilitación; esta situación determinó la realización de una capacitación con el personal asistencial, administrativo y comercial de cada una de las zonas, en la cual se enseñó la normatividad vigente y se profundizó sobre la aplicación y cumplimiento de los estándares mínimos exigidos en el servicio de optometría integral.

En esta oportunidad, se complementó la capacitación con la retroalimentación del diagnóstico inicial de los centros de atención, enriqueciendo su contenido con las fotos que reflejaban cada una de las inconsistencias registradas en el informe.

Este espacio de aprendizaje fue el punto de partida para la elaboración de los diferentes planes de acción, ya que en el personal involucrado se empezó a generar conciencia por el mejoramiento de los procesos y fueron expresadas valiosas ideas y sugerencias para alcanzar el cumplimiento de los diferentes estándares mínimos exigidos por el sistema único de habilitación.

Teniendo en cuenta que en el diagnóstico inicial se evidenciaba una brecha entre los parámetros exigidos por el gobierno y la prestación del servicio de optometría integral en UNIVER, se requirió la conformación de grupos primarios para iniciar la formulación y desarrollo de planes de acción; estos equipos fueron establecidos en esta capacitación.

Los grupos primarios estaban constituidos principalmente por el Gerente Administrativo, Director de Zona, Coordinador de ventas y servicio al cliente, Representante(s) de Optómetra(s), Representante(s) de Auxiliar(es) de óptica y Directora Administrativa (autora del proyecto).

5.3. ETAPA III: PLAN DE ACCION – CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

El plan de acción desarrollado en Ópticas UNIVER, cuyo propósito era lograr el cumplimiento de todos los requisitos mínimos de habilitación, contempló diferentes actividades como:

- Capacitación sobre requisitos exigidos por el gobierno nacional para el funcionamiento de instituciones prestadoras de servicios de salud – Sistema Único de Habilidadación.
- Actualización y levantamiento de documentación general
- Definición e implementación de procesos inexistentes.
- Ajuste de procesos asistenciales y administrativos relacionados directamente con la prestación del servicio de optometría integral.
- Diseño e implementación de indicadores de gestión.
- Adaptación de herramientas tecnológicas existentes para la prestación del servicio de consulta de optometría.
- Adecuación de instalaciones físicas.
- Dotación de implementos y equipos exigidos para la prestación del servicio.
- Establecimiento de alianzas estratégicas con los proveedores de la organización.

Una vez identificadas las actividades que se debían desarrollar, según los resultados del diagnóstico efectuado, fueron determinadas las metodologías y el cronograma del plan de acción.

5.3.1. Capacitación Sistema Único de Habilidadación. Debido a que en la etapa de autoevaluación se detectó que la mayor parte del personal no tenía claridad sobre el Sistema Único de Habilidadación, se realizaron diversos talleres cuyo objetivo era capacitar y sensibilizar sobre esta temática a todo el personal responsable de los centros de atención.

5.3.2. Actualización y Levantamiento de Documentación General. Con la participación del contador y del revisor fiscal de la empresa, se identificaron los diferentes documentos que deben permanecer en cada centro de atención, los cuales evidencian el normal funcionamiento y cumplimiento de los requisitos ante las entidades reguladoras del gobierno, tales como: Cámara de comercio, Registro Único Tributario RUT, Fotocopia Cédula de Representante Legal, entre otros. Adicionalmente, y como resultado de esta capacitación, fueron diseñadas listas de chequeo con el fin de facilitar al personal la revisión de la existencia y vigencia de estos documentos en cada centro de atención.

En cuanto a los requisitos específicos de las instituciones prestadoras de servicios de salud, se dieron a conocer cuáles eran los documentos soporte para el cumplimiento de las condiciones técnico administrativas y de suficiencia patrimonial y financiera, así como los documentos relacionados con la inscripción al Registro de Prestadores de Servicios de Salud.

En esta capacitación también fueron aclaradas las instrucciones sobre la renovación, solicitud y archivo de estos documentos, ya que en las inspecciones y autoevaluaciones realizadas se presentaron situaciones en las cuales el jefe de óptica no conocía el lugar donde se encontraban archivados estos documentos, lo cual aseguraba que no se realizaba ningún tipo de revisión periódica que garantizara la existencia y vigencia de esta información.

Adicionalmente y como complemento a esta actividad de capacitación y sensibilización del personal, se dio a conocer el Normograma (compendio de normas) aplicable a la institución, el cual se encuentra en medio magnético, en cada uno de los centros de atención y en la sede administrativa, disponible para la consulta del personal de la organización.

5.3.3. Definición, ajuste e implementación de procesos asistenciales y administrativos. Evidentemente, como lo demuestra el consolidado nacional de autoevaluación registrado en el Anexo 11 de este documento, gran parte de las inconsistencias presentadas frente al Sistema Único de Habilitación obedecían a la ausencia de procedimientos o a la definición inadecuada de actividades, ya que no se habían contemplado todos los requisitos exigidos por el Ministerio.

La definición, el ajuste e implementación de procesos, tarea principal e indispensable en la realización del proyecto, fue posible gracias a la colaboración de los grupos primarios zonales, los cuales participaron activamente en esta etapa. Con el objeto de unificar conceptos y asegurar la calidad de la información proporcionada por los integrantes, se desarrollaron diversos talleres donde se daba a conocer la metodología de esta etapa, las herramientas básicas de trabajo y su utilización, entre otras pautas necesarias para la realización de las diferentes actividades. Estas charlas permitieron que los integrantes de los grupos primarios comprendieran las verdaderas razones del proyecto y se motivaran y comprometieran a trabajar en él. En el anexo 15 de este documento, se encuentra el material resumen entregado a cada uno de los participantes de estos talleres de conceptualización.

El esquema de trabajo empleado en los grupos primarios variaba de acuerdo al propósito del mismo, es decir, si se trataba de la definición de un proceso inexistente o el ajuste de uno que ya se encontraba implementado en la organización. En primera instancia se definía el proceso a trabajar, de acuerdo a las prioridades establecidas en la etapa del diagnóstico, seguidamente los integrantes exponían la situación actual del proceso, manifestando los inconvenientes que en el momento se estaban presentando y sus posibles causas.

Posteriormente, la autora del proyecto, líder de los grupos primarios, daba a conocer los diferentes requerimientos establecidos por el Sistema Único de

Habilitación, con el fin de que todos los participantes tomaran como punto de referencia la normatividad del Ministerio.

Una vez el grupo había profundizado en el conocimiento de los procesos, utilizando como herramienta de trabajo el Cuestionario de Análisis del proceso contenido en el Anexo 15, y en los requisitos exigidos por el gobierno, se intervinieron los procesos y fueron planteadas alternativas de solución orientadas a la búsqueda del prototipo ideal, de tal modo que los participantes fueran gestores de los cambios para bien de la organización y para la implementación del Sistema Único de Habilitación.

Con el fin de establecer adecuadamente los procesos de la organización, se complementó su estudio con la realización de Análisis de Valor Agregado, mediante el cual se evaluaban las diferentes actividades desarrolladas y se clasificaban de acuerdo al valor que agregaban:

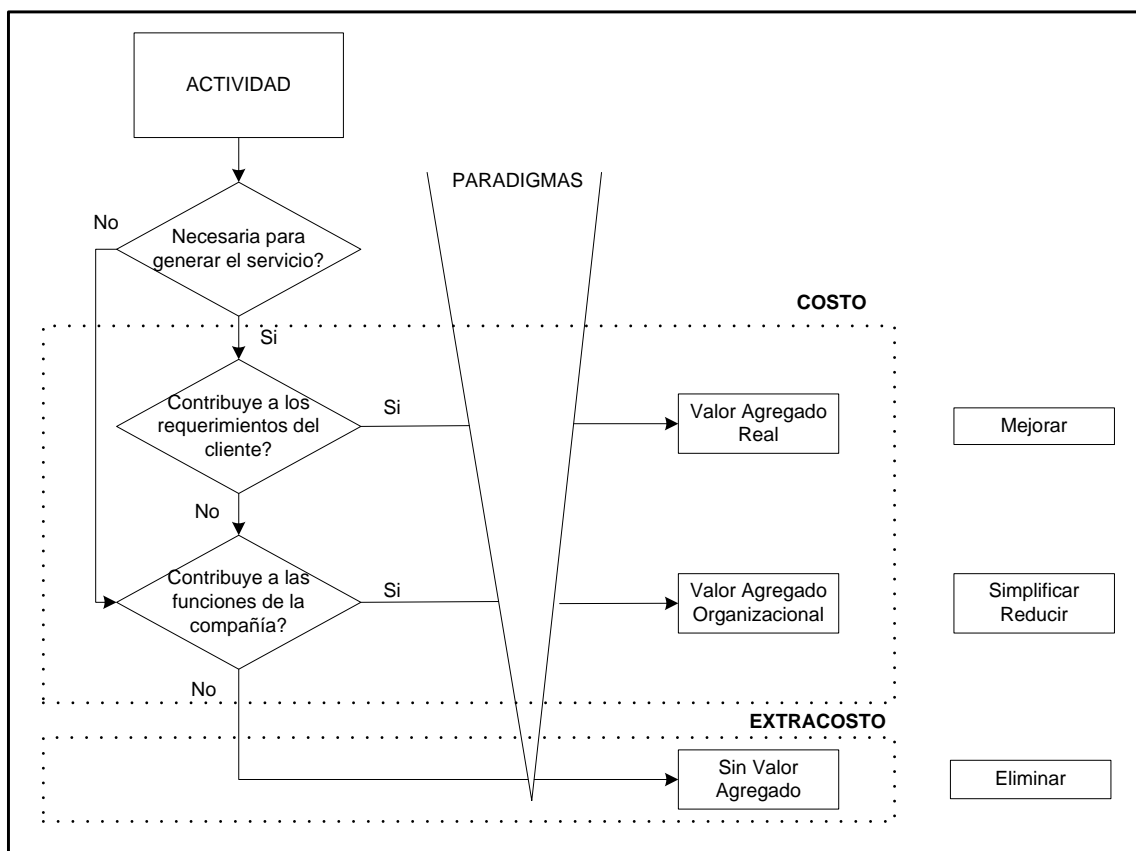
VAR: Agrega valor Real

VAO: Agrega valor para la organización

SVA: Sin valor agregado.

El procedimiento utilizado para el análisis de valor agregado se muestra en la figura 3.

Figura 3. Procedimiento para el Análisis de Valor Agregado.



Como resultado del trabajo de los grupos primarios se obtuvieron prototipos ideales, los cuales fueron construidos con las sugerencias y retroalimentaciones de los participantes de las diferentes zonas. El procedimiento, en su etapa final de definición o ajuste, era evaluado por el comité gerencial, y una vez era aprobado en su versión inicial, se procedía a elaborar el documento a entregar para ser aplicado en la óptica Univer Américas, teniendo en cuenta que era la centro de atención donde mejor se podrían evaluar los resultados, ya que era la sede de mayor capacidad a nivel nacional.

Los procedimientos aplicados en el centro de atención, fueron auditados constantemente con el fin de detectar inconsistencias objeto de mejoramiento.

Finalmente, el grupo primario consideraba los resultados obtenidos en la aplicación del procedimiento, determinaba los cambios a efectuar, realizaba la documentación final y llevaba a cabo la implementación de los procedimientos en cada una de las ciudades, a través de la capacitación y educación del personal.

Debido a que no es predecible el resultado o efecto de un proceso sin entender las interrelaciones causales de los factores que influyen en él, se realizaron análisis con los grupos primarios, donde se establecieron los factores claves de éxito fundamentales para definir los indicadores de gestión orientados al logro de los objetivos particulares.

5.3.4. Adaptación de herramientas tecnológicas. En la autoevaluación realizada, se detectó que algunos de los requisitos establecidos estaban directamente relacionados con las herramientas tecnológicas utilizadas en la organización, los cuales correspondían principalmente al manejo de la historia clínica.

En el desarrollo del proyecto se llevó a cabo la capacitación del departamento operativo (ingeniero de software, asistente y director operativo), acerca de los requisitos establecidos en la resolución 1995 de 1999, con el fin de realizar las adecuaciones necesarias para cumplir con todos los requerimientos de la historia clínica. Adicionalmente, esta resolución fue revisada por los grupos primarios, los cuales realizaron sugerencias que enriquecieron valiosamente el trabajo de este departamento.

5.3.5. Adecuación de instalaciones, adquisición de implementos y equipos exigidos para la prestación del servicio. Las instalaciones y los inventarios de

equipos biomédicos disponibles para la prestación del servicio de optometría integral se convirtieron en factores críticos frente al Sistema Único de Habilitación.

El plan de acción para superar estos estándares mínimos, implicó la realización de importantes inversiones, las cuales fueron dirigidas a la adquisición de nuevos equipos, así como la adecuación y mantenimiento de los diferentes centros de atención, de tal forma que se cumpliera con las condiciones de seguridad e higiene exigidas por el gobierno.

La participación del proyecto en este aspecto, consistió en la elaboración de un listado de actividades requeridas, las cuales fueron programadas junto con la dirección de la empresa. Las principales actividades desarrolladas y a las cuales se les realizó el respectivo seguimiento fueron: compra de equipos, pintura y señalización de los centros de atención, adquisición de implementos requeridos para los procesos de manejo de residuos y bioseguridad, entre otros.

5.3.6. Establecimiento de alianzas estratégicas con proveedores. El cumplimiento de todos los requisitos del Sistema Único de Habilitación no habría sido posible sin la participación de los proveedores de la organización. Las alianzas estratégicas establecidas se efectuaron con el fin de realizar procesos que no correspondían directamente a la empresa, y que era una de las especialidades de los laboratorios oftálmicos.

El proceso objeto de esta alianza estratégica fue la Adaptación y Prueba de lentes de contacto, en el cual se estableció que la esterilización de los lentes convencionales y gas permeables, se llevaría a cabo en los laboratorios proveedores, con los cuales se contrató el servicio.

5.4. ETAPA IV: DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

EL PAMEC diseñado en Ópticas UNIVER, se desarrolló teniendo como punto de referencia el título IV del Decreto 1011 de 2006, mediante el cual se dictan los lineamientos exigidos por el Ministerio de la Protección Social para el establecimiento de esta herramienta de gestión de la calidad, con el fin de promover, evaluar y mejorar la prestación de los servicios de salud.

Tomando como referencia lo estipulado por el Artículo 37 del Decreto 1011 de 2006, la autora del proyecto junto con los grupos primarios zonales, establecieron la ruta crítica a seguir para el desarrollo del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, tal como se observa en el Anexo 16. Este programa fue diseñado con el fin de evaluar sistemáticamente los procesos desarrollados en la prestación del servicio de consulta de optometría integral, desde el punto de vista del cumplimiento de estándares superiores de calidad, como son los establecidos para el Sistema Único de Acreditación, según Resolución 1445 de 2006.

El diseño del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad de la atención en salud fue desarrollado a través de grupos primarios, los cuales ya poseían el conocimiento necesario para la realización de esta actividad.

5.5. ETAPA V: SEGUIMIENTO Y PRESENTACION DE RESULTADOS

Conjuntamente con el desarrollo del plan de acción para el cumplimiento de las condiciones de habilitación y diseño del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en los diferentes centros de atención, se llevó a cabo el seguimiento de los procesos y los procedimientos establecidos para dar cumplimiento al Sistema Único de Habilitación.

Debido a la dimensión de la organización, se decidió, junto con la dirección general, que este seguimiento se también se realizaría en la óptica UNIVER Americas, teniendo en cuenta que en este centro de atención fue donde se trabajó para el levantamiento de toda la información; así mismo, en la ciudad de Bogotá se cuenta con mayor asesoría y a la vez, exigencia de la Secretaria Distrital de Salud. Por otra parte, las ópticas de la ciudad de Bogotá, tienen una trayectoria de más de una año de funcionamiento, lo cual suponía una pronta verificación de los parámetros por parte de la Secretaria de Salud.

El periodo de evaluación establecido fue de dos semanas, en las cuales fueron auditados todos los procedimientos, evaluando sus fortalezas y debilidades, y profundizando en las causas que impedían el desempeño adecuado de los mismos.

Los resultados obtenidos en la Óptica Univer Américas y aquellos reportados por las diferentes direcciones de zona, fueron analizados por el grupo primario principal, buscando superar todas aquellas inconsistencias y ajustar los procedimientos establecidos.

Las modificaciones realizadas en esta etapa fueron documentadas y se realizaron reuniones zonales en las cuales se realizó su respectiva retroalimentación; esta capacitación final estuvo a cargo de la Dirección Administrativa Nacional y de los directores y coordinadores de ventas y servicio al cliente de cada zona.

Una vez culminado el trabajo y logrando el objetivo propuesto, fue presentado ante la Dirección General, un informe en donde se registraron todos los resultados de esta gestión, quedando establecido el Sistema Único de Habilitación para Ópticas Univer.

Una de las principales conclusiones y observaciones dadas a la Dirección General de la empresa fue la importancia de la continuidad en este tipo de procesos, ya que el interés del gobierno no se encuentra en el cumplimiento momentáneo de los requisitos sino en el desarrollo de programas continuos de mejoramiento, que permitan alcanzar los niveles de calidad esperada establecidos por todos los actores del sector salud.

6. DESARROLLO METODOLOGICO

6.1. PRELIMINARES

6.1.1. Identificación del problema. Más allá de los libros o de las teorías administrativas estudiadas, se evidencia la necesidad de observar la empresa como un todo. Los conflictos del área administrativa, operativa, financiera y comercial no se encuentran aislados, por lo tanto comprender el sistema es la primera condición para descifrar las leyes reales que rigen a la empresa.

Frente al Sistema Único de Habilitación se puede definir que los diferentes incumplimientos y conflictos entre las áreas, obedecen principalmente a dos situaciones: Direccionamiento organizacional inadecuado y ausencia de una cultura de procesos en la institución.

Desde la creación de la empresa, el direccionamiento organizacional ha estado enfocado específicamente a su rendimiento comercial y financiero, desarrollando toda su gestión dentro del esquema de un establecimiento de comercio, esto ha originado un considerable descuido del enfoque asistencial y científico que debe tener toda institución prestadora de servicios de salud. Tan evidente es esta situación, que las escasas actividades que se llevaron a cabo anteriormente y que estaban relacionadas con el sistema de Habilitación, consistieron únicamente en la inscripción de los establecimientos ante las secretarías distritales o municipales, ya que esto era un requisito para dar apertura al centro de atención y para la contratación con los principales clientes, como lo son las EPS, ARS e IPS, para las cuales también rige esta legislación. Una vez se realizaba esta actividad, las directivas de la organización archivaban el tema, hasta el momento de recibir algún requerimiento al respecto.

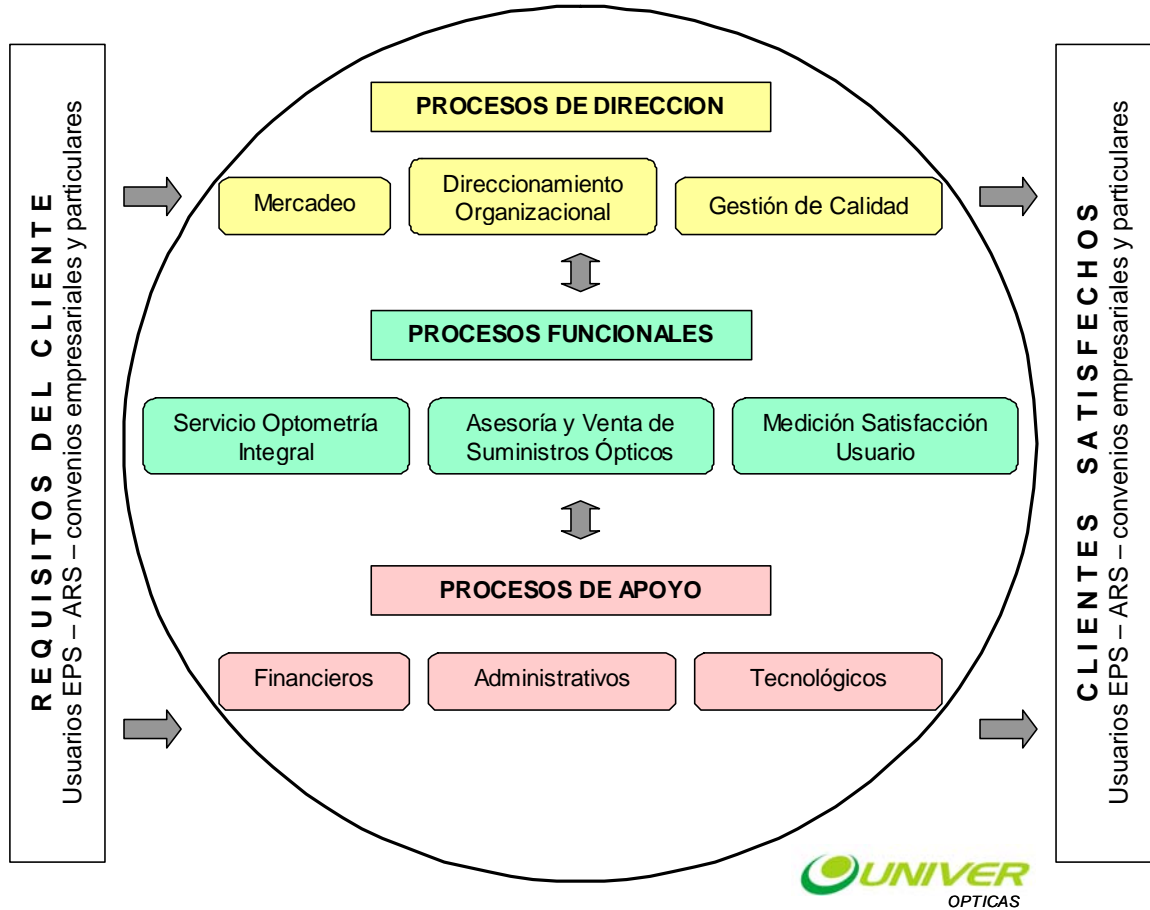
La expedición del Decreto 1011 y la Resolución 1043 de 2006 por parte del Ministerio de la Protección Social, en el cual se exigía nuevamente la inscripción de los establecimientos, fue el motivo por el cual la dirección general reconoció la necesidad de desarrollar, por convicción, este proceso de implementación.

Adicionalmente, la falta de interés en el cumplimiento de los estándares de habilitación responde a que los optómetras en general, no perciben claramente el objetivo de este tipo de sistemas y esfuerzos que realiza el Ministerio por controlar el riesgo en la prestación de los servicios de salud; muchos de ellos, ni siquiera son conscientes del riesgo asociado a su profesión.

Así mismo, el área asistencial de la empresa carece, en la mayoría de sus actividades, de procesos estandarizados a nivel nacional; esto en gran parte se debe a que la expansión de la cobertura ha sido muy acelerada, la dirección general ha concentrado sus esfuerzos en la apertura de los establecimientos y el tiempo restante se ha dedicado a resolver todos aquellos inconvenientes que se presentan como consecuencia de esta falta de estandarización de procesos y de capacitación a sus colaboradores; sumado a esto, la gran mayoría del personal vinculado a los centros de atención y al área administrativa tiene un bajo nivel académico y su compromiso sólo se limita a cumplir las labores asignadas, razón por la cual no realizan mayores aportes que contribuyan al mejoramiento de la organización.

6.1.2. Red de Procesos. UNIVER, a través de su mapa de procesos (figura 4), organiza sus procesos en tres principales grupos: Procesos de Dirección, Procesos Funcionales y Procesos de Apoyo, los cuales, a su vez, se encuentran conformados por diferentes procesos esenciales para el desempeño de la organización.

Figura 4. Mapa de procesos Ópticas Univer



6.1.2.1. Procesos de Dirección. El grupo de procesos de dirección están conformado por aquellos procesos que se desarrollan con el fin de orientar y determinar el rumbo de la organización. Debido a que la empresa se encuentra enfocada hacia dos actividades económicas, como es la asistencial y la comercial, este grupo contiene los procesos de Direccionamiento Organizacional, Mercadeo y Gestión de Calidad.

Direccionamiento Organizacional

Durante el desarrollo de este proyecto, el proceso de direccionamiento organizacional se encontraba en su fase de diseño, sin embargo se lograron establecer características generales. El diseño del proceso de direccionamiento organizacional estaba orientado a la implementación de una metodología que contribuyera al desarrollo, implementación y despliegue de competencias organizacionales que la guiarán a la calidad. Este proceso promueve que las diferentes áreas directivas de la organización se involucren explícitamente en la continua orientación de la institución hacia procesos de mejoramiento y en el despliegue de esa orientación hacia las diferentes áreas operativas; permitiendo así que la organización sea proactiva en vez de reactiva a la formulación de su futuro.

El direccionamiento estratégico define la formulación, ejecución y evaluación de acciones enfocadas, objetiva y sistemáticamente, al cumplimiento de los propósitos establecidos por la organización. A nivel general, las actividades diseñadas para este proceso se describen a través de la metodología 5W1H, ver anexo 2.

Mercadeo

El proceso de Mercadeo desarrollado en UNIVER, comprende todas aquellas funciones empresariales involucradas en la distribución de los servicios ofrecidos por la organización a los consumidores potenciales, con el fin de lograr los objetivos de la sociedad y de la empresa. El propósito del proceso es satisfacer las necesidades y demandas del consumidor y al mismo tiempo obtener una utilidad mediante el intercambio de beneficios.

La Oferta del Portafolio de servicios de UNIVER, descrito en el anexo 3, es el proceso de mercadeo que está enfocado a los clientes empresariales, entre los cuales se encuentran las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del

Régimen Subsidiado, Medicina Prepagada, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y empresas particulares.

Gestión de Calidad

Al igual que el Direccionamiento Organizacional, el proceso de Gestión de Calidad se encontraba en su etapa de formulación y diseño, ya que como se había mencionado anteriormente, la empresa no se encontraba muy enfocada al desarrollo de este tipo de sistemas. El proceso de Gestión de Calidad implica el desarrollo de un conjunto de acciones sistemáticas y continuas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar de manera negativa la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las acciones que se emprendan para corregir sus deficiencias.

La formulación del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud, exigido por el Gobierno Nacional, a través del Sistema Único de Habilitación, se convirtió en el punto de partida para el establecimiento del proceso de Gestión de la Calidad, ya que este proceso está enmarcado por la metodología del mejoramiento continuo conocida como el ciclo de PHVA, el cual se propuso desarrollar a través de Grupos Primarios en cada una de las zonas en las cuales tiene cobertura la organización, tal como se describe en el anexo 4 de este documento.

6.1.2.2. Procesos Funcionales. Se definieron como procesos funcionales a todos aquellos que involucran actividades directamente relacionadas con la prestación del servicio de optometría y la evaluación del grado de satisfacción de los usuarios respecto al servicio ofrecido por la organización.

Servicio Optometría Integral

La consulta de Optometría es considerada el principal servicio ofrecido por UNIVER, teniendo en cuenta que es el motivo de remisión y asistencia de los usuarios a los centros de atención. Por medio de este servicio asistencial, el profesional realiza un profundo examen en el cual se evalúa la capacidad visual del paciente, midiendo el estado refractivo del ojo y evaluando las condiciones motoras e integridad anatómica y funcional de las estructuras oculares a través de diferentes técnicas científicas.

El Sistema Único de Habilitación, objetivo general de este proyecto, se encuentra enfocado a la verificación del cumplimiento de todos los requisitos exigidos en las actividades llevadas a cabo durante la prestación del Servicio de Optometría Integral, razón por la cual, estos procesos serán analizados profundamente, en el desarrollo de todo el documento.

Adicionalmente, este proceso es el punto de partida para el desarrollo del servicio de Asesoría y Venta de Lentes oftálmicos, ya que, de acuerdo a la valoración dada por el especialista, se enfoca la venta de los suministros ópticos requeridos por el usuario.

Este importante servicio se encuentra compuesto por los siguientes procesos, los cuales se encuentran identificados en la caracterización inicial del proceso de optometría integral, Anexo 5:

Consulta de optometría

En el proceso de consulta de optometría se llevan a cabo diversas actividades como la asignación de citas, recepción y valoración del paciente por medio del examen de optometría que se practica.

Ortótica

El procedimiento se refiere a la atención dada a un paciente en quien se sospecha una alteración sensorial o motora a nivel ocular.

UNIVER actualmente desarrolla valoraciones y tratamientos ortópticos y pleópticos, los cuales consisten en:

Valoración y Tratamiento Ortóptico: diagnóstico y técnica de ejercicios oculares para corregir ejes visuales de los ojos que no están coordinados adecuadamente en la visión binocular.

Tratamiento Pleóptico: Diagnóstico y técnica de ejercicios oculares para desarrollar una visión más completa de un ojo ambliope y garantizar una visión binocular adecuada.

Adaptación de lentes de contacto

El proceso de adaptación de lentes de contacto comprende todas aquellas actividades que le permiten al especialista determinar el producto o lente de contacto más adecuado para el paciente.

Durante este proceso, el especialista procede a tomar una serie de medidas con el fin de asegurarse de que los lentes de contacto están adecuadamente adaptados al paciente; estos procedimientos han sido establecidos científicamente.

Bioseguridad

Llámesse Bioseguridad al conjunto de normas y estrategias patógeno-preventivas, destinadas a mantener el control de factores de riesgo laborales, procedentes de agentes biológicos, físicos o químicos, logrando la prevención de impactos nocivos, para asegurar que el desarrollo o producto final de dichos procedimientos

no atenten contra la salud y seguridad de los trabajadores de la salud, personal que labora en la Óptica y pacientes.

Las precauciones universales parten del siguiente principio: “Todos los pacientes y sus fluidos corporales, independientemente del diagnóstico de ingreso, deberán ser considerados como potencialmente infectantes y se deben tomar las precauciones necesarias para prevenir que ocurra la transmisión”.

Asesoría y Venta de suministros ópticos

El servicio de Asesoría y venta de suministros ópticos es considerado como el proceso contiguo a la Consulta de optometría, ya que, como se mencionaba anteriormente, dependiendo de la valoración y del tratamiento formulado por el especialista, se puede hacer efectiva la prestación de este servicio.

Junto con la consulta de optometría, el suministro de lentes oftálmicos es el segundo servicio más solicitado por los principales clientes, sin embargo, las empresas del sector salud poco se enfocan en la venta de los diferentes productos, ya que lo que principalmente supervisan es la entrega de los lentes convencionales, a los cuales tienen derecho los usuarios por ley.

A este proceso lo integran diversas actividades como son la asesoría, venta, elaboración y entrega de suministros ópticos, las cuales se encuentran identificadas en el anexo 6, Caracterización del proceso de Asesoría y Venta de suministros ópticos.

Medición Satisfacción de Usuarios

Durante la realización del proyecto, UNIVER no contaba con ningún tipo de herramienta establecida formalmente para medir el nivel de satisfacción y la calidad del servicio ofrecido a sus usuarios; sin embargo, con el fin de evaluar la calidad del servicio prestado por la empresa, la autora del proyecto sugirió que,

una vez logrado el cumplimiento de las condiciones de habilitación y como continuación de este proyecto, se diseñará e implementara un proceso de medición de la satisfacción de los usuarios, por medio del cual se lograra determinar los niveles de satisfacción e insatisfacción de los pacientes y definir las expectativas y necesidades de los clientes.

Este importante proceso debe estar enfocado a la realización de las siguientes actividades:

1. Medición de la satisfacción de usuarios de consulta externa de optometría y asesoría profesional
2. Medición de la satisfacción de usuarios de suministros ópticos
3. Medición de la satisfacción de usuarios en el servicio prestado por las asesoras.

6.1.2.3. Procesos de Apoyo. Los procesos de apoyo contemplan todas aquellas acciones que aportan con herramientas o recursos a los procesos funcionales.

Procesos Financieros

UNIVER por ser una reconocida institución prestadora de servicios en el campo de la salud visual, posee actualmente importantes convenios y contratos con Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Medicina Prepagada y empresas industriales y de servicios, las cuales tienen claramente definidos sus procesos de facturación y trámite de cuentas con sus proveedores; razón por la cual se encuentran organizadas estas actividades de apoyo, de acuerdo a las exigencias de los principales clientes. Este es uno de los procesos financieros más importantes de la empresa, ya que es el apoyo que se encuentra directamente relacionado con la prestación del servicio de salud visual.

Facturación y trámite de cuentas

El proceso de facturación y presentación de cuentas involucra todas aquellas actividades relacionadas con la preparación de los soportes que evidencian la prestación de los diferentes servicios y la generación de la factura de venta para los grandes clientes de la organización (EPS, IPS, ARS, Medicina Prepagada, empresas particulares).

Este proceso depende en gran manera del desarrollo de los procesos funcionales establecidos para la prestación del servicio, ya que todos los soportes de atención son entregados directamente por los usuarios en los diferentes centros de atención; sin embargo, el proceso de recopilación, verificación y organización de la información es responsabilidad del personal administrativo de la sede principal.

Al comenzar cada mes, se da inicio a la facturación y trámite de cuentas de las diferentes empresas clientes de UNIVER (ver anexo 7), estas actividades son priorizadas de acuerdo al cronograma de facturación establecido por la dirección general.

Procesos Administrativos

A pesar de que en una empresa de la magnitud de UNIVER se desarrollan diversos procesos administrativos, fueron seleccionados los procesos de Gestión de compras, gestión de recursos humanos y gestión de mantenimiento de equipos, como las actividades que se encuentran directamente relacionadas con la prestación de los servicios de salud visual de los pacientes que asisten a los diversos centros de atención a nivel nacional.

Gestión de Compras

El propósito de la gestión de compras en UNIVER es asegurar la obtención de los recursos necesarios para la prestación del servicio y la calidad de ellos, a través de la evaluación, selección y reevaluación de los proveedores.

Al analizar la gestión de compras de la organización, se tienen como procedimientos continuos y esenciales la adquisición de monturas y lentes oftálmicos, ya que estos son los productos de los cuales depende el sostenimiento financiero de UNIVER.

Los procesos de compras de monturas y lentes oftálmicos son muy similares; sin embargo, se presenta importantes diferencias en la adquisición de estos productos, las cuales radican principalmente en: frecuencia y tiempos de entrega de pedidos, responsables de solicitud de pedidos, tipos de negociación, entre otros aspectos, los cuales se ven identificados en el análisis 5W1H del proceso de gestión de compras, registrado en el anexo 8 de este documento.

Gestión de Recursos Humanos

El proceso de gestión de recursos humanos garantiza la existencia de mecanismos diseñados para calificar la calidad profesional y técnica del personal administrativo, comercial y asistencial al que se encomienda el cuidado del paciente. Este proceso implica la generación de políticas y procedimientos para la selección, definición de responsabilidades y competencias para cada profesional de acuerdo con la experiencia, capacidad técnica actual y aptitudes físicas y mentales de los individuos.

En la etapa inicial de este trabajo se identificó que la empresa presentaba debilidades en este tipo de procesos, ya el proceso de selección únicamente estaba conformado por entrevistas individuales en las cuales se analizaba la habilidad comercial del profesional, sin presentar mayor interés por evaluar la idoneidad en el área clínica del candidato, ya que se tomaba como respaldo el título profesional expedido por una institución educativa aprobada por el gobierno nacional.

Por lo anterior, se detectó como necesidad el fortalecimiento del proceso de selección del personal asistencial, y su proceso de formación y capacitación durante su vinculación a la organización, con el fin de prestar los servicios de salud con personal idóneo para esta actividad.

Gestión de Mantenimiento de Equipos

Este proceso determina la forma como UNIVER controla y mantiene el buen funcionamiento de los equipos que intervienen directamente en los procesos clínicos y los mecanismos de evaluación y mejora de los sistemas y procedimientos de control.

Al igual que en el proceso anterior, la empresa tenía enfocados sus esfuerzos al mantenimiento correctivo de los equipos, teniendo en cuenta que con la apertura de sus centros de atención se habían adquirido nuevos equipos y consideraban como un proceso alternativo el mantenimiento preventivo de sus instrumentos. Como parte de la retroalimentación y resultado del trabajo realizado, se establecieron métodos y cronogramas requeridos para dar el completo soporte de mantenimiento exigido por los diferentes centros de atención ubicados en el territorio nacional.

Procedimientos Tecnológicos

Generación de RIPS

La generación de RIPS es el proceso tecnológico que se encuentra directamente relacionado con la prestación del servicio de salud visual ofrecido por la organización, ya que de acuerdo a la legislación vigente, las instituciones prestadoras de servicios de salud están obligadas a generar esta información.

El proceso de generación de RIPS en UNIVER se encuentra totalmente sistematizado, razón por la cual se realiza cuando se actualiza la base de datos con la información de los usuarios atendidos en todos los centros de atención.

Con el fin de identificar las actividades que se realizan en este proceso, su propósito y responsables, se realizó el análisis 5W1H, tal como se observa en el anexo 9 de este documento.

6.1.3. Requisitos Aplicables Sistema Único de Habilitación. Teniendo en cuenta que algunos de los requisitos exigidos por la legislación del Sistema Único de Habilitación son aplicables de acuerdo a los servicios ofrecidos por las instituciones, la etapa previa a la autoevaluación consistió en la identificación de aquellos requerimientos que aplicaban al servicio de optometría integral.

El Sistema Único de Habilitación clasifica los requisitos exigidos en tres categorías:

- *Capacidad Técnico Administrativa*
- *Suficiencia Patrimonial y Financiera*
- *Capacidad Tecnológica y Científica*

En lo que se refiere a la Capacidad Técnico Administrativa y a la Suficiencia Patrimonial y Financiera, todos los parámetros establecidos aplican a las diferentes entidades que prestan cualquier tipo de servicio de salud; caso contrario ocurre con los estándares exigidos en la Capacidad Tecnológica y Científica, ya que estos se encuentra directamente relacionados con los aspectos necesarios para disminuir el riesgo en la prestación de los servicios de salud, razón por la cual la identificación de los requisitos aplicables al servicio de Optometría Integral estuvo enfocada a esta última categoría.

Los estándares de capacidad tecnológica y científica se encuentran documentados en la Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico 1. Manual de Estándares y Verificación, divididos en 9 grupos descritos a continuación; es

importante resaltar que esta información es una adaptación de los parámetros aplicables a la organización, a partir de lo suministrado en esta resolución.

6.1.3.1. 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.

Tabla 1. Criterios de Recursos Humanos aplicables al servicio de optometría integral

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
1.1	Todos los servicios	Los especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares, cuentan con el título o certificado expedido por una institución educativa debidamente reconocida por el Estado. En caso de estudios en el exterior, cuentan con la respectiva convalidación expedida por el Ministerio de Educación.
1.2	Todos los servicios	El proceso de selección de 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.
1.3	Todos los servicios	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 detalle por servicio del 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 del o de los servicios.
1.4	Todos los servicios	El número de especialistas, profesionales, tecnólogos, técnicos y auxiliares asistenciales del recurso humano

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
		exigido en la tabla de detalle por servicios serán definidos obligatoriamente por cada prestador de servicios de salud de acuerdo con la capacidad instalada y la demanda de atención para cada uno de los servicios registrados.
1.8	Todos los servicios	Las hojas de vida del recurso humano contratado, deben 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.
1.51	Consulta de optometría	Recurso Humano requerido para la prestación del servicio: Optómetra

6.1.3.2. Infraestructura – Instalaciones – Mantenimiento

Estándar: Las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura física de las áreas asistenciales, son adecuadas al tipo de servicios ofrecidos.

Tabla 2. Criterios de infraestructura e instalaciones físicas aplicables al servicio de optometría integral.

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
2.2	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.
2.3	Todos los servicios	Las instalaciones interiores para suministro de agua están

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
		diseñadas y construidas de tal manera que haya normal funcionamiento.
2.7	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 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.
2.8	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.
2.9	Todos los servicios	Todo prestador de servicios de salud, en especial aquellos que con modalidad de atención extramural, ya sea Independiente o dependiente de una IPS, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y deberán informar a la Secretaría de Salud, el o los lugares donde se prestarán los servicios, periodicidad y serán objeto de verificación.
2.10	Todos los servicios	La tabla detalle por servicios identifica las condiciones mínimas de tamaños, materiales, ventilación, iluminación, distribución, mantenimiento, exigidas para los servicios específicos.
2.11	Todos los servicios	Los procedimientos derivados de una consulta médica especializada, deberán ser realizados en una zona específica para tal fin, dentro o fuera del consultorio.
2.28	Consulta Externa	Dispone de las siguientes áreas: Unidad sanitaria por sexo, que debe ser para el servicio de

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
		<p>Consulta externa en su totalidad y no por consultorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 lavamanos. <p>Tiene un área específica para los procedimientos que se deriven de la consulta.</p>

6.1.3.3. Dotación – Mantenimiento

Estándar: Son los equipos indispensables, sus condiciones y mantenimiento adecuado, para prestar los servicios de salud ofrecidos por el prestador.

Tabla 3. Criterios de Dotación de equipos aplicables al servicio de optometría integral

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
3.1	Todos los servicios	Utilizar los equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico - científico.
3.2	Todos los servicios	<p>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.</p> <p>El mantenimiento de los equipos biomédicos debe realizarse por profesional en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado</p>

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
		a través de proveedor externo.
3.25	Consulta de Optometría	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Optotipos para determinación de la agudeza visual en visión lejana, con sistema adecuado de iluminación, optotipos para determinación de agudeza visual en visión próxima. ✓ Equipo básico de refracción que cuente con los siguientes elementos: Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio directo y retinoscopio, Cajas de pruebas o foropter, Montura de pruebas, Reglilla milimetrada, Set de prismas sueltos, Queratómetro. ✓ Lensómetro. ✓ Lámpara de hendidura y Tonómetro. ✓ Si formula lentes de contacto: Caja de pruebas de lentes de contacto, reglilla diamétrica, disponibilidad de medidor de curvas bases de lentes rígidos, transiluminador o linterna. ✓ Test o pruebas de valoración cromática y de esterópsis.

6.1.3.4. Medicamentos y Dispositivos Médicos

Estándar: Se tienen diseñados y se aplican, procesos para el manejo de medicamentos y dispositivos médicos para uso humano, cuyas condiciones de almacenamiento, distribución y entrega, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.

Tabla 4. Criterios de Medicamentos y dispositivos médicos aplicables al servicio de optometría integral.

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
4.1	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

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
		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.
4.2	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.
4.3	Todos los servicios	Los medicamentos, productos biológicos, 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.

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
4.4	Todos los servicios	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.

6.1.3.5. Procesos Asistenciales

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.

Tabla 5. Criterios de procesos asistenciales aplicables al servicio de optometría integral

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
5.1	Todos los servicios	Se tienen definidos y documentados los procedimientos o guías clínicas de atención y los 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.
5.2	Todos los servicios	Los procesos, procedimientos, guías y protocolos son conocidos por el personal encargado y responsable de su

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
		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.
5.3	Todos los servicios	La institución cuenta con guías clínicas de atención preferiblemente de medicina basada en evidencia, para las patologías que constituyen las primeras 10 causas de consulta o egreso, o las 5 primeras causas para el caso de profesionales independientes, oficialmente reportadas en cada uno de los servicios de hospitalización, unidades de cuidado intermedio e intensivo, unidad de quemados, obstetricia, cirugía, consulta externa, urgencias y traslado asistencial básico o medicalizado.
5.4	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.
5.9	Todos los servicios	La institución cuenta con procedimientos documentados para el 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.
5.15	Todos los servicios	Los servicios deben tener procesos documentados para el manejo interno de desechos.
5.16	Todos los servicios	Cada servicio deberá contar con un manual de buenas

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
		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.

6.1.3.6. 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).

Tabla 6. Criterios de Historia clínica y registros asistenciales aplicables al servicio de optometría integral.

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
6.1	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.
6.2	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.

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
6.3	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.
6.4	Todos los servicios	Las historias clínicas se encuentran adecuadamente identificadas con los contenidos mínimos de identificación y con el componente de anexos.
6.5	Todos los servicios	Se tienen definidos los procedimientos que garanticen la custodia y conservación integral de las historias clínicas en un archivo único.
6.6	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.
6.7	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.

6.1.3.7. 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.

El estándar relacionado con la interdependencia de servicios no es aplicable para los centros de atención de UNIVER, teniendo en cuenta que el servicio de optometría integral no requiere de otros servicios de apoyo asistencial durante la realización de los procedimientos clínicos.

6.1.3.8. Referencia y contrarreferencia 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.

Tabla 7. Criterios de referencia y contrarreferencia de pacientes aplicables al servicio de optometría integral

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
8.1	Todos los servicios	Se tienen definidos formalmente los flujos de urgencias de pacientes.

6.1.3.9. Seguimiento a riesgos en la prestación del servicio

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.

Tabla 8. Criterios de seguimiento a riesgos aplicables al servicio de optometría integral

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
9.1	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. Lo cual implica: <ul style="list-style-type: none"> ✓ La ficha técnica del indicador ✓ La estandarización de las fuentes. ✓ La definición de los responsables del análisis del

Cód	Servicio	Criterios aplicables al Servicio de Optometría Integral
		<p>indicador, de las tendencias y del cumplimiento de las metas.</p> <p>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.</p>
9.2	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.

6.2. AUTOEVALUACIÓN Y DIAGNOSTICO

6.2.1. Autoevaluación Condiciones Mínimas de Habilitación. Una vez identificados los requisitos aplicables al servicio de Optometría integral, se diseñó un instrumento interno de autoevaluación (Ver anexo 10), en el cual se determinó el modo de verificación de cada uno de los estándares mínimos exigidos por el sistema único de habilitación; esta herramienta fue estructurada de acuerdo a las indicaciones del Anexo Técnico 1 y 2 de la Resolución 1043 de 2006.

La autoevaluación fue desarrollada a través de visitas efectuadas a cada uno de los centros de atención, en las cuales se diligenciaron los instrumentos diseñados, registrando todas aquellas observaciones que determinaban el cumplimiento o no cumplimiento de los estándares establecidos.

Con el fin de dar a conocer la situación inicial de la organización frente al Sistema Único de Habilitación, en el anexo 11 de este documento se encuentran registradas las observaciones de cada una de las autoevaluaciones realizadas; este resumen es un consolidado de los centros de atención a nivel nacional.

6.2.2. Diagnóstico Inicial. Como resultado de la autoevaluación realizada en los diferentes centros de atención, fue emitido un informe diagnóstico en el cual se evidenciaba la situación actual de la institución frente al Sistema Único de Habilitación, con el fin de retroalimentar a todo el personal vinculado a la empresa y generar los planes de acción necesarios para lograr el cumplimiento de los estándares establecidos por el gobierno nacional.

6.2.2.1. Capacidad Técnico Administrativa. A nivel general, las jefes de óptica, quienes son las responsables del funcionamiento administrativo de los centros de atención, manifestaron total desconocimiento del tema. El personal de los centros de atención, al igual que los directores y coordinadores de zona, no realizan actividades de control o seguimiento que les permitan identificar este tipo de falencias como son: desactualización de documentación legal, ausencia de soportes que evidencien el cumplimiento de los requisitos obligatorios para cualquier entidad de comercio y de salud, entre otros aspectos. Adicionalmente, el departamento administrativo no realiza seguimiento a la actualización de esta documentación, ni ha realizado la retroalimentación necesaria con el personal, de tal forma que reconozcan la importancia de esta documentación y contemplen como función, el control y cumplimiento de estos requisitos administrativos.

6.2.2.2. Suficiencia Patrimonial y Financiera. En cuanto a la suficiencia patrimonial y financiera de la organización, UNIVER cumple con los diferentes

indicadores solicitados por el Sistema Único de Habilitación; sin embargo, la información no se encuentran estructurada de acuerdo a la solicitud del gobierno, por esta razón, sólo se requiere el levantamiento de los indicadores por parte del revisor fiscal y el archivo de este documento en los centros de atención, para dar cumplimiento a este requerimiento.

6.2.2.3. Capacidad Tecnológica y Científica. Durante la autoevaluación realizada se observó un total desconocimiento, por parte del personal administrativo y asistencial, de los lineamientos establecidos por los entes reguladores. Se detectaron diversas falencias, las cuales se ven reflejadas en: ausencia de procedimientos administrativos y asistenciales, o en su defecto, procedimientos desenfocados e incompletos, dotación insuficiente de equipos e implementos de trabajo, infraestructura física inadecuada y finalmente, desconocimiento de la legislación.

Como complemento del informe diagnóstico entregado a la gerencia de la organización, se identificaron las diferentes actividades por realizar, las cuales permitirían dar cumplimiento a los requisitos exigidos por el gobierno. Este material se convirtió en la herramienta fundamental para establecer, junto con la gerencia, las acciones prioritarias y así mismo definir cronogramas y presupuestos que orientaran la ejecución de dichas actividades.

6.2.3. Retroalimentación diagnóstico Inicial. La retroalimentación hacia el personal asistencial y administrativo de las diferentes zonas se realizó de manera conjunta al desarrollo de la autoevaluación. Aprovechando el recorrido realizado a nivel nacional, cuyo principal objetivo era supervisar las condiciones actuales de los centros de atención frente al Sistema Único de Habilitación, se programaron jornadas de capacitación, en donde fueron expuestos temas como el propósito y

características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad SOGC, el Sistema Único de Habilitación, el proceso de Habilitación y la Resolución 1043 de 2006. Adicionalmente, se dieron a conocer los diferentes estándares exigidos por el sistema, realizando a su vez una comparación con la situación actual de la empresa, capacitación que fue enriquecida con la evidencia fotográfica de las diferentes inconsistencias presentadas en los centros de atención a nivel nacional.

Así mismo, en estas jornadas de capacitación fueron conformados los grupos primarios por zona, los cuales enriquecieron las diversas actividades enfocadas a definir los procesos administrativos y asistenciales que se requerían al interior de la organización.

6.3. PLAN DE ACCION – CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

6.3.1. Diseño del Plan de Acción. Tomando como punto de partida la información registrada en el informe diagnóstico de los centros de atención a nivel nacional, en el cual se definieron las acciones a realizar, junto con las diferentes gerencias de la organización, se definieron las acciones prioritarias por realizar y los respectivos responsables; de tal forma que, en la siguiente reunión de gerencia, cada área planteará su esquema de trabajo, definiendo claramente el cronograma de actividades, la metodología, el equipo de trabajo involucrado, y lugar de realización de las mismas.

Esta información planteada por cada una de las áreas, fue aprobada por el comité gerencial, estableciendo el plan de acción y cronograma contenido en el anexo 12 de este documento. Es importante resaltar que este cronograma fue reevaluado y redefinido en el avance del proyecto, teniendo en cuenta que, según las evaluaciones internas y externas de las condiciones de habilitación, surgían nuevas actividades por desarrollar.

6.3.2. Desarrollo del plan de acción

6.3.2.1. Capacitación Sistema Único de Habilitación. Como parte fundamental del proceso de implementación del Sistema Único de Habilitación, en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre de 2006, se realizó una jornada de capacitación y sensibilización con el personal asistencial, comercial y administrativo de los diferentes centros de atención y zonas a nivel nacional, cuyo objetivo fue brindar el conocimiento respecto a la legislación y cumplimiento de los estándares exigidos por el gobierno a las diferentes instituciones que prestan servicios de salud.

La jornada de capacitación se desarrolló bajo la legislación del Sistema Único de Habilitación; sin embargo, se caracterizó por las actividades y los ejemplos prácticos que la autora del proyecto compartió sobre la aplicación al interior de la organización.

Así mismo, la capacitación tuvo un énfasis importante sobre las condiciones básicas de habilitación, las cuales se encuentran agrupadas en las categorías de Capacidad Técnico Administrativa, Suficiencia Patrimonial y financiera, y Capacidad Tecnológica y Científica. El material empleado y el esquema desarrollado durante la jornada de capacitación, se encuentra descrito en el anexo 13 de este documento.

Una vez finalizada esta actividad a nivel nacional, el personal comprendió la importancia de este proyecto y el objetivo que persigue el gobierno nacional con el cumplimiento de estos estándares en la prestación de los servicios de salud; adicionalmente, esta jornada permitió que los funcionarios de la institución se comprometieran con el desarrollo de las diferentes etapas del proceso de implementación del sistema.

6.3.2.2. Actualización y levantamiento de documentación general

Actualización de documentación legal.

Teniendo en cuenta las situaciones presentadas en los diferentes centros de atención a nivel nacional, que evidenciaba el descuido en la actualización de la documentación por parte de las jefes de óptica, se realizó una total actualización de los siguientes documentos: cámara de comercio de la empresa, cámara de comercio de sucursal, fotocopia de cédula de representante legal, Registro único tributario, licencia de sistema contable (Fénix), certificado de suficiencia patrimonial y financiera, fotocopia de tarjeta profesional de contador y revisor fiscal; lo cual permitía el total cumplimiento de las condiciones Técnico-Administrativas y de Suficiencia Patrimonial.

Con el fin de mantener en perfectas condiciones de archivo y actualización esta documentación, se determinó que la información debería estar archivada en una carpeta AZ blanca de 2 pulgadas, rotulada con el nombre de Sistema Único de Habilitación, junto con los demás soportes de cumplimiento de los estándares exigidos por el Sistema. Adicionalmente, se definieron las listas de chequeo SUH-001 y SUH-002, las cuales identificaban la documentación requerida como evidencia del cumplimiento de las condiciones de Capacidad Técnico-Administrativa y Suficiencia patrimonial y financiera, respectivamente; esta información se encuentra plasmada en el anexo 14 de este documento.

Así mismo, se definió una ficha de control documental (ver anexo 14), en la cual se identifican los responsables del suministro y renovación de los documentos, el lugar donde reposan y la frecuencia de renovación de los mismos, como guía para la solicitud de los documentos por parte de los jefes de óptica, quienes son los encargados de garantizar la presencia de estos documentos en el centro de atención.

Levantamiento de documentación general

Durante la realización del proceso de autoevaluación se detectaron diversas falencias que correspondían a ausencia de documentación informativa, la cual debía ser generada o extraída de los archivos y del funcionamiento general de la organización. En esta actividad fue generada la siguiente documentación:

✚ Listas de chequeo de documentación para el cumplimiento de la capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación; las cuales se convirtieron en el método más adecuado para verificar la existencia de la documentación requerida en cada uno de los centros de atención. Estas listas de chequeo fueron identificadas con el prefijo SUH.

✚ Información del personal activo en la organización.

Fueron elaborados los listados del personal activo en cada uno de los centros de atención, dentro de los cuales también fue definida la capacidad instalada y el número de horas de optometría y de atención administrativa disponibles.

Adicionalmente, se diseñó el *check list* individual – hoja de vida del personal, donde fueron enumerados los diferentes documentos que debían contener las hojas de vida del personal activo en la institución, tanto en el archivo de la sede administrativa principal como en el centro de atención.

✚ Verificación de título de optómetras. Con el fin de cumplir con los requisitos del gobierno, se envió correspondencia a las diferentes instituciones educativas que habían expedido el título de los especialistas, con el fin de comprobar su veracidad. Al respecto se presentaron inconvenientes con la demora de la expedición de la certificación, sin embargo, la copia de recibido de la correspondencia de la universidad fue un soporte válido para el cumplimiento de este estándar en las visitas de verificación.

- ✚ Información de equipos biomédicos. Como fase inicial a la revisión de la dotación de equipos biomédicos, se realizó la actualización de los inventarios de cada una de las ópticas, identificando aquellos equipos con los cuales no contaba el centro de atención. El apoyo de los optómetras en este proceso fue fundamental, ya que ellos fueron los encargados de suministrar la información completa, la cual incluía: nombre del equipo, marca, serial y modelo.

Una vez completada esta información, se pudieron elaborar las hojas de vida para cada uno de los equipos existentes y aquellos que se habían adquirido recientemente. En las hojas de vida de los equipos fue registrada la información de los mantenimientos preventivos y correctivos que se habían realizado anteriormente.

- ✚ Información sobre medicamentos y dispositivos médicos. Después de realizar diferentes consultas a la legislación del Ministerio de la Protección Social y del Invima, fueron diseñados los listados de los medicamentos y los dispositivos médicos utilizados en los centros de atención, identificando su clasificación según el riesgo, principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, registro sanitario, presentación comercial, entre otros aspectos fundamentales para la identificación de los productos..

Toda la documentación desarrollada se encuentra registrada en el anexo 14. Documentación Sistema Único de Habilitación.

6.3.2.3. Definición, ajuste e implementación de procesos asistenciales y administrativos. Una vez se programó el trabajo y teniendo una visión general de las actividades que se debían realizar, se inició la educación del personal que hacía parte de los grupos primarios.

Para esta fase, se diseñó un taller de inducción y nivelación de conocimientos con temas básicos para iniciar el trabajo con los grupos primarios. El anexo 15 presenta el contenido de la actividad y el material dado a los participantes. El taller trató temas teóricos acerca de la definición de procesos, adicionalmente se recalcó sobre la importancia de su trabajo y motivó a las participantes, por ser los directos responsables de los resultados del proceso. En el taller se contó con medios audiovisuales, en los cuales se realizaron ejercicios prácticos y ejemplos específicos de la empresa, para aclarar los principales conceptos y afianzar el entendimiento de las herramientas presentadas.

De acuerdo a la necesidad y a las prioridades establecidas en el cronograma de actividades, se asignó el estudio de determinados procesos a las diferentes reuniones realizadas con los grupos primarios. En algunos momentos se presentaron inconvenientes con la inasistencia de algunos participantes, lo cual dificultó la continuidad del proceso.

La etapa de levantamiento se llevó a cabo con todos los procesos debido a que los documentos existentes, como era el caso de los procesos desarrollados en la prestación del servicio de consulta de optometría, se encontraban desactualizados y habían sido levantados con poca participación de los funcionarios.

El grupo primario describía los pasos que se desarrollaban o que se debían ejecutar en los procesos a ajustar o definir, respectivamente, con previo conocimiento de los estándares exigidos en el Sistema Único de Habilitación. La autora del proyecto, en consenso con los demás miembros del equipo, elaboraba la descripción del proceso; la cual era revisada y complementada en la reunión posterior.

Una vez terminada la descripción por parte de los miembros del grupo primario, el texto era analizado por el comité gerencial, en el cual se realizaban los respectivos

cambios con el fin de asegurar que se comprendiera claramente el contenido y la información fuese lo más ajustada a la realidad.

Simultáneamente con la actividad de levantamiento de los procesos y a partir de las conversaciones realizadas con los grupos primarios, se establecieron los factores claves de éxito y se definieron los indicadores de gestión relacionados con las características de calidad establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, asignándolos a la parte del proceso de Optometría Integral que correspondía.

En la sección de Seguimiento a riesgos del anexo 14, se encuentran definidas las fichas técnicas de los indicadores de calidad, las cuales contemplaron los siguientes aspectos: nombre del indicador, característica de calidad, objetivo de medición, unidad de medida, frecuencia de evaluación del indicador, fórmula del indicador, fuente de datos, responsable, periodicidad de remisión de la información y calidad esperada (meta).

Como parte del estudio y ajuste de los procesos que se desarrollan durante la prestación del servicio de consulta de optometría, se efectuó un Análisis de Valor Agregado; de acuerdo a la observación y conocimiento de los participantes y la autora del proyecto, se clasificaron las actividades en las que verdaderamente agregaban valor al cliente (VAR), en las que agregaban valor a la organización (VAO) y las que no agregaban valor (SVA).

El objetivo de esta actividad fue determinar a que tipo de actividades se les debía dar mayor participación e importancia en los procesos de atención, teniendo en cuenta que eran percibidas por parte de los usuarios del servicio como valor agregado; así mismo, las actividades clasificadas como aquellas que generaban valor a la organización fueron mejoradas de tal forma que no se convirtieran en obstáculos para la prestación del servicio y que se conservarán ya que

representaban mecanismos de control y organización al interior de la institución. En cuanto a las actividades catalogadas como Sin valor agregado, fueron analizadas con el fin de eliminarlas, favoreciendo completamente el ajuste de estos procedimientos, los cuales se encontraban desactualizados en el momento de la realización de este proyecto.

Es importante resaltar que esta etapa de análisis de valor agregado fue inherente al estudio de los procesos, ya que era uno de los métodos de análisis de la situación actual y así mismo, se convirtió en el punto de partida para la generación de nuevas ideas para el desarrollo de las actividades en los diferentes centros de atención. El costo y extracosto que significaba la presencia de este tipo de actividades, fue traducido en términos de la calidad del servicio ofrecido a los usuarios; ya que el sistema único de habilitación se enfoca en este criterio de evaluación.

Finalmente, cuando ya se habían documentado los procedimientos, políticas y demás información que daba soporte a los diferentes procesos establecidos, se inició el proceso de sensibilización con el personal de la óptica seleccionada, con el fin de continuar con la aplicación. Esta fase estuvo acompañada de continuas revisiones, tanto internas como externas, las cuales contribuyeron al ajuste de los procesos generados en los diferentes grupos primarios.

En el anexo 14. Documentación Sistema Único de Habilidadación, se encuentra registrada la documentación de los procesos definidos y ajustados en la organización, los cuales garantizan el cumplimiento de los estándares exigidos por el gobierno nacional; tal como se presenta en la tabla 9.

Tabla 9. Procesos definidos y ajustados en la organización.

CATEGORIA ESTANDAR	DOCUMENTACION
Recursos Humanos	Procedimiento de Selección del Talento Humano
Infraestructura e instalaciones físicas	Procedimiento de formación y capacitación en el manejo de residuos sólidos Procedimiento de generación, manejo y disposición de residuos sólidos. Procedimiento de transporte de residuos sólidos Manual de conductas básicas de bioseguridad
Dotación y mantenimiento de equipos	Procedimiento de mantenimiento de equipos biomédicos
Medicamentos y dispositivos médicos	Políticas de adquisición, almacenamiento y uso de medicamentos. Políticas de adquisición y uso-reuso de dispositivos médicos Programa de Farmacovigilancia Programa de Tecnovigilancia
Procesos Asistenciales	Caracterización Proceso de Optometría Integral Procedimiento de asignación de citas Procedimiento de recepción del paciente Procedimiento de examen de valoración de optometría Procedimientos clínicos de optometría Guía para la remisión de pacientes a entidades externas Guía de atención de enfermedades Descripción de actividades Consulta de ortóptica Descripción de actividades de Adaptación de lentes de contacto. Procedimiento de aprendizaje organizacional
Historia clínica y registros asistenciales	Procedimiento de manejo de historia clínica
Referencia y contrarreferencia	Procedimiento de referencia y contrarreferencia

CATEGORIA ESTANDAR	DOCUMENTACION
Seguimiento a riesgos	Procedimiento de evaluación y seguimiento del cumplimiento de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad.

6.3.2.4. Adaptación de herramientas tecnológicas

La fase de adaptación de las herramientas tecnológicas de la institución al Sistema Único de Habilitación, se enfocó principalmente en el mejoramiento de la historia clínica sistematizada.

La capacitación sobre la Resolución 1995 de 1999, expedida por el Ministerio de la Protección Social se convirtió en el factor clave, ya que tanto el departamento operativo como los grupos primarios conocieron completamente las exigencias legales al respecto.

La adaptación de la historia clínica implicó la programación de nuevos parámetros del software; algunos de los principales cambios presentados fueron:

- ✚ Acceso de optómetras con login y clave personal, lo cual garantiza la privacidad en la historia clínica. La información consignada en la historia clínica solamente es del interés del profesional y del paciente, y en determinados casos del acompañante o responsable del paciente.
- ✚ Se agregaron nuevas casillas en la ventana de la información de identificación del paciente, de acuerdo a las exigencias de la resolución. Adicionalmente, se contempló la información del acompañante del paciente, especialmente para los casos de menores de edad o adultos mayores.
- ✚ Se compiló en una sola ventana toda la información de historia clínica del paciente. Anteriormente esta era una de las mayores dificultades para los

profesionales, ya que tenían que buscar esta información en diversas ventanas, según la fecha de atención del paciente.

- ✚ Se diferenció la historia clínica de optometría de la historia clínica de ortóptica, teniendo en cuenta que son dos servicios de características muy diferentes, lo cual permitió una adecuada consolidación de la información del paciente.
- ✚ Se habilitó el sistema para la impresión de resúmenes completos de historia clínica, los cuales son indispensables para la remisión de pacientes a entidades externas.

A nivel general, se realizaron diversas modificaciones al software empleado en los diferentes centros de atención, añadiendo y ampliando los espacios de las casillas de información, con el fin de generar historias clínicas más completas. Así mismo, se consolidó el proceso de seguridad de la información, estableciendo los pasos necesarios para garantizar la adecuada conservación de estos registros asistenciales.

Este proceso de adaptación del sistema de RIPS no habría sido posible sin la participación de los grupos primarios, especialmente de los optómetras, quienes eran los funcionarios que más conocían de la necesidad de esta modificación.

El sistema de RIPS modificado, fue instalado en la Optica Univer Campivision, como parte del proceso de prueba, periodo en el cual se realizó el seguimiento por parte de los optómetras y del área operativa, con el fin de definir los últimos ajustes necesarios. Finalmente, una vez el sistema esta aprobado por la organización, se realizó la implementación de la actualización en los diferentes centros de atención.

6.3.2.5. Adecuación de instalaciones, adquisición de implementos y equipos.

Como se mencionó en la metodología, la participación del proyecto estuvo

enfocada a la programación de las actividades necesarias para la adecuación de las instalaciones físicas, la adquisición de implementos y equipos biomédicos que garantizarán el cumplimiento de los estándares exigidos por el sistema único de habilitación. La programación de estas actividades se encuentra plasmada en el cronograma del plan de acción, según anexo 12 de este documento.

Tal como fue programado en el cronograma, se ejecutaron las siguientes actividades:

- ✚ Mantenimiento de paredes, muros y cielos rasos de los centros de atención de la zona Centro (Bogotá), Oriente (Bucaramanga) y Norte (Barranquilla, Cartagena)
- ✚ Modificación de divisiones del consultorio de la Optica Univer Campivision en la ciudad de Bucaramanga.
- ✚ Adecuación de baños para el uso de los pacientes en el centro de atención. Esta actividad representó la modificación de las condiciones de almacenamiento de los implementos de aseo y de los productos (monturas) en los centros de atención, ya que este material era almacenado en el baño y era lo que impedía su préstamo a los pacientes.
- ✚ Señalización de áreas en las instalaciones físicas
- ✚ Dotación de lavamanos en los diferentes consultorios de optometría. Esta adecuación se realizó en los centros de atención de las ciudades de Bogotá (Castellana, Venecia, Ilarco y Teusaquillo), Bucaramanga (Campivision), Pereira (Lago), Manizales (Plaza 51), Barranquilla (Murillo), Cartagena (Centro), Santa Marta (Alcazares) y Medellín (Caracas).
- ✚ Dotación de los recursos necesarios para la implementación de los procesos de manejo integral de residuos sólidos y conductas básicas de bioseguridad, en todos los centros de atención.
- ✚ Dotación de equipos biomédicos. Posterior a la actualización de los inventarios de equipos de las diferentes ópticas, se identificaron los equipos faltantes: Lámparas de hendidura, tonómetros, test de estereopsis y test de

valoración cromática, y se programó la compra de estos elementos de acuerdo a la disponibilidad del presupuesto.

Como se puede observar, este tipo de actividades representaron importantes inversiones por parte de la empresa; sin embargo, no se presentó mayor oposición por parte de la gerencia general y gerencia financiera, debido a que la autora del proyecto dio a conocer toda la información necesaria para representar la obligatoriedad del cumplimiento de estos estándares, y las posibles consecuencias del incumplimiento de esta exigencia.

6.3.2.6. Establecimiento de alianzas estratégicas con proveedores. Con el apoyo de los diferentes laboratorios oftálmicos proveedores de UNIVER, se logró el cumplimiento de todos los estándares necesarios para la prestación del servicio de adaptación de lentes de contacto, teniendo en cuenta que este tipo de procesos maneja exigentes condiciones de bioseguridad y manejo de residuos, dado que es un producto que tiene contacto directo con el ojo del paciente.

Mediante el establecimiento de alianzas estratégicas, los laboratorios se comprometieron a realizar todo el manejo relacionado con el suministro de lentes de contacto, garantizando las condiciones técnicas del producto, de acuerdo la solicitud realizada por el optómetra; de esta forma, se pudo omitir el requerimiento de tener reglillas diamétricas, kit de lentes de prueba y medidores de curvas bases de lentes de contacto en los consultorios, ya que el laboratorio estaba contratado para la realización de este tipo de actividades de medición.

Así mismo, el proceso de esterilización contemplado en el manual de conductas básicas de bioseguridad, fue asignado los laboratorios proveedores, quienes tienen estandarizados estos procesos, ya que están directamente relacionados con su objetivo comercial.

Como evidencia del apoyo de los laboratorios en estas dos actividades fundamentales para la prestación del servicio de optometría integral, fueron expedidos certificados que constataban la contratación de este servicio por parte de UNIVER.

6.4. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD

El programa de auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en UNIVER, está enfocado a:

- ✚ La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- ✚ La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual se encuentra previamente definida mediante guías, procedimientos y normas técnicas, científicas y administrativas
- ✚ La adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

6.4.1. Objetivos del PAMEC

6.4.1.1. Objetivo General. Diseñar e implementar un instrumento de evaluación y monitorización permanente que contribuya al logro de la calidad en la prestación de los servicios de salud, dentro de los principios del mejoramiento continuo.

6.4.1.2. Objetivos Específicos

- ✚ Prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.
- ✚ Formular planes de acción en la institución que permitan bloquear las causas y solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además unos indicadores para realizar seguimiento a los resultados.
- ✚ Promocionar la disciplina del autocontrol entre los funcionarios de la organización, contribuyendo a que los procesos se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la institución.

6.4.2. Metodología. Con el fin de diseñar e implementar el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en la institución, UNIVER adoptó los nueve pasos de la ruta crítica descritos en las Pautas Indicativas del Ministerio de la Protección Social, los cuales se describen en la figura 5.

Figura 5. Ruta crítica del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud



Autoevaluación

La autoevaluación para el PAMEC es el diagnóstico básico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan la organización, o de los aspectos que, en función del concepto de monitoreo de la calidad, tienen determinante importancia para la organización y son susceptibles de mejoramiento.

Selección de procesos a mejorar

Es la generación de un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la organización.

Priorización de procesos

Es la aplicación de una herramienta y/o metodología para ordenar los procesos a mejorar según la relevancia e impacto que generen en la calidad de la atención de la institución.

Definición de la calidad esperada

Es la determinación del nivel de calidad esperado a lograr por cada uno de los procesos priorizados.

Medición inicial del desempeño de los procesos

Es el desarrollo de los procedimientos de auditoría operativa más adecuados para la medición de los procesos.

Plan de acción y/o plan de mejoramiento de los procesos seleccionados

Es la elaboración de un plan de acción detallado capaz de bloquear las causas y de solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además unos indicadores para evaluar posteriormente los resultados de su aplicación.

Ejecución del plan de acción

Una vez elaborado el plan de acción se debe iniciar la ejecución de las actividades contenidas en éste.

Evaluación del mejoramiento y seguimiento con comités

Es la evaluación del cumplimiento y efectividad de las acciones ejecutadas y el seguimiento a la implementación de las mejoras por parte de los diferentes comités.

Aprendizaje organizacional

Hace relación a la toma de decisiones definitivas, retroalimentación y estandarización de mejoras de los procesos.

La definición del personal responsable de cada una de las actividades, la fecha y lugar de realización, el propósito y la metodología a aplicar en cada una de estas etapas de la ruta crítica se encuentran registrado en el Anexo 16 de este documento.








6.4.3. Aplicación de la Metodología. Una vez definido el esquema de trabajo del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad en atención de salud, se iniciaron las diferentes actividades planteadas, arrojando los siguientes resultados:

6.4.3.1. Autoevaluación. Teniendo en cuenta que la autoevaluación propuesta se encontraba enfocada a analizar el grado de cumplimiento de estándares superiores de calidad como es el caso de los Estándares del Sistema Único de Acreditación, se tomó como herramienta de autoevaluación el Anexo Técnico N°1 de la Resolución 1445 de 2006.






Este manual de estándares de acreditación clasifica los requerimientos exigidos por el Ministerio de la Protección Social de acuerdo al tipo de organización que se evalúa, por esta razón, los parámetros escogidos para la autoevaluación de los procesos fueron los *Estándares de Acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud ambulatorios*.

Estos estándares se encuentran clasificados en diferentes secciones, tal como se describe a continuación (únicamente se mencionan los que aplican a la institución):



Estándares del proceso de Atención al Cliente – Asistencial

-  Derechos de los pacientes
-  Procesos para garantizar el acceso al paciente
-  Proceso de recepción del paciente
-  Proceso de espera previo a la atención
-  Proceso de planeación de la atención
-  Proceso de consulta o atención
-  Proceso de educación en salud

Referencia y contrarreferencia

-  Remisión a servicio ambulatorio de complejidad superior
-  Egreso
-  Evaluación del tratamiento
-  Proceso de retroalimentación por parte del paciente
-  Mejoramiento de la calidad

Direccionamiento

-  Estándares de acreditación
-  Estándares de mejoramiento de la calidad

Gerencia

- ✚ Estándares de acreditación
- ✚ Estándares de mejoramiento de la calidad

Gerencia del Recurso Humano

- ✚ Estándares de acreditación
- ✚ Estándares de mejoramiento de la calidad

Gerencia del Ambiente Físico

- ✚ Estándares de acreditación
- ✚ Estándares de mejoramiento de la calidad

Gerencia de sistemas de información

- ✚ Estándares de acreditación
- ✚ Estándares de mejoramiento de la calidad

Estos estándares se caracterizan por ser muy específicos y puntuales en los diferentes momentos de la atención de los usuarios, así como de los procesos de direccionamiento y apoyo a la prestación del servicio de salud.

La autoevaluación fue liderada por la autora del proyecto, y contó con la participación del personal que conformaba los diferentes grupos primarios y el personal de la organización en general; es decir, de acuerdo a los estándares evaluados, se consultó a las diferentes gerencias y áreas administrativas, comerciales y asistenciales de la organización.

Al analizar cada uno de los parámetros establecidos, se otorgaba una calificación del 1 al 5, en donde el 5 significaba el total cumplimiento del estándar, y el 1, detectaba una gran debilidad al respecto. Estas clasificaciones fueron aplicadas

después de realizar procesos de observación y consulta con el personal de los procesos involucrados y evaluados.

Por medio de esta autoevaluación, la organización pudo identificar las diferentes falencias que aún se presentan en la institución, ya que a pesar de lograr el cumplimiento de los estándares de habilitación, aún se encuentra una brecha considerable para lograr el cumplimiento de estándares superiores de calidad como es el Sistema único de Acreditación. De esta manera, se dio inicio al proceso de mejoramiento que permita alcanzar este objetivo tan importante para la organización.

6.4.3.2. Selección de procesos a mejorar. Como resultado de la fase de autoevaluación de los procesos frente a los estándares del Sistema único de acreditación, se pudo concluir que todos los procesos mencionados anteriormente se deben intervenir, con el fin de mejorar el desarrollo de las actividades involucradas.

Es importante destacar que con este tipo de autoevaluaciones, se obtiene una visión general de la institución y de la forma como esta llevando a cabo sus procesos; lo cual es indispensable para iniciar los procesos de mejoramiento que tenga impacto al nivel de toda la organización.

6.4.3.3. Priorización de procesos. Para definir cuáles eran los procesos más críticos y por tal razón, los prioritarios de intervenir, fue analizado el impacto que tenían los diferentes procesos en los usuarios, en la imagen de la organización y en el cliente interno. Adicionalmente, se consideraron los procesos que presentaban mayores inconsistencias frente a los estándares de evaluación.

En consenso entre los miembros de los grupos primarios y del comité gerencial se definió que los procesos prioritarios a intervenir eran los de atención al paciente, ya que eran los que el cliente percibía directamente cuando asistía a la institución, además que este proceso se convertía en el motivo de asistencia del usuario a los centros de atención.

En el anexo 17 de este documento, se encuentran registradas las calificaciones obtenidas en la autoevaluación inicial de los estándares del *Proceso de Atención al Cliente – Asistencial*.

6.4.3.4. Definición de la calidad esperada. La definición de la calidad esperada se encuentra reflejada en el establecimiento de la forma como la organización espera que se realicen los procesos y los instrumentos utilizados para efectuar el seguimiento de los resultados.

Esta fase del PAMEC fue el complemento fundamental para desarrollar las actividades de definición, ajuste e implementación de los procesos asistenciales y administrativos, ya que los procedimientos fueron elaborados bajo los estándares de acreditación que podían ser aplicados en la institución. Es por esto que los procedimientos de Asignación de citas, Recepción del paciente y examen de valoración de optometría, junto con los procedimientos clínicos y guías, tuvieron modificaciones posteriores a su elaboración inicial, ya que fueron ajustados con el fin de superar algunas de las debilidades detectadas en la fase de autoevaluación del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.

La definición de la calidad esperada en el proceso de atención del paciente – asistencial, se encuentra registrada en la documentación de los *Procesos Asistenciales y Seguimiento a riesgos* del anexo 14 de este proyecto.

6.4.3.5. Medición inicial del desempeño de los procesos. Según la ruta crítica del PAMEC, esta fase se encuentra programada para los meses de Agosto, Septiembre y Octubre del presente año, ya que en la actualidad, los procesos ajustados se encuentran en la fase de implementación en los centros de atención.

La medición del desempeño de los procesos consiste en una evaluación del funcionamiento y de los resultados obtenidos con las modificaciones implementadas en los procesos; esta evaluación se realiza a través de auditorías internas y autocontrol de los funcionarios, lo cual nos arrojará un diagnóstico que permita identificar las acciones que se deben realizar para continuar con el mejoramiento de los procesos de la organización. Para la próxima medición, se tiene planteado utilizar el mismo método de autoevaluación inicial, enriquecido con la información arrojada por los diferentes indicadores de gestión establecidos; adicionalmente, y según las sugerencias realizadas por la autora, se deberá medir el impacto de este proyecto tomando como referencia la satisfacción de los usuarios en cuanto a la prestación del servicio de optometría integral.

6.5. SEGUIMIENTO Y PRESENTACION DE RESULTADOS

6.5.1. Evaluación y ajuste de las Condiciones mínimas de habilitación. Es importante resaltar que el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de las condiciones de habilitación en la institución fue un proceso permanente desde que se inició el desarrollo del plan de acción.

Sin embargo, una vez fue definido el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud, se definió un periodo específico de dos semanas en las cuales se realizó una profunda verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación y la autoevaluación frente a las condiciones del Sistema único de Acreditación.

La evaluación de las condiciones mínimas de autoevaluación incluyó:

- ✚ Autocontrol: las auditorias de autocontrol fueron desarrolladas por los miembros de los equipos de trabajo, especialmente aquellos que conformaron los grupos primarios para el desarrollo del proyecto. Estas actividades estaban relacionadas con las tareas de ejecución, verificación y sugerencia de ajuste de los procesos que se definieron para la institución. Esta auditoria fue muy valiosa ya que generó responsabilidad por parte de los funcionarios, frente a la participación y confianza depositada por la organización.
- ✚ Auditorias internas: las auditorias internas estuvieron a cargo de la autora del proyecto, junto con el personal directivo de la zona, en las cuales se realizaron las revisiones necesarias sobre el cumplimiento y aplicación de los procedimientos y políticas establecidas. Las observaciones de estas evaluaciones fueron transmitidas a los grupos primarios, con el fin de generar soluciones ante los inconvenientes que se presentaban. Todos estos ajustes fueron aplicados y documentados a los documentos que se encuentran en el anexo 14, Documentación del Sistema único de Habilitación.
- ✚ Auditorias externas: tal como se había proyectado, la Secretaría Distrital de Salud de la ciudad de Bogotá y de la ciudad Bucaramanga, iniciaron las visitas de verificación en las instituciones prestadoras de servicios de salud visual.

Finalizando el mes de Mayo de 2007, fue realizada la visita de verificación en la Optica Univer Americas, donde se revisó toda la documentación levantada en el plan de acción y en el diseño del PAMEC. Adicionalmente, fue verificado el cumplimiento de todas las condiciones Tecnico-Administrativas, de Suficiencia Patrimonial y Financiera, las condiciones Tecnológicas y Científicas. En la ciudad de Bucaramanga, fueron visitadas por la Secretaria

de Salud de Santander, todos los centros de atención de la ciudad: Optica Univer Campivision, Optica Univer Kolors, Optica Univer Familiar y Optica Univer Cañaveral.

Las visitas de verificación fueron atendidas por la autora del proyecto, en compañía del director de la respectiva zona, teniendo en cuenta que era el personal idóneo para esta gestión.

Los resultados obtenidos fueron satisfactorios, se logró la certificación de estos centros de atención, ya que en la auditoria realizada se observó un total cumplimiento de las condiciones exigidas por el Sistema Único de Habilitación. Los certificados obtenidos en estas visitas se encuentran en el anexo 18 de este documento.

Las sugerencias aportadas por las Secretarias de salud, fueron adoptadas por la institución y se convirtieron en un complemento más de este proceso de mejoramiento.

6.5.2. Resultados. El sistema único de habilitación tiene como objetivo que la instituciones prestadoras de servicios de salud alcancen condiciones mínimas de funcionamiento, que permitan cumplir con las características de calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, y que, como consecuencia de esto, logren altos niveles de satisfacción por parte de los usuarios del servicio de salud.

Al finalizar el proyecto, UNIVER alcanzó el cumplimiento de estas condiciones de habilitación. El enfoque de la autora radicó en la organización interna de la empresa y de sus centros de atención, ya que se convirtió en la única alternativa que permitía lograr los objetivos propuestos.

Por lo anterior, el impacto del proyecto fue evaluado según los resultados obtenidos al interior de la organización; entre los más significativos se encuentran:

- ✚ Como se observa en la tabla 10, al iniciar el desarrollo del proyecto, la organización tenía un cumplimiento de sólo el 28.3% de los estándares exigidos por el Sistema Único de Habilitación, aplicables al servicio de optometría integral. Al finalizar la realización del proyecto, UNIVER cuenta con un cumplimiento del 98.1% del total de los requisitos exigidos por el Ministerio de la Protección Social.

Esta brecha del 1,9% corresponde a que, en la actualidad, UNIVER no cuenta con instrumentos para medir la temperatura de almacenamiento de los medicamentos; esto se debe a que únicamente se maneja como medicamento permitido el CYCLOGYL 1%, con temperatura máxima de almacenamiento de 27°C, lo cual se considera como temperatura ambiente, y es del total cumplimiento en todos los centros de atención.

Los resultados reflejan el cumplimiento de las exigencias del gobierno; sin embargo, la organización comprende que este proyecto contribuye directamente al mejoramiento en la prestación del servicio de optometría integral y que esto se verá reflejado en los niveles de satisfacción de los usuarios que se presentan en los diferentes centros de atención. Por esta razón, la gerencia se encuentra comprometida con el desarrollo de una metodología de auditoría del servicio, la cual permitirá conocer y medir el comportamiento de los niveles de satisfacción de los usuarios e identificar las necesidades y expectativas de los mismos.

Tabla 10. Cuadro comparativo de cumplimiento de condiciones mínimas de habilitación.

Condiciones de Habilidad	Número Estándares	Etapa inicial (Octubre 2006)	Etapa Final (Julio 2007)
Capacidad Técnico Administrativa	2	1	2
Suficiencia Patrimonial y Financiera	2	2	2
Recursos Humanos	7	3	7
Infraestructura e instalaciones físicas	9	4	9
Dotación - Mantenimiento	5	2	5
Medicamentos y Dispositivos Médicos	12	0	11
Procesos Asistenciales	8	1	8
Historia Clínica y Registros Asistenciales	4	2	4
Referencia y contrarreferencia de pacientes	1	0	1
Seguimiento a riesgos	3	0	3
Estándares Cumplidos	53	15	52
Porcentaje de cumplimiento		28,3%	98,1%

El cuadro comparativo de cumplimiento de las condiciones mínimas de habilitación, tabla 10, es el resultado de confrontar la autoevaluación inicial desarrollada en el mes de Octubre del año 2006 (Anexo 11) y la autoevaluación final realizada en el mes de Julio de 2007, la cual se encuentra registrada en el anexo 19 de este documento.

- ✚ Recursos Humanos. En la fase de autoevaluación inicial, al revisar la documentación de las hojas de vida que se encontraban en el archivo central de la sede administrativa principal, se identificó que el 90% de las carpetas se encontraban incompletas. Es importante resaltar que gran parte de la documentación incompleta correspondía a empleados antiguos de la organización, los cuales se encontraban vinculados desde la misma apertura de los centros de atención. Esta situación reflejó que el seguimiento realizado al archivo central de hojas de vida era deficiente, y que este proceso debía mejorar notoriamente.

Como resultado del proyecto, en la actualidad, el 100% de las hojas de vida de los funcionarios activos en la organización se encuentran completas, tanto en el

archivo central de la sede administrativa como en el archivo de cada uno de los centros de atención.

Por otra parte, se mejoró considerablemente el tiempo de respuesta en la recolección de la documentación de un funcionario que ingresa a la institución, ya que el tiempo promedio es de una semana.

- ✚ Infraestructura e instalaciones físicas: como se mencionó en el desarrollo del proyecto, se logró la recuperación del área de los baños de algunos centros de atención, ya que se habían convertido en el lugar de almacenamiento de los productos de aseo y de la mercancía enviada desde bodega central, impidiendo el préstamo del servicio a los usuarios que asistían a la óptica.

Como resultado de la actividad de adecuación de los baños realizada en los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del año 2006, se recuperó un área aproximada de 29 m² para la prestación del servicio a los usuarios. Esta área se encuentra distribuida en 13 centros de atención del país, recuperando en promedio un área de 2,2 m² por óptica.

Otro aspecto que se detectó durante la adecuación de los baños, fue la gran cantidad de mercancía almacenada en los centros de atención, ya que superaba considerablemente la capacidad de exhibición de la sala de ventas. Esta situación se convirtió en la señal de alerta que impulsó el análisis, por parte de la Gerencia Operativa, de los despachos de mercancía de bodega central y el nivel de inventarios de los diferentes centros de atención, generándose políticas de gestión al respecto.

- ✚ Mantenimiento de equipos. Una de las contribuciones más importantes del proyecto fue la definición e implementación del proceso de mantenimiento de equipos, teniendo en cuenta que la empresa cuenta con, aproximadamente,

171 equipos biomédicos distribuidos en los diferentes centros de atención del país, los cuales se ven directamente beneficiados con este programa.

Teniendo en cuenta que el mantenimiento preventivo de los equipos busca eliminar las causas de inconformidades *potenciales* para prevenir su ocurrencia, los eventos de mantenimiento correctivo se ven disminuidos al interior de la organización.

En el segundo semestre del año 2006, UNIVER presentó 20 casos de mantenimiento correctivo a nivel nacional, equivalente al 11,7% de los equipos de la institución; estos casos presentados dificultaron la prestación del servicio a los usuarios, ya que ocurrieron inesperadamente. En el primer semestre del año 2007, ya se habían iniciado los cronogramas de mantenimiento preventivo en la mayor parte de los centros de atención, lo cual disminuyó la presencia de estos eventos a un 7.6% de los equipos.

Debido a que los cronogramas de mantenimiento preventivo se encuentran establecidos con una frecuencia de cada seis meses, se espera que en el segundo semestre del año 2007, al tener dos sesiones en la totalidad de los centros de atención, esta cifra disminuya nuevamente en un 50% de los eventos ocurridos en el periodo anterior.

- ✚ Eventos adversos: como consecuencia de la falta de mantenimiento preventivo de los equipos, en el segundo semestre del año 2006 se presentaron dos eventos adversos en los usuarios y un accidente de trabajo, provocados por el desprendimiento de piezas de los equipos, especialmente del forofter.

Como resultado de un manejo adecuado del mantenimiento de los equipos, es decir, de prevenir estas situaciones, en el transcurso del primer semestre del

año 2007, no se presentaron accidentes de este tipo, disminuyendo la presencia de eventos adversos a un 0%.

- ✚ Bioseguridad: debido a que gran parte de los optómetras no dimensionan el riesgo en el ejercicio de su profesión, el año anterior, se presentaron siete (7) casos de optómetras incapacitados por conjuntivitis (equivalente al 21% de la planta de optómetras a nivel nacional), ocasionadas por la no aplicación de conductas de bioseguridad.

Teniendo en cuenta que el Sistema Único de Habilitación contempla este aspecto, en el mes de Octubre de 2006 se definieron las conductas básicas de bioseguridad al interior de los centros de atención de la institución, las cuales fueron aceptadas e implementadas por el personal, y fue así como en el primer semestre del año 2007, se percibió una disminución de estas situaciones, ya que sólo 3 funcionarios presentaron este tipo de contagio, lo cual corresponde a un 7% de la planta de optómetras de la institución.

- ✚ Procesos Asistenciales e Historia Clínica: una de las situaciones más críticas se presentaba en la ciudad de Bogotá, ya que se había generado un tenso conflicto entre los especialistas de FUNDONAL, empresa que suministra los servicios de oftalmología a Salud Total EPS, cliente principal de la institución, y los optómetras de UNIVER. La discusión y las quejas reportadas por la EPS, se generaban principalmente por la ausencia de parámetros que establecieran los límites en la prestación del servicio de oftalmología y optometría, respectivamente, y la falta de información en los resúmenes de historia clínica generados por UNIVER.

El pasado mes de Junio de 2007, cuando ya se tenía definida la versión inicial de los procedimientos clínicos de optometría y de la historia clínica, se realizó una reunión con el personal de FUNDONAL, en la cual se establecieron los

límites de acción de los profesionales de las instituciones, de acuerdo a la pertinencia de la profesión; adicionalmente, se estableció la necesidad de definir guías para la remisión de pacientes a entidades externas, las cuales fueron aprobadas posteriormente por la EPS.

Por otra parte, en esta reunión se presentaron las modificaciones realizadas a la historia clínica, en cumplimiento de la resolución 1995 de 1999, la cual fue aceptada, ya que suministraba toda la información requerida por la institución de oftalmología, en los procesos de referencia de pacientes de UNIVER.

De esta forma, quedó aclarada esta situación ante la EPS y ante la institución prestadora de servicios de oftalmología. Como resultado, en el pasado mes de Julio, no se presentaron inconformidades de desarrollo de procesos asistenciales ni de información en los procesos de referencia de UNIVER por parte de la EPS ni de la clínica de oftalmología, disminuyendo la presencia de este tipo de quejas a un 0%.

6.5.3. Presentación de resultados. Con la seguridad de haber logrado los objetivos de este proyecto, la autora presentó los resultados obtenidos en esta labor.

Teniendo en cuenta que la importancia de estos procesos es la retroalimentación a las directivas y al personal general de la organización, se realizaron diferentes reuniones en las cuales fue suministrada la información completa y definitiva de esta primera fase de trabajo, lo cual permitió garantizar el cumplimiento de este requisito en todos los centros de atención. Este espacio se desarrolló en la II Convención Nacional de UNIVER realizada en el mes de Julio de 2007, a la cual asistieron las directivas de toda la organización.

7. CONCLUSIONES

- ✚ Lograr una orientación hacia los procesos a nivel organizacional es un cambio cultural. El cambio no es un proceso simple. Requiere una gran cantidad de reflexión, conocimiento de la empresa, un plan bien concebido, un enfoque complejo y un liderazgo constante.
- ✚ Incluir al personal en los procesos de mejoramiento de la organización, es uno de los factores claves del éxito en la transformación organizacional hacia los procesos. Las personas aumentan su grado de compromiso y motivación si se sienten partícipes de las actividades que se realizan.
- ✚ El proceso de autoevaluación es el punto de partida para el mejoramiento continuo de una institución, ya que el resultado de este diagnóstico es un listado de fortalezas y oportunidades de mejoramiento para cada criterio evaluado. Adicionalmente, esta calificación sirve a la organización para evaluar su avance en el futuro.
- ✚ Aunque la calidad en la prestación de los servicios de salud es muy subjetiva y es difícil identificar sus principales características, es muy importante que a través de un proceso de mejoramiento se conozcan y analicen, con el fin de superar las expectativas y necesidades de los usuarios.
- ✚ La formulación de un plan de acción debe responder a las causas y problemas prioritarios detectados, que afectan el logro de los resultados esperados. Para esto, y con el fin de garantizar los objetivos planteados, es necesario identificar claramente las actividades a realizar y el responsable de su ejecución, quién

deberá ejecutar el plan de acción, de acuerdo al tiempo, lugar y metodología definida en su fase inicial.

- ✚ El autocontrol impiden la presencia de errores continuos y mejora la calidad en la prestación del servicio. El autocontrol de los procesos deja de ser una figura ideal siempre que se cuente con una cultura apta para aplicarlo.
- ✚ El programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención de salud PAMEC, es una herramienta fundamental para el desarrollo de la institución, ya que permite mejorar la calidad del servicio de salud prestado, estandarizar la forma de realizar las actividades y garantizar el cumplimiento de las características de calidad y los estándares del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad.
- ✚ A pesar de que la legislación expedida por el Ministerio de la Protección Social, parece, en algunos casos, una serie de exigencias que dificultan la permanencia de las instituciones en el país, es importante reconocer y entender el objetivo que persiguen, de tal forma que la instituciones puedan identificar los beneficios que lograrían al desarrollar los programas liderados por el gobierno nacional. De lo contrario, las instituciones no podrán alcanzar los resultados proyectados, teniendo en cuenta que la motivación para adelantar los procesos no es la adecuada.
- ✚ Es indispensable que la empresa enfoque sus esfuerzos en la continuidad de este tipo de procesos, ya que este trabajo no puede quedarse en el cumplimiento temporal de los requisitos exigidos por el gobierno nacional; sino debe convertirse en el punto de partida para el desarrollo de programas de mejoramiento continuo, que permitan alcanzar excelentes niveles de calidad en la prestación de los servicios de salud, alcanzando la Acreditación de la institución.

- ✚ Con el fin de medir el impacto externo de la implementación del Sistema Único de Habilitación en UNIVER, se sugiere la inmediata realización de auditorías del servicio en los centros de atención a nivel nacional, con el fin de identificar el comportamiento de los niveles de satisfacción de los usuarios con respecto al servicio recibido, así como conocer sus necesidades y expectativas. Esta información es indispensable para evaluar y continuar con el proceso de mejoramiento al interior de la organización.

- ✚ Para el adecuado funcionamiento de la institución, se recomienda una mayor participación de la gerencia y de las directivas, en el proceso relacionado con el mejoramiento de la calidad de la prestación del servicio de salud; se ha evidenciado un descuido del área asistencial, debido a que el direccionamiento de UNIVER tiene un enfoque más comercial, en lo que se refiere a la asesoría y venta de suministros ópticos.

La responsabilidad del mantenimiento de los estándares de calidad no debe seguir a cargo, únicamente, de la dirección administrativa y del personal de los centros de atención, ya que se requiere de un engranaje de toda la organización, de forma tal, que todas las áreas contribuyan a la prestación de servicios de salud de excelente calidad.

EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS

Objetivo Planteado	Logro Alcanzado
<p>Diagnosticar, mediante el proceso inicial de autoevaluación, las situaciones de inconformidad que impiden el cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación.</p>	<p>Realización del proceso de autoevaluación en los diferentes centros de atención. Se verificó el cumplimiento de las condiciones de habilitación mediante la utilización del instrumento de autoevaluación presentado en el anexo 10.</p> <p>Los resultados del proceso de autoevaluación se registran en el anexo 11, consolidados a nivel nacional.</p> <p>La metodología y el desarrollo de este objetivo se describe en el numeral 5.2 y 6.2, respectivamente.</p>
<p>Formular, desarrollar e implementar un plan de acción que permita alcanzar el cumplimiento de los estándares mínimos de habilitación en los diferentes centros de atención de la empresa.</p>	<p>Formulación y ejecución del plan de acción. En el Anexo 12. se registran las actividades y el cronograma del Plan de acción, diseñado y ejecutado, para lograr el cumplimiento de los estándares de habilitación.</p> <p>La metodología y el desarrollo de este objetivo se describe en el numeral 5.3 y 6.3, respectivamente.</p>

Objetivo Planteado	Logro Alcanzado
<p>Diseñar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de cada uno de los centros de atención, como requisito exigido para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Protección Social.</p>	<p>Diseño e implementación del Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en UNIVER, según la ruta crítica establecida en el anexo 16 del documento.</p> <p>La metodología y el desarrollo de este objetivo se describe en el numeral 5.4 y 6.4, respectivamente.</p>
<p>Validar la metodología aplicada en uno de los centros de atención, con el fin de garantizar el mantenimiento de las condiciones mínimas para la prestación del servicio.</p>	<p>Realización de evaluación y ajuste de las condiciones mínimas de habilitación a través de actividades de autocontrol, auditorias internas y auditorias externas, por parte de la Secretaria Distrital de Salud, como se describe en el numeral 6.5.1.</p> <p>Los resultados obtenidos y registrados en el anexo 18 y 19, evidencian el cumplimiento y mantenimiento de las condiciones mínimas de habilitación.</p>

BIBLIOGRAFIA

CHASE AQUILANO JACOBS. Administración de producción y operaciones. Editorial Mc Graw Hill.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Ley 100 de 1993.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 de 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1030 de 2007.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1995 de 1999..

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1043 de 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo técnico N° 1. Resolución 1043 de 2006. Manual Único de Estándares y verificación.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1446 de 2006.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo técnico N° 1. Resolución 1445 de 2006. Manual de Estándares Sistema Unico de Habilitación de Acreditación.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Auditoria para el mejoramiento de la Atención en salud.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Política Nacional de Prestación de servicios de salud. Edición 2005. Noviembre 2005.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA. Fortalecimiento de IPS del Distrito Capital. Guía 1. Para elaborar un manual de calidad.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA. Fortalecimiento de IPS del Distrito Capital. Guía 2. Para realizar el diagnóstico del sistema de garantía de la calidad de instituciones prestadoras de servicios de salud.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA. Fortalecimiento de IPS del Distrito Capital. Guía 3. Para la elaboración del plan de mejoramiento.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA. Fortalecimiento de IPS del Distrito Capital. Guía 4. Para la documentación de procesos críticos.

Fundación Restrepo Barco. Fundación para la Educación Superior. Fundación Corona. Guía para el mejoramiento de una institución de salud. Santafé de Bogotá: Editora Guadalupe Ltda., 1992.

PAGINAS WEB VISITADAS

<http://www.elprisma.com>

<http://www.gestiopolis.com>

<http://www.wikipedia.org>

<http://www.horusgo.com>

<http://www.saludcolombia.com>

<http://www.aiteco.com>

<http://www.saludcapital.gov.co>

<http://www.minproteccionsocial.gov.co>

<http://invima.gov.co>

ANEXOS