



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACION DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.



PRESENTADO POR:

DIEGO AUGUSTO SANCHEZ BAEZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERIAS FISICO MECANICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
ESPECIALIZACION EN ALTA GERENCIA
BUCARAMANGA
2011**



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO

DIEGO AUGUSTO SANCHEZ BAEZ

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialistas en Alta Gerencia**

**Ing. ORLANDO E CONTRERAS PACHECO
Escuela de Estudios Industriales y Empresariales**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERIAS FISICOMECHANICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
ESPECIALIZACION EN ALTA GERENCIA
BUCARAMANGA**

2011



AGRADECIMIENTOS

A Dios por acompañarme todos los días.

Mami, por ser mi mejor amiga, mi aliada mi ejemplo, gracias por el apoyo en este trabajo y en mi vida.

Mónica, a ti por tu infinita paciencia, por tu tierna compañía y tu inagotable apoyo.

John gracias por ser mi sigiloso guardián y compañero eres el mejor hermano.

Nana Detrás de este logro estas tú, por tu apoyo y confianza. Nada podría ser mejor.

Natalia y Mariana hijas lindas mi motivo y razón por un mañana mejor.

Gracias totales.



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	12
1. PRELIMINARES	13
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2. OBJETIVOS DEL PROYECTO	14
1.2.1 Objetivo General	14
1.2.2. Objetivos Específicos:	14
1.3. MARCO TEORICO.....	19
1.4 DESCRIPCION DE LA METODOLOGIA.....	19
1.4.1 FASE 1 LA ESTRATEGIA DE LA ACREDITACION PLANEACION Y PREPARACION PARA LA EVALUACION DE ACREDITACION.....	19
1.4.1.1 EL PAPEL DE LA GERENCIA	21
1.4.1.2 GRUPO DE PLANEACION Y LIDERAZGO	22
1.4.1.3 PLAN DE ACCION	23
1.4.1.4 CARACTERIZACION DE LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACION	24
1.4.1.5 PLAN DE COMUNICACIÓN	24
1.4.1.6 PLAN DE EDUCACION	26
1.4.1.7 APOYO CONTINUO	27
1.4.2 FASE DOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACION	27
1.4.2.1 CLASES DE EQUIPOS DE AUTOEVALUACION	29
1.4.2.1.1 EQUIPOS DE SERVICIO/ ATENCION AL CLIENTE.....	30
1.4.2.1.2 EQUIPOS DE APOYO	30
1.4.2.1.3 EQUIPOS DE LIDERAZGO	31
1.4.2.2 SELECCIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACION.....	31
1.4.2.3 ESTRUCTURA Y COMPOSICION	31
1.4.2.4 APOYO	38
1.4.2.5 FUNCIONAMIENTO	39



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

1.4.2.6 ROLES Y RESPONSABILIDADES	40
1.4.3 FASE TRES AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO.....	41
1.4.3.1 ANALISIS DE LOS ESTANDARES	44
1.4.3.2 ACTIVIDADES CONCOMITANTES QUE DESARROLLAN LOS EQUIPOS ..DURANTE LA AUTOEVALUACION	45
1.4.3.2.1 DISCUSION DE LOS ESTANDARES Y TEXTOS	45
1.4.3.2.2 DOCUMENTACION DEL CUMPLIMIENTO DEL ESTANDAR	46
1.4.3.2.4 FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO	48
1.4.3.2.5 ELEMENTOS DE LA ESCALA DE CALIFICACION	49
1.4.3.3.1 DIMENSIONES A EVALUAR	51
1.4.3.3.2 VARIABLES DE CADA DIMENSION	51
1.4.3.3.3 ENFOQUE	51
1.4.3.3.4 IMPLEMENTACION	51
1.4.3.3.5 RESULTADO	52
1.4.3.3.6 MEJORAMIENTO	52
1.4.4 FASE CUATRO ESCALA DE CALIFICACION	53
1.4.4.1 PRIORIZACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO.....	54
1.4.5 FASE CINCO CALIFICAR Y MEJORAR	67
1.4.5.1 NIVELES DE CALIFICACION	68
1.4.5.2 OBTENCION DEL RESULTADO DE CALIFICACION GLOBAL.....	68
1.4.5.3 OBTENCION DEL CUMPLIMIENTO INDIVIDUAL DEL ESTANDAR.....	69
1.4.5.2 EVALUAR Y MEJORAR EL PROCESO DE LA CALIDAD DE LA ORGANIZACIÓN.....	71
1.4.5.2.1 ESTABLECER UN MEJORAMIENTO.....	71
1.4.5.2.2 LA TAREA DE IDENTIFICAR O DAR PRIORIDAD A LOS PROCESOS.....	72
1.4.5.2.3 EL ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE MONITOREO.....	73
1.4.5.2.4 LLEVAR A CABO LOS MEJORAMIENTOS.....	73
1.4.5.2.5 LOS ESTANDARES DE MEJORAMIENTO.....	74
2.CONCLUSIONES	75
3.RECOMENDACIONES	76



LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Ejemplo Uno (para IPSs) de fortalezas y oportunidades para el mejoramiento de la memoria del trabajo institucional	48
TABLA 2. Ejemplo Dos (para una IPS) de los elementos del trabajo institucional en la escala de cumplimiento.	50
TABLA 3. HOJA RADAR.....	53
TABLA 4. IDENTIFICACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	54
TABLA 5. PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	55
TABLA 6 LISTADO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA PRIORIZADAS	56
TABLA 7 PLANES DE MEJORAMIENTO	62



LISTA DE FIGURAS

Figura 1: CICLO DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO.....	20
Figura 2: MAPA DE PROCESOS.....	29
Figura 3: FORMATO DE CONSOLIDACION AUTOEVALUACION.....	43
Figura 4 : FORMATO DE HOJA DE CALIFICACION	47



RESUMEN

TITULO:

PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.¹

Autor: Diego Augusto Sánchez Báez²

Palabras clave: Autoevaluación, Mejoramiento, EPS, gobierno, POS.

Descripción:

Cualquiera que sea el tamaño y los servicios que presten las organizaciones de salud, estas deben analizar la importancia de desarrollar la acreditación dentro de su plan estratégico, su misión y metas en general. La autoevaluación o primer ciclo ayuda a la organización a cumplir sus objetivos, con un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno. Con la ejecución adecuada, la autoevaluación interna se convierte en un instrumento esencial para conocer las fortalezas, debilidades, desviaciones, aciertos, eficacia, eficiencia, economía legalidad y mejoras de los sistemas de la institución. La duración del proceso de autoevaluación estará en función de la evaluación permanente y el trabajo de mejoramiento realizado por la organización, su tamaño y el nivel de adopción de los estándares definidos.

Pero esto no es suficiente para que un sistema de calidad sea exitoso; de hecho no todos los sistemas de calidad en las instituciones lo son, aquellos que desarrollan los principios del mejoramiento continuo de la gestión centrada en el usuario, los que buscan obtener la mejora de la calidad a través de un procesos sistemático, empleando las metodologías requeridas de acuerdo al problema de calidad que enfrentan y que pueden demostrar la obtención del impacto en la región.

¹ Monografía.

² Facultad de Ingenierías Físico mecánicas; Escuela de Estudios Industriales y Empresariales; Especialización en Alta Gerencia, Director: Orlando E. Contreras Pacheco.

ABSTRAC

TITLE:

PREPARATION PROPOSAL FOR THE SELF-ASSESMENT CYCLES APPLICATION AND IMPROVEMENT FOR AN IPS MODEL.³

Author: Diego Augusto Sanchez Baez⁴

Key Words: Self- Assessment, Improvement, POS, EPS, Organizazion.

Description:

No matter the size and the services that the health organizations provide, those must analyze the importance of developing the accreditation inside their strategic plan, their mission and goals in general. The self-assessment or first cycle helps the organization to reach its goals, with a systematic and disciplined approach for the evaluation and improvement of the efficiency of the risk management process, control and government. With the adequately execution, the internal self-assessment becomes an essential instrument for finding the fortress, weaknesses, deviation, right decisions, effectiveness, efficiency, economy, legality and improvement of the institution systems. The duration of the self-assessment process will be submit to the permanent evaluation and the improvement job realized by the organization. Its size and the level of adoption of the defined standards.

But this is not enough for a quality sistem to be succesfull, as a matter of fact not all the quality systems in the institutions are, those that develope the continous improvement statements of the management focus on the user, those who search to obtain the improvement of quality through a systematic process, employing the required metodology acording to the quality problem they are facing and that can show impact improvement in the region in Colombian.

³ Monograhly.

⁴ Faculty of Mechanical Engineering Physics, School of Industrial and Business Studies, Espezialitacion in Gerency Hight, Director: Orlando E. Contreras Pacheco.



INTRODUCCIÓN

Cualquiera que sea el tamaño y los servicios que presten las instituciones prestadoras de salud, estas deben analizar la importancia de desarrollar la autoevaluación dentro de su plan estratégico, su misión y metas en general. En el presente trabajo se analiza una propuesta de modelo y su estructura para llevar a cabo el desarrollo de los ciclos de autoevaluación y mejoramiento para una IPS modelo. El punto de partida de esta decisión que como una actividad independiente, continua y objetiva está concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una IPS modelo. Dicha autoevaluación permite que la alta Gerencia de forme un juicio objetivo de su desempeño y compromiso con el proceso de mejoramiento continuo de la calidad, en el contexto del sistema obligatorio de Garantía de Calidad.

La autoevaluación ayuda a la IPS a cumplir sus objetivos, con un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficiencia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno. Con la ejecución adecuada la autoevaluación interna se convierte en un instrumento esencial para conocer las fortalezas, debilidades y mejoras de los sistemas de la institución. También puede estimular la decisión de obtener la Acreditación como mecanismo para evidenciar dicho mejoramiento ante los clientes externos

Este paso constituye en sí mismo el aporte fundamental de la acreditación pues motiva una transformación cultural en la cual la organización evalúa en forma permanente sus procesos y el resultado clínico, advierte los riesgos y los y trabaja en equipo para mejorar continuamente.



1. PRELIMINARES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención en salud de los colombianos debe concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurren el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores productivos del país, además que como parte del proceso de cuidado de la salud comprende el conjunto de actividades que realizan los organismos de control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios, las EAPB y las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de la salud y los grupos de practica profesional que cuentan con infraestructura, todo lo anterior con el propósito común de garantizar la calidad de la atención en salud.

En la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población para lograr ese objetivo se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución y mejoramiento de los procesos de atención.

Los sistemas de atención en salud han alcanzado un importante desarrollo y son complejos. Aun acciones de atención en salud aparentemente simples se desarrollan mediante la operativización de secuencias de procesos múltiples y en los cuales intervienen muchos profesionales y trabajadores de la salud, durante los cuales pueden presentarse fallas en la calidad impactando en la seguridad del paciente.

Es necesario ser consiente entonces de que los sistemas de atención en salud son sistemas de alto riesgo y que por lo tanto deben analizarse permanentemente tanto de manera retrospectiva cuales han sido los errores que se han cometido y han culminado en un daño al paciente, como de manera proactiva cuales son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras de seguridad.



La seguridad del paciente debe involucrar acciones hacia el paciente y la familia en los temas de información cuando ocurre un evento adverso y de apoyo durante el despliegue de las acciones requeridas para remediar o mitigar las consecuencias.

El mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas claves para proteger la seguridad del paciente: Elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis casual y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes.

1.2. OBJETIVOS DEL PROYECTO

1.2.1 Objetivo General: Evaluar la calidad ofertada por la IPS modelo, mediante la autoevaluación frente a los estándares del sistema único de acreditación en salud, destinados a demostrar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad.

1.2.2. Objetivos Específicos:

- Documentar el desempeño como elemento de comprobación acerca de si la atención observada efectivamente ha alcanzado los niveles de desempeño esperados.
- Conceptualizar cada uno de los estándares y comparar contra ellos el desempeño organizacional de una IPS modelo.
- Evidenciar después de un claro diagnostico los aspectos críticos hacia los cuales una IPS modelo debe priorizar sus acciones de mejoramiento.
- Formular la metodología para conocer las fortalezas, debilidades, desviaciones, aciertos, eficacia, eficiencia, economía, legalidad y mejoras de los procesos de una IPS modelo.



1.3 MARCO TEORICO

El sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud en Colombia, está orientado a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van mas allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisitos para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Es la oportunidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios e relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

Componentes del SOGCS. Tiene como componentes los siguientes:

El Sistema Único de Habilitación.

La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.



El Sistema Único de Acreditación.

El sistema de Información para la Calidad.

El Ministerio de la Protección Social ajustara periódicamente y de manera progresiva, los estándares que hacen parte de los diferentes componentes resultados de las evaluaciones adelantadas por las Entidades Departamentales, Distritales de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Sistema Único de Acreditación

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, las Entidades Promotoras de Planes de Beneficios (EAPB).

El primer paso para que la organización pueda desarrollar un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud consiste en establecer que es lo que puede mejorarse, para ello debe realizar una autoevaluación interna es decir , un diagnostico básico general de la institución, que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan vigorosamente al usuario.

Apoyar el desarrollo de los ciclos que retroalimentan el aprendizaje organizacional, en esa función de la institución de autorregulación y auto organización, una vez se han logrado los resultados esperados y es requerido estandarizar los procesos prioritarios.

Se busca facilitar y generalizar herramientas de

Capacitación, entrenamiento y despliegue de la calidad en equipo, para obtener un entendimiento compartido.

Generar aprendizaje organizacional significa entrenar y capacitar personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realice seguimiento



permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada. En este sentido la ruta establecida por la auditoria para el mejoramiento de la atención en salud ha surtido claramente las etapas previas a la estandarización.

El sistema Único de Acreditación en salud está compuesto por los ciclos de autoevaluación-mejoramiento y la ruta critica de Acreditación.

La Acreditación es una estrategia de mejoramiento y no debe confundirse con la consecución del certificado de acreditación, el cual solo es la forma a través de la cual se operacionaliza el incentivo de prestigio. En consecuencia, los estándares de acreditación son aplicables a cualquier institución independientemente de su estado de desarrollo. Por esa razón se habla de dos ciclos operacionales durante la ejecución de las acciones que una IPS modelo debe desplegar en desarrollo de la estrategia de mejoramiento de la acreditación.



CICLO DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO.

Para iniciarlo solamente se requiere que una IPS modelo haya tomado la decisión firme sincera de mejorar, esto implica por ende analizar y estudiar cada uno de los estándares y comparar contra ellos el desempeño organizacional, evaluando tanto en su enfoque como en su implementación y resultado. Este ejercicio le ofrece a una IPS modelo un claro diagnostico de los aspectos críticos hacia los cuales debe priorizar sus acciones de mejoramiento, las cuales deben ser desplegadas en la organización.



1.4. DESCRIPCION DE LA METODOLIGIA

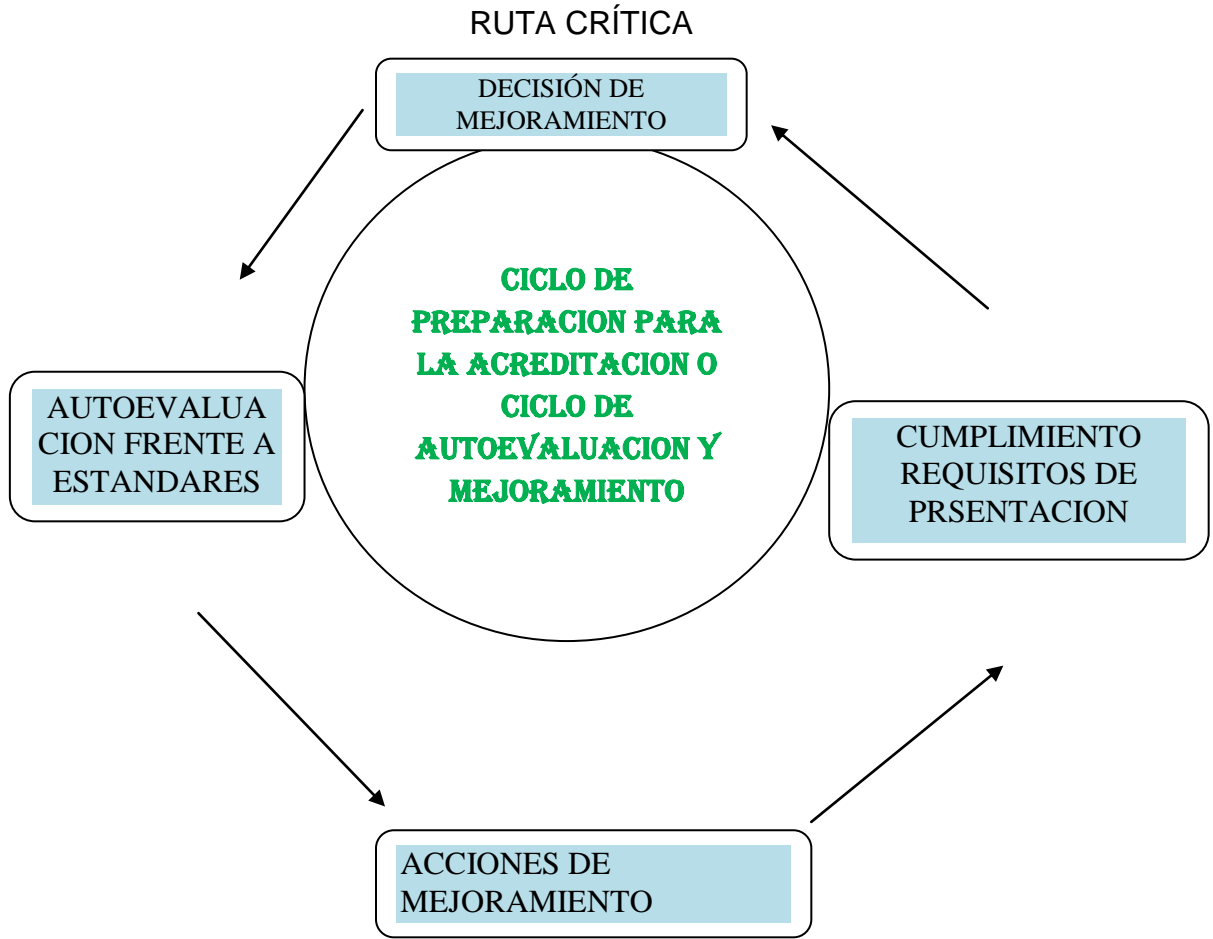
1.4.1 FASE 1 LA ESTRATEGIA DE LA ACREDITACIÓN. PLANEACION Y PREPARACION PARA LA EVALUACION DE ACREDITACION.

El Sistema Único de Acreditación es una estrategia y una metodología de mejoramiento continuo de la calidad específica para las instituciones de salud, de larga trayectoria y desarrollo conceptual y metodológico a nivel mundial y de probada efectividad. En nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, establecido mediante el Decreto 2309 de 2002, la acreditación en salud está planteada como uno de los componentes a través de los cuales se debe obtener el objetivo del mejoramiento continuo de la calidad y consecuentemente, para que una entidad pueda aplicar ante el ente acreditador para optar al otorgamiento del título de “acreditado en salud”, debe estar previamente habilitada, verificado su cumplimiento por el ente correspondiente* y no estar sujeta a ninguna sanción en el último año como mínimo, en todo caso debe siempre informar sobre cualquier información en su contra al momento de presentarse, para el que el organismo acreditador haga los análisis y tome las decisiones correspondientes.

El Sistema Único de Acreditación está completamente articulado con los demás componentes del SOGC de la Atención en Salud: en tanto que la habilitación esta planteada para proteger al paciente de la prestación de servicios en las cuales los riesgos sean potencialmente inaceptables desde el punto de vista del sistema, la acreditación direcciona hacia la excelencia en el desempeño y la auditoría sirve de elemento de comprobación acerca de si la atención observada efectivamente ha alcanzado tales niveles, así como se constituye en un mecanismo de aseguramiento de las mejoras conseguidas. Finalmente el sistema de información articula los diferentes componentes y es el mecanismo a través del cual se materializará el incentivo de prestigio



FIGURA 1. CICLO DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO





1.4.1.1 EL PAPEL DE LA GERENCIA

La acreditación es más que la presentación ante un ente externo para la obtención de un título que mejore su imagen externa, ese es solamente el incentivo de prestigio, la acreditación es una estrategia y una metodología para que la organización armonice sus procesos y oriente la utilización de sus recursos de acuerdo a lo aprendido de los mejores y más exitosos modelos de desempeño en salud. La acreditación es una metodología beneficiosa para las organizaciones que se involucran en ella, pero antes de embarcarse en la acreditación, una organización, sin importar qué tan grande o pequeña sea, qué clase de servicios de salud preste, debe decidir cómo se ajusta la acreditación con sus metas generales, su misión y su plan estratégico. Para hacer esto, los líderes de las organizaciones necesitan contestar las siguientes preguntas:

- ¿Es el proceso de acreditación solamente una herramienta para evaluar su organización en este preciso momento?
- ¿Es la evaluación un hecho puntual cada tres años o hace parte permanente del proceso de mejoramiento de la calidad de su organización?
- ¿En una organización recientemente reestructurada, será utilizada la acreditación para reunir al personal alrededor de un propósito común?
- ¿Qué equipos se establecerán Se seguirán reuniendo estos equipos después de la evaluación de acreditación?
- ¿Qué significa para la organización y para cada individuo el término “centrado en el cliente?”
- ¿Tiene claro la organización cuanto le puede costar el proceso de acreditación (es más que el valor de aplicación ante la entidad acreditadora: implica el tiempo de dedicación de los equipos de autoevaluación y el costo de los planes de mejora) y también cual es el retorno que obtendrá la organización de esta inversión?



Después de responder a estas preguntas, la organización puede establecer las metas y objetivos para la evaluación. Surgirá, además, un entendimiento de por qué la organización se empeña en entrar en este ejercicio. Una vez hecho esto, puede determinar el tiempo y los recursos que le dedicará al proceso de acreditación antes y después de la evaluación, para así enviar un mensaje claro a todo el personal a fin de solicitar su compromiso y colaboración en el proceso.

1.4.1.2 GRUPO DE PLANEACIÓN Y LIDERAZGO DE LA ACREDITACIÓN

Después de las discusiones por parte de los líderes deben tomarse decisiones sobre la planeación para la acreditación. Debe haber un líder organizacional que debe tener muy claramente definido el rol que representará y el respaldo de la dirección. Generalmente, todas las organizaciones que pasan por la acreditación tienen una persona (para instituciones pequeñas) o un equipo (para instituciones grandes) responsable de esta labor. Si se va a establecer un equipo o grupo de planeación, las siguientes preguntas deben ser contestadas

- ¿Cuántos y quiénes conformarán el grupo de planeación (Directivos de área, gerentes, representantes de servicios)?
- ¿Cuáles serán los roles y las responsabilidades del grupo de planeación – coordinación de la logística del proceso de evaluación, actividades diarias, establecimiento de direcciones globales, negociación con el equipo de evaluación?
- ¿Cuáles serán las metas y objetivos del grupo de planeación?
- ¿A quién reportará el grupo de planeación?

La organización debe discutir el papel del grupo de planeación versus el de los diferentes equipos de trabajo decidiendo quién será el responsable de:

- Establecer las metas y objetivos de los equipos.
- Programar las reuniones.
- Establecer los eventos importantes para los equipos.



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

- Determinar la conformación de los equipos: ¿se utilizarán equipos existentes o se necesita establecer nuevos equipos?
- Observar el funcionamiento de los equipos.
- Definir la forma de aproximación y la estrategia para realizar la autoevaluación.

- Completar la guía de perfil y planeación.
- Responder a las recomendaciones de evaluaciones pasadas.
- Escoger y preparar clientes para entrevistas.
- Seleccionar los equipos para la evaluación.
- Asegurarse de que existe comunicación entre el grupo de planeación y los diferentes equipos.

Se necesita un claro entendimiento de dónde recaen estas responsabilidades. En algunas organizaciones el grupo de planeación tiene control sobre todas estas responsabilidades, mientras que en otras, algunas o todas son delegadas a los equipos. Las actividades que resultan de las responsabilidades son repartidas en el proceso de preparación.

1.4.1.3 PLAN DE ACCIÓN

Una vez las responsabilidades de los miembros, los objetivos y las estrategias del grupo de planeación y liderazgo están claras, se puede elaborar un plan de acción. Los siguientes son posibles pasos en un plan de acción. Tenga en cuenta que algunas organizaciones necesitarán seguir sólo unos cuantos pasos, mientras que otras necesitarán seguirlos todos e incluso desarrollar unos nuevos.

- *Establecimiento de los equipos de trabajo.*
- *Planeación de los objetivos y actividades de los equipos.*
- *Decisión del tiempo de duración del periodo de autoevaluación.*
- *Desarrollo de un plan de comunicación.*
- *Desarrollo de un plan educativo.*



- Establecimiento de la fecha en la cual debe enviarse el material a la entidad de acreditación, si la institución ya ha tomado la decisión de aplicar ante ICONTEC, o en caso contrario, establecimiento de una meta para la cual la institución considere que ya ha terminado el ciclo de preparación para la aplicación ante el ente acreditador y procederá a aplicar
- Propuesta de un horario de evaluación.
- Negociación con el equipo de evaluación.
- Llevar a cabo una celebración después de la evaluación.
- Elaboración de planes posteriores a la evaluación para los equipos de trabajo.

1.4.1.4 CARACTERIZACIÓN DE LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

Es necesario que la gerencia y el grupo de planeación de la organización contesten algunas preguntas:

- ¿Quién decide qué equipos se establecerán y cuántos habrá?
- ¿Cuál será el impacto de esta nueva estructura en la organización?
- ¿Qué criterios se utilizarán para establecer los equipos?
- ¿Quién decide sobre el tiempo de duración de los equipos?
- ¿Continuarán los equipos con sus actividades después de la evaluación?

A pesar de que la gerencia desempeña el papel principal en estos aspectos, toda la organización necesita respuestas y guías claras que aseguren que todo el mundo está progresando en el mismo marco y hacia las mismas metas

1.4.1.5 PLAN DE COMUNICACIÓN

La organización debe tener un plan de comunicación en marcha. Es crítico para el éxito de una evaluación centrada en el cliente, que todos los involucrados e interesados en el



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

proceso estén informados. El plan de comunicación debe generar una estrategia para la comunicación entre tres equipos principales y la organización en su conjunto:

- Personal y médicos, tanto aquellos que están participando directamente en la evaluación como los que se encuentren indirectamente involucrados.
- Pacientes y familia.
- La entidad de acreditación y los evaluadores.

El plan de comunicación debe utilizar herramientas actualmente disponibles para comunicarse con el personal, como carteleras internas, publicaciones, correos electrónicos, y así mismo debe permitir la creación de nuevas herramientas. En organizaciones más grandes puede producirse un vídeo con la participación del grupo de planeación y algunos de los otros grupos. Para organizaciones pequeñas es posible llevar a cabo reuniones de almuerzo donde una parte considerable del personal pueda discutir estrategias de funcionamiento de grupo y de autoevaluación. Se puede poner una cartelera gigante con un conteo regresivo de la fecha de evaluación. Cuando haya información disponible por parte de los evaluadores también se puede publicar. Los equipos que hayan terminado su autoevaluación pueden ser invitados a indicarlo en la cartelera. Esto motivará e impulsará a los demás equipos a hacer lo mismo.

Para mantener a los miembros de la junta directiva al tanto de la evaluación, pueden programarse en sus agendas reuniones de actualización del proceso de preparación para la evaluación. En comunidades más pequeñas, y en especial si la organización cuenta con un respaldo específico de la comunidad pueden publicar una sección acerca de la evaluación y su importancia en la calidad de servicio que se brinda a la comunidad.

El plan de comunicación debe asegurar que todas las personas estén al tanto de la evaluación, así como del papel que se espera que desempeñen en ésta y de la importancia de la acreditación para la organización.



1.4.1.6 PLAN DE EDUCACIÓN

También hay necesidad de establecer un plan educativo. Las organizaciones tendrán muchas preguntas sobre el proceso de acreditación centrado en el cliente. Muchos empleados no se sentirán cómodos trabajando en equipos, además, el mejoramiento de la calidad puede ser una novedad para la organización.

Para responder a estos cuestionamientos, sería benéfico facilitar educación para todos o algunos de los siguientes: personal, médicos, equipos de trabajo, junta directiva, individuos, gerencias y comunidad/clientes.

Dependiendo de la clase de educación que la organización necesite, puede ser posible educar a todos estos grupos al mismo tiempo o una organización puede enfocarse en sesiones educativas específicas para grupos específicos. Si los miembros de un equipo de atención no se han reunido antes como un equipo, podrían necesitar educación acerca de cómo funcionar como un equipo y sobre el papel de facilitador, controlador de tiempo, secretario, etc.

El plan puede ser desarrollado por el coordinador educativo de la organización, si existe esta posición o puede ser manejado por el grupo de planeación de acreditación. Una persona por equipo, puede ser entrenada en trabajo de equipos y convertirse en la persona que soluciona los problemas internos durante el trabajo en grupo.

La idea es asegurar que todos estén completamente listos para participar en la experiencia de acreditación.

La formación básica deberá incluir, conceptos claros sobre el sistema obligatorio de garantía de calidad, las normas básicas y los requisitos que deben cumplirse en primera instancia, así como de todos aspectos de la acreditación que hacen de esta una herramienta específica para el sector salud. Si las instituciones han avanzado en otros procesos de mejoramiento de la calidad o se encuentran desarrollando procesos de certificación de acuerdo con las normas ISO es deseable establecer los parámetros de comparación, las diferencias y en especial la convergencia de este tipo de programas de tal forma que la organización misma clarifique sus metas en cada sistema.



1.4.1.7APOYO CONTINUO

La gerencia y el grupo de planeación y liderazgo deben dar apoyo continuo a los equipos y a todas las demás personas involucradas en el proceso. El grupo de planeación debe tener una idea clara de cómo manejar las peticiones de recursos y apoyo.

¿Serán estas peticiones manejadas internamente, o podrá la organización recurrir a fuentes y organizaciones especializadas externas para buscar información y apoyo?

¿Serán los miembros del grupo de planeación capaces de responder a las preguntas acerca de los estándares y del proceso de evaluación, o cada equipo será instruido para llamar a la entidad de acreditación?

Aquí es importante que la organización tenga claro acerca de las competencias de la entidad acreditadora en nuestro modelo colombiano: ICONTEC responderá dudas de la organización en los aspectos referentes a precisión acerca de los procesos operacionales a través de los cuales se desarrollará la aplicación y evaluación externa, puesto que en su carácter de ente acreditador tiene absolutamente prohibido desarrollar cualquier actividad que pueda ser interpretado como asesoría a la institución, lo anterior, con miras a garantizar la transparencia y igualdad en el proceso para todas las organizaciones.

El grupo de planeación puede desempeñar un papel particular al apoyar y motivar a los equipos que terminan su autoevaluación. El que ellos estén motivados es esencial si la organización desea continuar con una aproximación al mejoramiento de la calidad y a la evaluación

1.4.2 FASE 2. EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

Debido a que el concepto de equipo de mejoramiento y la forma como éstos trabajan, pueden ser nuevos para algunas organizaciones, este capítulo trata las clases de



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

equipos que pueden encontrarse en las organizaciones y su estructura, apoyo, funcionamiento, roles, responsabilidades y conexiones a la organización como un todo. Un aspecto clave del mejoramiento es la conformación de equipos y el trabajo en equipo. La aproximación a la acreditación centrada en el cliente enfatiza la importancia de hacer que todos los niveles del personal, profesionales y técnicos, trabajen en equipo para completar la parte de autoevaluación previa a la evaluación de acreditación. Los responsables de áreas son quienes entienden el proceso en detalle. ¿Quién mejor que ellos para evaluar su propio nivel de cumplimiento con los estándares? El equipo puede utilizar la autoevaluación como un instrumento para que los clientes den sugerencias y críticas y para que los involucrados analicen los procesos relevantes.



FIGURA 2 MAPA DE PROCESOS AUTOEVALUACION



1.4.2.1 CLASES DE EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

A pesar de que puede haber diferentes clases de equipos en una organización, para los propósitos de acreditación, es recomendable que los siguientes grupos preparen una autoevaluación: equipos de servicio /atención al paciente, equipos de apoyo, y equipos de liderazgo. Estos equipos pueden estar ya constituidos, las organizaciones deben mirar críticamente las estructuras existentes de sus comités y equipos. Algunas unidades funcionales pueden ya tener un grupo de personas responsables por las



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

operaciones del día a día o responsables de establecer y revisar el proceso de la atención. Estos grupos pueden ser expandidos para incluir a otros proveedores de la atención y servicios y así convertirse en el equipo que hace la autoevaluación y se reúne con los evaluadores.

Cualquiera de estos equipos puede a su vez, establecer equipos de mejoramiento de la calidad para procesos críticos particulares. Estos son grupos seleccionados para tratar oportunidades específicas de mejoramiento y para hacer cambios basados en los resultados del análisis de temas específicos. Estos equipos de mejoramiento de la calidad deben ser apoyados por la gerencia para que permanentemente realicen esta tarea.

El tamaño de la organización tendrá un efecto en los equipos. En organizaciones pequeñas sólo podrán conformarse unos pocos grupos. No todos los responsables de área deben ser parte de los equipos. En organizaciones más grandes puede crearse un gran número de equipos para hacer las autoevaluaciones.

1.4.2.1.1 Equipos de servicio/atención al cliente

Los equipos de servicio/atención al cliente pueden existir actualmente en la organización o pueden conformarse sólo para la evaluación. Cada uno sirve a un grupo particular de clientes y completa la autoevaluación con los estándares de atención o servicio elaborados para esta clase de equipos.

1.4.2.1.2 Equipos de apoyo

Los equipos de apoyo se enfocan en el manejo de los recursos humanos, de información y del ambiente físico pueden reunirse por primera vez para examinar los estándares pertinentes.



1.4.2.1.3 Equipos de liderazgo

Estos equipos son los responsables de establecer e implementar las acciones estratégicas. Usualmente incluyen miembros de la junta y personal de alta y media gerencia.

1.4.2.2 SELECCIÓN DE LOS INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

Todos los equipos anteriormente nombrados deben completar una autoevaluación., para la selección de quienes participarán en los grupos, se debe tomar en consideración las actividades de alto volumen, de alto riesgo y la mezcla de servicios suministrados, así como el grado de compromiso de los individuos, y en el caso en que existieren equipos ya conformados, la relación entre estos *versus* los recientemente conformados.

1.4.2.3 ESTRUCTURA Y COMPOSICIÓN

Cuando se están conformando los equipos es útil considerar algunas de las siguientes preguntas:

- _ ¿Los que componen el equipo podrán evaluar cada aspecto de los estándares?
- _ ¿Qué disciplinas, profesiones o departamentos deben estar representados en los equipos? Algunas experiencias nacionales de desarrollo de equipos de mejoramiento recomiendan tres tipos de participantes: dueños de los procesos a analizar, clientes de los procesos y proveedores de los procesos.
- _ ¿Qué clase de compromiso con el cliente se desea: necesidades por parte de los clientes o de miembros de otros departamentos, servicios, programas?
- _ ¿Cuál es el papel que cumple el equipo y cómo afecta este papel en su estructura, su marco y su composición?



--¿Qué combinación de directores de área será la más efectiva? Como miembro de un equipo es importante recordar que cada uno lleva puesto el sombrero del equipo (no el de una disciplina específica) y está contribuyendo con su conocimiento.

_ ¿Qué tan grande debe ser el equipo? Por lo general, se sugiere un promedio de siete personas y en todo caso un máximo no superior a 10 miembros según las características de la organización, pues grupos de mejoramiento muy numerosos no se han mostrado muy eficientes por regla general. Las organizaciones más pequeñas pueden tener equipos más pequeños. Los equipos también pueden ser subdivididos para examinar áreas específicas de evaluación. Se puede pedir a diferentes personas que hagan parte del equipo por cortos períodos de tiempo para que compartan su experiencia en un área particular.

- **EQUIPO DE PLANEACIÓN Y LIDERAZGO Y ROLES:** El equipo para la planeación y liderazgo de la Acreditación en la IPS XXX lo constituye los profesionales de la Oficina de calidad planeación, liderado por el Jefe de dicha oficina así:
 - Jefe de la Oficina de Calidad, quien liderará el equipo de planeación definiendo y coordinando técnicamente la metodología de autoevaluación con estándares del Sistema Único de Acreditación, la implementación de planes de mejoramiento continuo de acuerdo con la Ruta de preparación establecida en la Resolución 3960 de 2008
 - Profesionales de la Oficina de Calidad quienes actúan como aseguradores de la Calidad en la IPS y acompañarán a los equipos de autoevaluación por grupos de estándares facilitando la comparación entre la calidad esperada (Estándares de Acreditación) y la calidad observada

El objetivo de éste equipo de planeación y liderazgo es garantizar la medición sistemática con estándares de Acreditación mediante el acompañamiento técnico a los líderes de los grupos de estándares en el establecimiento de la brecha entre la calidad esperada y la observada, asesorar la calificación del estándar



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

contemplando el desarrollo en el enfoque, implementación y resultado, el levantamiento de los planes de mejoramiento continuo, su seguimiento y cierre de ciclos que permitan pasar a la fase crítica de la Acreditación que supone la solicitud de evaluación externa en Acreditación, después de determinar que tras las autoevaluaciones sistemáticas y periódicas con los estándares de Acreditación la IPS se encuentra preparado para la postulación

El equipo de planeación y liderazgo de la Acreditación reportará los resultados obtenidos a la Gerencia de la IPS mediante el Jefe de la Oficina líder del proceso. La socialización se realizará a través de los Comités establecidos para tal fin

Conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares de el sistema único de acreditación

Las siguientes son las reglas básicas para la conformación de los equipos de autoevaluación:

- Contar con la presencia de Colaboradores con poder de tomar decisiones o con la competencia jerárquica para liderar el equipo de autoevaluación correspondiente
- Integración del equipo por Colaboradores líderes del proceso evaluado y por Colaboradores operativos del proceso en evaluación tanto misionales como de apoyo
- Capacidad de cada integrante de contribuir con sugerencias y críticas para alcanzar las metas y objetivos
- Acompañamiento de cada equipo autoevaluador por un profesional de la oficina líder del proceso de Acreditación
- Colaboradores comprometidos y motivados por la calidad



La conformación de los equipos de autoevaluación es la siguiente:

CARGO / ACTIVIDAD

ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO

- Gerencia
- Subgerencia Científica
- Subgerencia Administrativa
- Subgerencia Financiera
- Jefe de Planeación, Secretario
- Jefe de Calidad
- Líder de Atención al Usuario
- Integrantes de Junta Directiva
- Otros

ESTÁNDARES DE GERENCIA

- Gerencia, líder del equipo
- Subgerencia Científica
- Subgerencia Administrativa
- Subgerencia Financiera
- Jefe de Planeación, Secretario
- Jefe de Calidad
- Líder de Atención al Usuario
- Integrantes de Junta Directiva
- Otros



IPS INTEGRADAS EN RED

- Jefe de Planeación
- Jefes de Sedes Asistenciales
- Jefes de Hospitalización y Urgencias
- Líder de Atención al Usuario
- Profesional asistencial Ambulatorio
- Profesional asistencial Urgencias y Hospitalización
- Profesional del equipo líder de Acreditación
- Profesional de la oficina de Sistemas e información
- Profesional de Recursos Físicos

ESTÁNDARES DE HOSPITALIZACIÓN

- Subgerencia Científica
- Jefe de Hospitalización, secretario
- Jefe de Urgencias
- Médico de Urgencias y Hospitalización
- Enfermera del Servicio de Urgencias / Enfermera del servicio de Hospitalización
- Jefe de Promoción y Prevención
- Jefe de Salas de Cirugía
- Líder de Atención al Usuario
- Jefe de Farmacia
- Profesional del equipo líder de Acreditación

ESTÁNDARES CLIENTE ASISTENCIAL AMBULATORIO

- Subgerencia Científica
- Jefe Consulta Externa, secretario
- Líder de Promoción y Prevención
- Enfermera Jefe de Consulta Externa



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

- Profesional representante de las sedes periféricas
- Médico de servicios ambulatorios
- Jefe del Sistema de Referencia y Contrareferencia
- Líder de Atención al Usuario
- Jefe de Farmacia
- Profesional del equipo líder de Acreditación

ESTÁNDARES DE LABORATORIO CLÍNICO

- Subgerencia Científica
- Jefe del Laboratorio Clínico
- Bacteriólogo/a, secretaria
- Jefes Unidades especiales
- Enfermera Jefe
- Auxiliar de Laboratorio
- Líder de Atención al Usuario
- Profesional del equipo líder de Acreditación

ESTÁNDARES DE IMAGENOLOGIA

- Jefe de Imagenología, líder
- Jefes de unidades especiales, secretario
- Tecnólogo
- Líder de Atención al Usuario
- Enfermera Jefe
- Profesional del equipo líder de Acreditación



ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

- Subgerencia Administrativa y/o financiera
- Jefe de Recursos Físicos, líder
- Jefe Salud Ocupacional
- Representante del comité de infecciones
- Ingeniero Biomédico o quien haga sus veces, secretario
- Jefe Servicios Generales
- Jefe de Ingeniería y Mantenimiento
- Profesional Misional
- Profesional del equipo líder de Acreditación

ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL RECURSO HUMANO

- Subgerencia Administrativa y/o financiera
- Jefe de Recursos Humanos, líder
- Profesional de Recursos Humanos para procesos de selección, inducción y evaluación, secretario
- Profesional de Recursos Humanos para procesos de capacitación
- Jefe de Salud Ocupacional
- Jefe de Enfermería
- Profesional del equipo líder de Acreditación

ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

- Subgerencia Científica
- Subgerencia Administrativa y/o Financiera
- Jefe de Planeación, líder
- Jefe de Sistemas, secretario
- Jefe de Control Interno
- Profesional representante de las sedes periféricas
- Profesional Misional



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

- Jefe de Archivo de Historias clínicas
- Líder de Atención al Usuario
- Profesional del equipo líder de Acreditación

ESTANDARES DE TECNOLOGÍA

- Jefe de Planeación, líder
- Jefe de Sistemas
- Ingeniero Biomédico o quien haga sus veces, secretario
- Jefe Salas de Cirugía
- Jefe Mantenimiento
- Profesional representante de las sedes periféricas
- Líder de Atención al Usuario
- Profesional del equipo líder de Acreditación

1,4,2,4 Apoyo

Para que los grupos funcionen eficientemente, el apoyo es muy necesario. El grupo de planeación es el responsable de asegurarse que los grupos reciban todo el apoyo que necesitan para trabajar efectiva y eficientemente. Se deben considerar los siguientes puntos:

Necesidades educativas del equipo de autoevaluación. Evaluar las necesidades de cada grupo.

Monitoreo de funcionamiento de los equipos; se debe ofrecer apoyo a aquellos que están desactualizados.

Aprendizaje de los demás equipos que hay en la organización, de sus fortalezas, debilidades, y de lo que funciona bien como un proceso.

Contacto con otras organizaciones similares para aprender de sus experiencias y encontrar los aspectos valiosos durante y después de su proceso de acreditación.



1.4.2.5 Funcionamiento

Para que los equipos funcionen eficientemente deben seguirse algunas reglas básicas: Se deben organizar aspectos logísticos como lugar de reuniones, frecuencia, agendas y tiempos en los que estas se deben llevar a cabo.

También se debe tener en cuenta el manejo del tiempo para la conducción de las reuniones y el cumplimiento de los objetivos de equipo.

Debe haber discusiones sobre los objetivos de la organización para la autoevaluación y el papel de los equipos en el cumplimiento de éstos.

Los equipos deben acordar un proceso para tomar decisiones del grupo.

Se deben encontrar métodos para mantener el ánimo y el entusiasmo de los equipos.

Los equipos crecen y evolucionan para responder a las necesidades cambiantes de los clientes. Este crecimiento puede implicar que los equipos deben cambiar.

Los equipos deben hacer una pausa y evaluar si están en el camino correcto hacia sus objetivos y metas.

Los equipos deben demostrar cómo su trabajo está ligado a otras actividades diarias.

Un proceso para evaluar las necesidades funcionales de los equipos debe ser desarrollado e implementado, por ejemplo, cada seis meses.

Debe haber un mecanismo para el levantamiento de actas Algunas experiencias de autoevaluación con frecuencia sugieren: un líder por equipo y un secretario. Hay otras reglas importantes: todos deben participar. Cuando alguien falta no se hace la reunión.

Se definen tareas (por ejemplo “la próxima reunión revisaremos los estándares de 1 al 4”) etc. Son reglas básicas de trabajo en equipo.

1.4.2.6 Roles y Responsabilidades

Los roles y responsabilidades de los equipos deben estar claramente establecidos y enunciados desde el principio. Se debe tener en consideración lo siguiente:

Funciones:

Funciones del Líder

- Velar por la participación y cumplimiento del equipo de autoevaluación
- Dirimir las dificultades en el consenso del entendimiento del estándar
- Mantener motivado al equipo en el cumplimiento de las tareas generadas
- Velar por el seguimiento y cumplimiento de los planes de mejoramiento
- Consolidar la información del estándar para la postulación y evidencia de autoevaluación

Funciones del Secretario

- Llevar actas de reunión y listado de asistencia del equipo
- Unificar la redacción del informe de autoevaluación de los estándares
- Custodiar la evidencia que generen las actuaciones del equipo
- Recordar la asistencia a las reuniones de autoevaluación
- Consolidar la información del estándar y la evidencia de autoevaluación

Funciones del Participante

- Asistir puntualmente a las reuniones de autoevaluación
- Participar activamente en la discusión y calificación de los diferentes estándares, con la mayor honestidad, siempre soportándose en evidencia física o sistematizada



- Participar en la evaluación externa de acreditación
- Verificar la realización de las mejoras requeridas para cerrar la brecha entre la calidad observada y la evaluada siendo parte de los equipos de mejoramiento que se designen.

1.4.3 FASE 3. AUTOEVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO

Después de resolver los aspectos relacionados con las decisiones organizacionales a través de las cuales se adecuan para alcanzar los propósitos de la acreditación, se inicia el proceso de autoevaluación. Es en este punto donde los equipos examinan qué tan efectivamente están trabajando, comparando el quehacer diario contra los estándares. Es importante que la organización tenga claro el mejoramiento durante la acreditación es uno solo, pero que para efectos operacionales existen dos momentos durante los cuales se realiza auto-evaluación:

_ Durante el desarrollo del ciclo de preparación para la aplicación ante el ente acreditador, en el cual la autoevaluación tiene como propósito principal identificar la no coincidencia del desempeño organizacional, contra el desempeño ideal planteado en el estándar, estableciendo un diagnóstico e iniciando un proceso de análisis y mejoramiento. A este momento también lo llamamos evaluación interna. En esta fase la duración de este ciclo de autoevaluación y mejoramiento no necesariamente tiene un período límite de finalización diferente a las metas que se fije la organización a sí misma.

La Autoevaluación con estándares de Acreditación se realizará sistemáticamente con un seguimiento orientado a evidenciar cierre de brechas para las oportunidades de mejora priorizadas.

Se propones la siguiente es la metodología:

1. Leer todos los estándares antes de empezar la calificación con el fin de entender la globalidad y facilitar el proceso de calificación del estándar individual.



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

2. Leer el estándar que se quiere calificar y realizar por consenso del equipo la interpretación del estándar
3. Registrar todas las fortalezas que el equipo considere que están relacionadas enfocándose en la frase estándar.
4. Una vez discutidas todas las fortalezas hay que determinar qué soportes pueden encontrarse en la IPS.
5. Redactar todas las oportunidades de mejora identificadas en el estándar
6. Definir acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora de acuerdo a la guía de la mejora continua y PAMEC
7. Calificar el estándar por consenso del equipo. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación de la hoja radar con la definición del avance del enfoque, implementación y resultados y sus diferentes variables
8. El secretario transcribirá el informe final que debe ser entregado en el lapso de diez (10) días hábiles posterior a la autoevaluación

Ésta metodología se operativizará de la siguiente forma:

- El líder de Acreditación avisará con un mes de anterioridad la fecha en la cual se realizará la autoevaluación con el fin de facilitar el alistamiento de los integrantes de los equipos que supone para aquellos profesionales asistenciales el bloqueo de la agenda para garantizar la participación
- La autoevaluación se desarrollará por sesiones semanales de 8 horas divididas en dos sesiones (4 horas para cada sesión) y durante tres semanas (total de horas para autoevaluación de estándares es de 24 horas)
- Diez (10) días hábiles después de terminada la autoevaluación debe entregarse el documento oficial a la líder
- Las acciones de mejora deben surtir el trámite previsto en la guía de mejora continua



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

FIGURA 3 FORMATO DE CONSOLIDACION AUTOEVALUACION



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

Dirección General de Calidad de Servicios

CONSOLIDADO CALIFICACIÓN AUTOEVALUACIONES ACREDITACIÓN

PROYECTO DE PREPARACIÓN DE IPS PARA LA ACREDITACIÓN Y ADOPCIÓN DEL COMPONENTE DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

ENTIDAD:			
NIVEL DE COMPLEJIDAD		MUNICIPIO	
REPRESENTANTE LEGAL:		FECHA: _____	
	AUTOEVALUACIÓN*		
	Primera	Segunda	...n
GRUPO DE ESTÁNDARES	Mes . año	Mes- año	Mes- año
ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL			
Hospitalarios			
Ambulatorios			
Laboratorio Clínico			
Imagenología			
Habilitación y rehabilitación			
APOYO			
Direccionamiento			
Gerencia			
Gerencia del Recurso Humano			
Gerencia del Ambiente Físico			
Gerencia de la Información			
Gestión de la tecnología			
Sedes Integradas en red			
* Calificación de 1 a 5			PROMEDIO
Método de calificación**	Promedio Aritmético	Moda	Menor Valor
Indique con una X el método empleado; si esta ha sido diferente para cada autoevaluación indíquelo			
COMENTARIOS			

NOMBRE Y FIRMA

REPRESENTANTE LEGAL



1.4.3.1 Analisis de los Estandares

Después de resolver las preguntas acerca de los equipos, se comienza el proceso mismo de autoevaluación.

Es en este punto donde los equipos examinan qué tan efectivamente están trabajando, comparando el quehacer diario contra los estándares contemplados en los manuales.

Quizás el mayor problema de los equipos de autoevaluación es enfrentarse solos, a menudo con gente que trabaja en su organización pero que no hace parte de su quehacer diario, con la hoja donde esté escrito el estándar. Es aquí donde deben contar con una guía que les ayude a comenzar.

Si bien el proceso de análisis de los estándares no tiene una norma básica que diga como se debe hacer, es pertinente sugerir el siguiente enfoque.

1. Una buena práctica que se ha ido aprendiendo de la experiencia de la autoevaluaciones realizadas por nuestras instituciones es leer inicialmente antes de empezar la calificación el grupo de estándares en su totalidad, ya que como todos los estándares de un mismo grupo están interrelacionados, este procedimiento ayuda a los equipos a entender la globalidad y facilita grandemente el proceso de calificación del estándar individual
2. A continuación, leer el estándar que se quiere calificar, a renglón seguido preguntar si todos los participantes entendieron el estándar de la misma forma. Si la respuesta es afirmativa entonces se puede continuar, si es negativa se debe buscar aclaración (bien sea a través de los miembros del equipo, el equipo de planeación o un asesor externo, sí lo hay) y consenso del equipo acerca de la interpretación.
3. Una vez aclarado el significado del estándar se deben registrar todas las fortalezas que el equipo considere que están relacionadas con este. Hay que tener siempre presente la redacción del estándar, este es el “polo a tierra” del equipo, y es el que guía la redacción de las fortalezas. Debe enfocarse puramente en la frase estándar. Hay que tener en cuenta en la calificación de los estándares, que estos son los que se deben calificar.



4. Una vez discutidas todas las fortalezas de la organización hay que determinar que soportes pueden encontrarse en la organización. Aquí es donde la persona previamente seleccionada para recabar todos estos soportes juega un papel determinante. Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos. Posteriormente serán motivo de revisión por parte de los evaluadores externos.
5. El paso que sigue en el análisis es la redacción de todas las debilidades de la organización frente al estándar. Nuevamente, la redacción del estándar es la guía para el grupo.
6. La respuesta lógica al encontrar debilidades es definir acciones de mejoramiento para las debilidades. Este ejercicio orientará de antemano un posterior plan de mejoramiento.
7. Por ultimo, se calificará el estándar por consenso del equipo. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación.

1.4.3.2 Actividades Concomitantes que Desarrollan los equipos durante la Autoevaluación.

Existen tres tipos de actividades en la autoevaluación: primero, el equipo revisa y discute cada estándar, segundo se escribe un reporte de soporte, y tercero, el equipo llega a un acuerdo de qué tan bien está cumpliendo los estándares y utiliza un indicador de cumplimiento para medirlo. En la practica la autoevaluación no tiene fases, están son actividades concomitantes que realizan los equipos

1.4.3.2.1 Discusión de los Estándares y Textos

Los equipos deben responder las siguientes preguntas al discutir los estándares:

- ¿Cuáles son los procesos a través de los cuales la organización obtiene el cumplimiento de los estándares?
- ¿Qué de lo que se hace es un hecho o una evidencia de cumplimiento de los estándares? ¿Cuál es el resultado de lo que se hace?



- ¿Qué se debe cambiar para mejorar el resultado de los procesos?
- ¿Cómo cubrir la diferencia entre lo que se está haciendo y lo que se necesita hacer?
- ¿Hacia dónde se van a enfocar las energías?

1.4.3.2.2 Documentación del cumplimiento del estándar

De cada reunión deben levantarse actas. Las memorias pueden organizarse de diferentes formas. Cualquier forma que se escoja debe dar información significativa a los equipos de autoevaluación y a los evaluadores.

En algunos casos, la organización escogerá la forma en que deben organizarse y estructurarse los textos, en otras, los equipos podrán elegir. Una posible forma de hacerlo puede ser examinar las fortalezas y oportunidades de mejoramiento, otra, es buscar el cumplimiento de los elementos de la escala de calificación.

Ejemplos de estas dos formas de hacerlo se encontrarán más adelante, tanto para prestadores, como para aseguradores. El primer caso utiliza un estándar relacionado con la atención. El segundo, emplea un estándar de recursos humanos y gerencia. En ambos ejemplos se sugieren algunos indicadores. En cualquiera de las modalidades que escoja, debe tener en cuenta siempre que tanto el cumplimiento del estándar como los problemas derivados de su incumplimiento, se soportan en procesos de atención que eventualmente deben ser mejorados, por lo cual durante la documentación deben quedar claramente identificados, así como toda la información relevante para desplegar procesos de mejora y posteriormente para sustentar el desempeño ante los evaluadores de la entidad acreditadora.

No olvidar que en la Acreditación en Salud lo importante es el resultado de la atención centrada en el cliente, evidencia del cumplimiento del estándar no es solamente la documentación de un proceso, lo es también la evidencia de que los procesos están obteniendo su despliegue y alcanzando los resultados esperados de ellos en los términos planteados por las tres dimensiones y sus variables componentes de la escala de calificación. Un proceso que no obtiene resultados no es creíble aunque esté



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

perfectamente diseñado y documentado. En la acreditación, durante las primeras fases de implementación de nuestro modelo* no se exigen niveles determinados de cumplimiento de un indicador de resultados, pero sí se exige que los indicadores presentados como evidencia, se mantengan en niveles aceptables como mínimo, o, idealmente, que presenten una clara tendencia de mejora

FIGURA 4 HOJA DE CALIFICACION

GRUPOS DE ESTÁNDARES		CALIFICACIÓN							
		FORTALEZAS	OM	Enfoque			Implementación	Resultado	T
Asistenciales									
Direccionamiento									
Gerencia									
Recursos Humanos									
Ambiente Físico									
Información									
Gestión Tecnolo.									
Sedes I. Red									



3.2.2.1 Fortalezas y oportunidades para el mejoramiento.

Este es el primer ejemplo para documentar la memoria institucional. Como se observa, el cuadro de la izquierda es del estándar, a la derecha y superior las fortalezas clave y en el cuadro inferior las oportunidades de mejoramiento.

TABLA 1. Ejemplo Uno (para IPSs) de fortalezas y oportunidades para el mejoramiento de la memoria del trabajo institucional

ESTÁNDARES Y CRITERIOS	Calificación de la organización	5	4	3	2	1	NA
<p>Estándar III.D. La EPS debe garantizar a sus prestadores, una vez contratados, un proceso de inducción y mantenimiento de información sobre tópicos relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ¿Qué se espera de los prestadores durante el proceso de atención al cliente? <input type="checkbox"/> ¿Cuál es la filosofía de la EPS frente al cliente? <input type="checkbox"/> Los procesos organizacionales y/o planes de desarrollo de la EPS que soportan e impactan sobre la atención de los clientes. <input type="checkbox"/> Los derechos y deberes de los clientes y el proceso que se ha de seguir en caso de no autorizar servicios. 	<p>Fortalezas clave</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La empresa cuenta con guías que son entregadas a los proveedores una vez se formalicen los contratos 2. Se llevan a cabo reuniones periódicas de retroalimentación entre la EPS y la IPS. 3. Se evalúa la satisfacción del paciente y de los familiares frente a los procesos de atención de los prestadores contratados. 4. Se entregan folletos informativos a los pacientes frente a los compromisos de las organizaciones contratadas con el paciente <p>Oportunidades de mejoramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Las inducciones se están realizando varias semanas después de la formalización del contrato y no concomitantemente. <input type="checkbox"/> La información del presente año no se ha actualizado 						



1.4.3.2.5 Elementos de la escala de calificación

A continuación el segundo ejemplo para organizar la memoria de trabajo institucional. Se observa cómo se abordan en la práctica los criterios y subcriterios que soportan cada estándar. Da ejemplos de comunicación efectiva y de coordinación, y muestra dónde puede haber vacíos. Y finalmente describe mecanismos para la solicitud y respuesta de la retroalimentación del cliente.

Se identifican las fortalezas y oportunidades de mejoramiento en los tres elementos. Estas se pueden convertir en la base para desarrollar un plan de acción e indicadores de funcionamiento.



TABLA 2. Ejemplo Dos (para una IPS) de los elementos del trabajo institucional en la escala de cumplimiento.

ESTÁNDARES Y CRITERIOS	Calificación de la organización	5	4	3	2	1	NA
<p>2. Existe un proceso de planeación del recurso humano</p> <p>2.1. El proceso descrito considera los cambios que ocurren en su ambiente, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cambios en la misión de la organización. <input type="checkbox"/> Cambios en el plan estratégico. <input type="checkbox"/> Cambios en la estructura organizacional. <input type="checkbox"/> Cambios en la planta física. <input type="checkbox"/> Cambios en la complejidad de los servicios. <input type="checkbox"/> Disponibilidad de recursos. <input type="checkbox"/> Legislación relevante. <input type="checkbox"/> Tecnología disponible. <p>2.2. La asignación de personal a todo nivel de la organización apoya la prestación de los servicios y está diseñado de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Requisitos y perfil del cargo. <input type="checkbox"/> Identificación de los patrones de carga laboral del empleo. <input type="checkbox"/> Reubicación y promoción del personal en el evento que una situación así lo requiera. 	<p>1. Durante la planeación estratégica, temas de recursos humanos son identificados como parte del análisis ambiental interno y externo.</p> <p>2. Existe un componente de los recursos humanos relacionado con contratación, retención, promoción, educación/entrenamiento y negociación.</p> <p>3. Hay procesos para determinar la complementación de personal para cada unidad organizacional. Los gerentes deben asegurarse de que su departamento cuente con el personal apropiado y que haya asistencia por parte del Departamento de Recursos Humanos.</p> <p>4. El plan de recursos humanos sale del plan estratégico.</p> <p>5. El gerente de R.H. es informado de las diferentes necesidades del personal: como departamentos, unidades, programas individuales, equipos de atención y equipos de sindicato.</p> <p>6. El gerente de R.H. coordina la respuesta a estas necesidades y participa en el desarrollo del plan de operación.</p> <p>7. Existe una nómina de personal de enfermería para que roten en cualquier unidad de ser necesario.</p> <p>8. Los gerentes de unidades funcionales discuten con los directores de área la necesidad actual y futura de los recursos humanos en sus reuniones regulares.</p> <p>9. El personal participa en la determinación de contratación y en las estrategias de retención.</p> <p>10. Cada grupo profesional ha tenido la oportunidad de dar su opinión en la dirección de su descripción de trabajo, educación continuada.</p> <p>11. Existe flexibilidad en las horas de trabajo y en el trabajo compartido.</p>						



1.4.3.3.1 Dimensiones a evaluar

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

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

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

1.4.3.3.2 Variables de cada dimensión

1.4.3.3.3 Enfoque

_ **Sistematicidad:** grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.

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

_ **Proactividad:** grado en que el enfoque es preventivo y proactivo.

_ **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** forma en que se evalúa y mejora el enfoque.

_ **Impacto:** Grado de incidencia del enfoque en la implementación y en los resultados.

1.4.3.3.4 Implementación

_ **Despliegue en la institución:** Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización o los distintos puntos del capítulo.

_ **Despliegue hacia el cliente.** Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los

clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.



1.4.3.3.5 Resultado

- _ **Pertinencia**
- _ **Consistencia**
- _ **Avance de la medición**
- _ **Tendencia**
- _ **Comparación**

1.4.3.3.6 Mejoramiento

Al terminar cada ciclo de auto-evaluación, se deben identificar claramente las acciones de mejoramiento que se adelantarán para alcanzar el pleno cumplimiento del estándar, haciendo énfasis en:

- _ Apuntar las acciones hacia los procesos que son la causa raíz del incumplimiento
- _ Adelantar acciones planificadas para mejorar la calidad
- _ Desarrollar a través de un proceso sistemático y basado en la evidencia científica el diseño e implementación de las actividades de mejoramiento
- _ Definir un proceso de monitorización del mejoramiento de los procesos
- _ Comunicar a la organización los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad, con el propósito de incentivar el mejoramiento como cultura organizacional e internalizar y asegurar los procesos mejorados Esta secuencia de autoevaluación y mejoramiento se debe repetir las veces que sean necesarias hasta alcanzar el cumplimiento del estándar en todas las dimensiones y variables que caracterizan su evaluación.



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

FASE 4 ESCALA DE CALIFICACION

TABLA 3 HOJA RADAR

HOJA RADAR PARA LA CALIFICACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN SALUD					
VARIABLE	CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar, en áreas clave	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
PROACTIVIDAD	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir
IMPLEMENTACIÓN					
DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas
DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente
RESULTADO					
PERTINENCIA	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
CONSISTENCIA	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
AVANCE DE LA MEDICIÓN	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos
TENDENCIA	El estado de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
COMPARACIÓN	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistémicas	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los



1.4.4.1 Priorización de las oportunidades de mejoramiento.

Los planes de mejora se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas en la autoevaluación de los estándares de Acreditación por grupo de estándares. Las oportunidades de mejoramiento se deben priorizar por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, las cuales se aplican así:

- **Riesgo:** Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.
- **Costo:** Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
- **Volumen:** Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio)

Como se puede observar en la gráfica siguiente, para un mismo estándar pueden identificarse más de una oportunidad de mejora

TABLA 4 IDENTIFICACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

ESTÁNDARES	OPORTUNIDADES DE MEJORA
15. (15) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	Fortalecer las guías clínicas con clasificación de evidencia y realizarlas de manera interdisciplinarias
15.1 Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en el tratamiento del paciente.	Estandarizar la forma de realización de las auditorías de adherencia a guías y el flujo de comunicación de los resultados
15.2 La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o Guías de Práctica Clínica.	Realizar sistemáticamente evaluación del conocimiento de las guías así como de adherencia y cerrar el ciclo con la firma de planes de mejoramiento individual junto con el líder del proceso



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

Cada oportunidad de mejora debe priorizarse aplicándole las variables de riesgo, costo y volumen así

TABLA 5 PRIORIZACION DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

No.	ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN			
			Riesgo	Costo	Volumen	Total
1	15. (15) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	Fortalecer las guías clínicas con clasificación de evidencia y realizarlas de manera interdisciplinarias	4	4	5	80
2	15. (15) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	Estandarizar la forma de realización de las auditorías de adherencia a guías y el flujo de comunicación de los resultados	5	5	5	125
3	15. (15) El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.	Realizar sistemáticamente evaluación del conocimiento de las guías así como de adherencia y cerrar el ciclo con la firma de planes de mejoramiento individual junto con el líder del proceso	5	5	5	125

Como se observa, NO se prioriza el estándar completo, sino que se prioriza cada oportunidad de mejora del estándar. A continuación pueden observar un listado de oportunidades de mejora priorizadas para un grupo de estándar de Direccionamiento:



TABLA 6 LISTADO DE OPORTUNIDADES DE MEJORA PRIORIZADAS

No.	ESTANDAR/ ESPERADA	CALIDAD	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN			
				Riesgo	Costo	Volumen	Total
1	205. (2) La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.		Analizar la información proveniente de la lectura del entorno y documentar las decisiones tomadas a partir de la información	5	5	5	125
7	204. (1) Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.		Documentar y socializar un proceso para garantizar la revisión sistemática del Direccionamiento estratégico con intervención de los órganos directivos del Hospital incluyendo la participación de la Junta Directiva	5	5	4	100
10	204. (1) Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.		Medir la adherencia al proceso de revisión sistemática del Direccionamiento estratégico del Hospital.	5	4	4	80
11	205. (2) La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.		Documentar y socializar un proceso para el análisis estratégico tanto interno como externo del Hospital que facilite la orientación del direccionamiento estratégico empresarial	5	4	4	80



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

26	205. (2) La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos la lectura del entorno, la voz del cliente interno, las necesidades del paciente y su familia en el proceso de atención y ejercicios de referenciación con su competencia.	Involucrar a las partes interesadas: proveedores, empresas contratantes en la escucha de sus necesidades y expectativas.	3	3	3	27
14	206. (3) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno.	Explicitar y socializar un procedimiento de revisión periódica y sistemática de la plataforma estratégica e incluir la lectura del entorno,	4	4	4	64
15	206. (3) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno.	Evaluar y medir la consistencia de la misión, visión y valores empresariales con relación al análisis del entorno interno y externo	4	4	4	64
2	207. (4) Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan estratégico de la organización.	Establecer un procedimiento explícito para realizar la planeación en el Hospital, difundirlo y crearle mecanismos de evaluación y seguimiento a la adherencia a dicho procedimiento.	5	5	5	125
8	208. (5) Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	Realizar un proceso sistemático y periódico para la adifusión de los planes de acción empresarial tanto administrativos como asistenciales y para el seguimiento al cumplimiento identificando las brechas entre lo observado y lo esperado.	5	5	4	100
9	208. (5) Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.	Analizar los resultados y adoptar formalmente acciones de mejora para el cierre de las brechas identificadas de brechas y toma de acciones de mejora que involucre toda la organización.	5	5	4	100



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

12	209. (6) Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	Evaluar sistemáticamente el cumplimiento de los planes de acción mediante la definición de indicadores corporativos que constituyan un tablero de mando integral que permita a la alta gerencia la toma de decisiones	5	4	4	80
16	209. (6) Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	Documentar y socializar para los planes de acción las metas establecidas, los recursos asignados y la forma de ejecución, seguimiento y evaluación	4	4	4	64
17	210. (7) Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:	Implementar un proceso de análisis de datos que se aplique de forma periódica y sistemática en el hospital, que permita un seguimiento y unos resultados que evidencien la gestión integral en salud.	4	4	4	64
18	210. (7) Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como:	Lograr la transversalidad de la calidad en todos los servicios del Hospital y aumentar la cobertura del cumplimiento de los indicadores de calidad en los servicios misionales.	4	4	4	64
13	211. (8) Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.	Documentar y socializar un proceso para estandarizar la forma de orientar a los colaboradores nuevos y antiguos en el Direccionamiento estratégico de la Empresa	5	4	4	80



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

19	211. (8) Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.	Medir la adherencia al procedimiento de orientación de los colaboradores en el direccionamiento estratégico del Hospital	4	4	4	64
20	211. (8) Existe un proceso para establecer parámetros de orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.	Establecer la exposición de rendición de cuentas semestralmente con los líderes de proceso	4	4	4	64
24	212. (9) Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.	Explicitar y socializar un documento que indique la participación de los líderes de unidades funcionales en el asesoramiento a la Junta Directiva	3	3	5	45
25	212. (9) Existe una política clara por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta directiva en caso de ser necesario.	Realizar medición sistemática de la adherencia al proceso de asesoramiento a la Junta Directiva dle Hospital	3	3	5	45
21	213. (10) Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.	Realizar un plan de capacitación anual para los miembros de la junta directiva, identificando los temas a desarrollar.	4	4	4	64
22	213. (10) Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.	Medir el cumplimiento de los planes de capacitación a la Junta Directiva	4	4	4	64
23	213. (10) Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de la junta directiva.	Medir el impacto de las capacitaciones a los miembros de la Junta Directiva en la gestión desarrollada con esa investidura	4	4	4	64

Las filas sombreadas con azul resultaron ser las oportunidades de mejoramiento priorizadas y son esas oportunidades de mejora **únicamente** las que se llevan al formato del plan de mejoramiento.

Las oportunidades de mejoramiento que no quedaron priorizadas pueden esperar a ser intervenidas ya que no son las de mayor criticidad.



Cuántas oportunidades se deben priorizar? Para cada grupo de estándares se deben priorizar las oportunidades de mejoramiento con las más altas calificaciones. La calificación más alta es 125, pero en general se considerarían de mejoramiento crítico las oportunidades de mejora con calificaciones superiores a 70 puntos. Sin embargo éste número no se debe tomar como el número mágico. Es simplemente una guía. La directriz es escoger las más altas calificaciones, no sólo las que obtuvieron 125 puntos.

Otra guía que podemos dar es que para grupos de estándares de más de 50 estándares, se podrían escoger las primeras 20 oportunidades de mejora con más altas calificaciones, para grupos de estándares de más de 20 estándares, se podrían escoger las primeras 12 oportunidades de mejora con más altas calificaciones y para grupos de estándares de menos de 20 estándares, se podrían escoger las primeras 8 oportunidades de mejora con más altas calificaciones.

Sin embargo siempre debe primar el sentido común y la criticidad evaluada.

PLANES DE MEJORAMIENTO

De acuerdo a los estándares de Acreditación de Mejoramiento de la Calidad (que son los cuatro últimos estándares de cada grupo de estándares), se deben formular planes de mejora para cada grupo de estándares, esto es, la IPS debe tener planes de mejoramiento separados y de acuerdo a los que les aplique, para:

- Estándar de Direccionamiento
- Estándar de Gerencia
- Estándares Hospitalarios
- Estándares Ambulatorios
- Estándares de Laboratorio Clínico
- Estándares de Imagenología
- Estándares de Habilitación y Rehabilitación
- Estándares de Gerencia del Ambiente Físico
- Estándares de Gerencia de la Información
- Estándares de Gerencia del Recurso Humano
- Estándares de Tecnología
- Estándares de IPS Integradas en Red



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

Para cada grupo de estándares se realiza un formato de plan de mejoramiento para sus oportunidades de mejoramiento priorizadas (es decir, una hoja de Excel para cada grupo de estándares).



- 7 Defina las acciones de mejoramiento con las cuales pretende cumplir o hacer realidad la oportunidad de mejora. Para cada oportunidad de mejora pueden identificarse varias acciones de mejora. Recuerde que una acción de mejora es una tarea puntual, muy operativa que indique el paso que debe darse para cumplir con la oportunidad de mejora. Ejemplo: Para la oportunidad de mejora Actualizar las guías de manejo asistencial, las acciones de mejoramiento serían: Selección del equipo asistencial que actualizará las guías de manejo; Ubicación de lugar con Internet y bases de datos bibliográficas disponibles para ser consultadas; elaboración de cronograma para actualización de guías; socialización de guías a los profesionales en comité técnico, etc.
- 8 Las barreras de mejoramiento son los factores organizacionales que debo tener en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones de mejoramiento. No son las excusas que me expliquen el no cumplimiento de los planes de mejoramiento, son factores que debo prever y controlar para que mi plan sea exitoso. Las barreras se
- 9 definen por oportunidad de mejora, para un grupo de oportunidades de mejora o para todo el plan.
- 10 Para cada acción de mejora (ojo, no es para cada oportunidad de mejora) se debe identificar el proceso del mapa de procesos de la IPS que es el responsable de que la acción se cumpla.
- 11 Para cada acción de mejora se debe identificar con cargo y nombre propio la persona responsable de la ejecución de la acción de mejora
- 12 En la medida en que se describen las acciones de mejora ésta casilla va contando automáticamente (sólo si están utilizando el formato formulado del Ministerio) la cantidad de acciones del plan



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO. PLANES DE MEJORAMIENTO CON ENFASIS EN ACREDITACIÓN

Plan de mejoramiento del mes de _____ de _____ de _____													Fecha de elaboración: _____		13		17	
PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	MES 1				MES 2				MES N				RECURSOS ADICIONALES \$	SEGUIMIENTO 1: Fecha XXXX		SEGUIMIENTO 2: Fecha XXXX		
	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4		Responsable del seguimiento	Estado	Estado		
10					15								16	18	No iniciado	Atrasado		
															No iniciado		19	
															Completo			
																	Completo	
																	Completo	

- 12 Se debe identificar el lapso de meses entre los cuales se va a ejecutar el Plan de Mejoramiento
- 13 Se debe identificar la fecha de elaboración del plan de mejoramiento
- 14 Escriba el nombre del mes en el que inicia la ejecución del plan
Sombree las semanas que durará la ejecución de **cada** acción de mejora (no combine varias acciones de mejora). Inserte las columnas que requiera
- 15
- 16 Escriba el valor monetario estimado en el cual debe incurrir la entidad para realizar la acción de mejoramiento con recursos adicionales a los que ya tenía planeado. Se deben registrar únicamente los casos excepcionales en los cuales se requiera presupuesto adicional al ya aprobado
- 17 Todos los planes de mejoramiento deben tener seguimiento desde el autocontrol (por ejemplo el líder del estándar) así como de calidad o de control interno
- 18 Escriba el nombre de la persona que realizará el seguimiento. El seguimiento puede ser mensual así que inserte las columnas que requiera.
- 19 Definir el estado de cada acción de mejoramiento basta con picar en la fila y se abre un desplegable con cuatro condiciones a saber,

ATRASADO	NO INICIADO	COMPLETO	ES DESARROLLO
----------	-------------	----------	---------------



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.

				INDICADORES DE CUMPLIMIENTO	
				NUMERO ACTIVIDADES	
		COMPLETO	1	2	
		EN DESARROLLO	0	0	
		ATRASADO	1	0	
		NO INICIADO	2	1	
20		21			
APROBACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO					
LÍDER DEL GRUPO DE ESTANDARES _____					
				% CUMPLIMIENTO	
		COMPLETO	20%	40%	
		EN DESARROLLO	0%	0%	
		ATRASADO	20%	0%	
		NO INICIADO	40%	0%	
GERENTE _____					
CALIDAD A MEJORAR	INDICADORES DEL MEJORAMIENTO	Medición inicial	Medición esperada	Seguimiento 1	Seguimiento 2
22	23	24		25	

20

Cada plan de mejoramiento debe estar firmado por el líder del estándar y el Gerente de la IPS

21

Diligenciar las casillas de número de actividades por estado y porcentaje de las mismas por estado

22

Escoja del siguiente listado los atributos de calidad que **en conjunto** su plan de mejora impactará positivamente: Seguridad, Continuidad, Coordinación, Competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia y eficiencia

23

Escoja los indicadores institucionales que **en conjunto** su plan de mejora impactará positivamente. No defina indicador para cada acción de mejoramiento. Se pretende trabajar con indicadores de impacto, tres o cuatro, que se mejorarán con el cumplimiento del plan en su conjunto. Seguramente la IPS ya tiene definidos indicadores de impacto corporativos o por procesos. De ellos escoja aquellos que tendrán más impacto positivo con la ejecución de su plan de mejora. No se trata de medir acción de mejora por acción



de mejora sino de medir el impacto o efectividad de su plan de mejora. Descarte los indicadores de cumplimiento y rétese con indicadores de impacto. **Es importante que utilicen los indicadores de la Resolución 1446 de 2.006 ya que ellos son medidores de impacto de la gestión con calidad. (De otro lado, es clave que revisen el cumplimiento que ustedes han venido teniendo en el reporte de esos indicadores en las fechas previstas)**

- 24 En la casilla de medición inicial, registre la medición del indicador al inicio de la ejecución del plan y en la casilla de medición esperada registre cuál es la meta institucional (la de
- 25 la ficha técnica del indicador
- En los diferentes seguimientos y de acuerdo a la periodicidad definida registre la medición del indicador.

Planes de Mejoramiento Transversales

Existen unos temas que son transversales a varios grupos de estándares y que bien podrían generar planes de mejoramiento únicos y transversales.

Los temas transversales son:

1. Deberes y Derechos: Abarca los estándares 1 y 2 del grupo de hospitalarios y de Habilitación y Rehabilitación; 1 a 7 de los grupos de estándares de Ambulatorios, Laboratorio Clínico e Imagenología
2. Seguridad de Pacientes: Abarca los siguientes estándares: 7 de Direccionamiento, 3 y 6 de Gerencia, 3 de Gerencia del Recurso Humano, 2, 3 y 4 de Ambiente físico, 2 y 11 de tecnología, 8, 9, 11, 15 y 17 de Hospitalarios, 27, 30, 35, 38, 40, 41, 42, 43, 51 y 66 de Ambulatorios, 29 y 32 de Laboratorio clínico, 33, 36 y 45 de Imagenología, entre otros
3. Gestión de comentarios de los usuarios: Abarca los estándares relacionados con la escucha de la voz del cliente en lo relacionado con felicitaciones, quejas, reclamos y sugerencias
4. Planes de Mejoramiento: Abarca los 4 últimos estándares de cada grupo de estándares



Para los temas transversales anteriores se pueden realizar planes de mejoramiento institucionales que sean trabajados y conocidos por los equipos de autoevaluación.

1.3.5 FASE 5. CALIFICAR Y MEJORAR

Para calificar los estándares contemplados dentro del manual de acreditación resulta indispensable partir nuevamente del concepto de lo que un estándar significa, esto es, un nivel de desempeño adecuado que es óptimo, factible y deseado de alcanzar. La suma total de los estándares de acreditación, define el modelo ideal de institución, precisando el desempeño en la prestación de servicios que puede y debe alcanzar en el sistema para ser considerada de excelencia. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrada por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño. El proceso de calificación debe ser explícito y desarrollarse integralmente de acuerdo con la escala de calificación, para verificar y calificar el grado del logro alcanzado.

El conocimiento de la calificación es útil y necesario a la luz de la metodología de acreditación por varias razones:

- _ El valor final global en el cual se ubique la calificación de la institución, es lo que determina si esta será “acreditada”, “acreditada provisionalmente o “no acreditada”. Recuerde que para obtener el título de acreditación, ninguno de los estándares o grupos de estándares puede tener una calificación menor a dos, adicionalmente debe alcanzar la puntuación global establecida. En este nivel de calificación es donde se mueven los equipos evaluadores de la entidad acreditadora esta no desarrolla ningún proceso de calificación individual de cada estándar, sino que evalúa el cumplimiento de cada grupo de estándares luego de aplicar los criterios de las matrices de calificación (hojas de radar).
- _ La calificación específica del cumplimiento de cada uno de los estándares individuales, es vital para la institución para identificar los aspectos críticos en los cuales es necesario adelantar acciones de mejoramiento, y su variación es importante como



medida de la gestión de la calidad adelantada por los equipos de acreditación y de la institución en general. El “mapa” de cumplimiento de los estándares de acreditación, ofrece una utilidad de carácter diagnóstico estratégica para la institución durante la evaluación interna durante el ciclo de mejoramiento y para el sistema en general, al ayudar a identificar con precisión dónde están las fallas de calidad y ayudando a focalizar los procesos de mejoramiento

1.4.5.1 Niveles de Calificación

Lo anterior, nos define dos niveles en los cuales moverse dentro de la traducción en resultados concretos de la acreditación como estrategia de evaluación y mejoramiento continuo de la calidad.

Recuerde que se deben dar dos procesos de agregación: el primero desde la valoración del cumplimiento de la cada una de las variables de la escala de calificación, hasta la obtención de una única calificación por cada estándar, y el segundo, desde la calificación individual de cada estándar hasta la obtención de una única calificación para el grupo de estándares; momento a partir del cual se inicia la aplicación del esquema de puntuación para identificar el nivel global de desempeño de la acreditación y proceder a la decisión de acreditación.

1.4.5.2 Obtención del Resultado de Calificación Global

Este nivel de calificación es el punto común de encuentro entre la autoevaluación realizada por la institución y la evaluación externa realizada por la entidad acreditadora.

El cumplimiento del estándar debe analizarse teniendo en cuenta el enfoque y la implementación y el resultado como un todo. No se califican por separado.

Tampoco se asigna calificación por separado a cada estándar, dado que los estándares de un mismo grupo están interrelacionados, se asigna la calificación al grupo de estándares considerados como un todo integral.



Tome en consideración que si en un grupo de estándares la mayoría cumple y al menos uno se encuentra con un cumplimiento igual a uno, el grupo completo no puede ser aprobado, dado el carácter de interdependencia arriba mencionado.

1. Repase con detenimiento el significado de los componentes: enfoque e implementación y resultados, y el de sus correspondientes variables, así como el estándar a evaluar.
2. Lea las oportunidades de mejoramiento y las fortalezas señaladas por la institución.
3. Remítase a la tabla de calificación
4. Defina el grado de desarrollo de la organización:
 - Ubíquese en la escala del numeral 3 (Organización en un grado mediano de madurez del enfoque y de la implementación), lea cada una de las variables del enfoque y de la implementación del mismo.
 - Compare la organización con las características del numeral 3. Evalúe si corresponde a este numeral. Si corresponde a este, califíquelo como 3 • Si no corresponde al numeral 3, porque considera que la organización supera las características de este numeral, desplácese hacia el numeral 4. Si está acorde con este numeral. Ponga 4 • Si considera que la organización tiene un grado de madurez menor que el numeral 3 desplácese hacia el numeral 2. Si está acorde con este numeral. Ponga 2 • Y así sucesivamente siga hacia arriba o hacia abajo.

1.4.5.3 Obtención del Cumplimiento Individual del Estándar

Este nivel de análisis se desarrolla internamente durante la fase de autoevaluación y mejoramiento de la organización, y es el que le permite identificar los aspectos críticos en los cuales es necesario desarrollar acciones específicas.

Los resultados de la agregación aquí descrita no se transfieren a la calificación global, pero su coincidencia si es indicativo de la medida en la cual la organización ha interpretado correctamente la intencionalidad y los contenidos específicos del estándar.



Para desarrollar este proceso se recomienda seguir los siguientes pasos:

1. Califique cada estándar individual con los mismos criterios descritos en la sección anterior.

2. Obtenga una calificación global del grupo de estándares por alguno de los siguientes métodos (son excluyentes, seleccione para su estrategia de mejoramiento solo uno):

_ Asigne al grupo de estándares como calificación el mínimo valor alcanzado por los miembros del grupo (recomendado para la autoevaluación por parte de la institución durante el ciclo de preparación para la aplicación ante el ente acreditador: lógica mas acorde con el concepto de interdependencia de los estándares, pero es el método más exigente y puede tener tendencia a subvalorar los logros alcanzados por la organización)

_ Asigne al grupo de estándares como calificación, el promedio de las calificaciones alcanzadas por cada uno de los miembros del grupo (lógica menos acorde con el principio de interdependencia de los estándares, puede tener tendencia a ocultar los estándares de bajo desempeño al promediar su calificación con los estándares de mayor cumplimiento, pero puede motivar más a los miembros de la organización, al reflejar la totalidad de las mejoras alcanzadas). Este es el método aplicado por el ente acreditador durante la visita de acreditación, se recomienda para este propósito, pero no para la autoevaluación por parte de la institución, la cual debe ser planteada con un criterio mayor de exigencia que el esperado por los equipos externos de evaluación del ente acreditador.

_ Asigne al grupo de estándares como calificación la moda de las calificaciones alcanzadas por cada uno de los miembros del grupo (iguales observaciones al método anterior)

_ No asigne relaciones para la calificación global del grupo de estándares con la calificación de los estándares individuales miembros del grupo (puede estar privándose de una importante herramienta de diagnóstico que oriente las acciones de mejoramiento de su organización).



3. Consolide el resultado de sus análisis en un mapa de cumplimiento de los estándares de acreditación, Inicie los procesos de mejoramiento pertinentes

1.4.5.2 Evaluar y mejorar el proceso de la calidad de la organización.

La calidad es una parte integral del programa de acreditación centrado en el cliente. El programa ayuda a las organizaciones a evaluar su proceso de calidad comparándolo con los estándares. En cada grupo de

estándares hay una serie de estándares de mejoramiento de la calidad. Estos estándares permiten al equipo medir la calidad del método para resolver problemas de la organización o los mecanismos que se usan para el mejoramiento de la calidad.

De hecho, cada equipo evalúa los mecanismos de mejoramiento de la calidad de la organización contra los estándares de mejoramiento de la calidad. Estos estándares están organizados en forma de pasos que debe seguirse para alcanzar la calidad. Los pasos son: establecer un mecanismo de mejoramiento, identificar o dar prioridad a los procesos de monitoreo o mejoramiento; establecer indicadores (medidas) de desempeño, analizar los resultados de los monitoreos y las razones de los resultados, llevar a cabo los mejoramientos, comunicar la naturaleza del mejoramiento y continuar con el monitoreo para mantener las mejoras.

1.4.5.2.1 Establecer un mejoramiento

Asegura que la organización tiene un mecanismo de monitoreo para el mejoramiento de la calidad. Este mecanismo debe ser entendido por todo el personal, que debe saber cómo actuar cuando se le presente una oportunidad de mejoramiento. Este mecanismo debe dar al personal, y requerir recursos tales como tiempo y pericia.



1.4.5.2.2 La tarea de identificar o dar prioridad a los procesos

Desarrollar el monitoreo y mejoramiento, implica tener claro que es posible monitorear y mejorar sólo unos cuantos procesos al mismo tiempo. El equipo debe poner los procesos que quiere mejorar en orden de prioridad y debe llegar a un acuerdo en cuanto a lo que necesita mejorar y a la forma como va a invertir sus recursos. Las preguntas que pueden hacerse antes de tomar esta decisión incluyen:

- _ *¿Existen algunos procesos que presenten un alto riesgo para los pacientes u otros clientes?*
- _ *¿Qué procesos se realizan más frecuentemente o en un alto volumen?*
- _ *¿Qué procesos no están funcionando bien o son propensos a generar problemas?*

Existen muchas formas en que las respuestas pueden volverse aparentes. La necesidad de mejorar un proceso puede ser identificada como resultado de los cambios de los objetivos o estructuras de la organización. Las respuestas pueden ser obvias mediante un estudio de la retroalimentación del usuario. En el primer ejemplo, el equipo conformado debió haber conocido cartas de quejas de pacientes que sintieron que fueron inadecuadamente preparados para su salida del hospital. Esto llamará la atención acerca de la necesidad de tomar el proceso de salida como una prioridad. En el segundo ejemplo, el equipo de gerencia puede ser alertado, por medio de las encuestas de satisfacción, de la necesidad de que el personal esté más involucrado en la planeación estratégica y operacional. La forma en que se establecen las prioridades cambiará de una organización a otra. Sin embargo, todos los procesos necesitan ser monitoreados y mejorados con el tiempo.

El proceso de establecer indicadores de desempeño permitirá al equipo medir la calidad del proceso o del resultado del mismo, identificar los puntos débiles “La medición es central porque los procesos deben ser monitoreados para determinar si se deben controlar, si necesitan mejorarse y sobre todo si están cumpliendo los requerimientos de los clientes”*. Puede haber algunos indicadores actualmente establecidos que permitan un monitoreo continuo. Por ejemplo, la tasa de errores/incidentes en la dispensa y



aplicación de los medicamentos de medicación puede ser monitoreada con frecuencia. Si la tasa aumenta, esto puede ser una señal o indicar la necesidad de analizar los procesos de administración y suministro de medicamentos para entender por qué la tasa se ha incrementado y para resolver el problema.

También pueden desarrollarse indicadores después de que un proceso ha sido identificado como una prioridad para monitorear y mejorar. En el primer ejemplo de narrativa, el proceso de salida fue identificado como una prioridad para mejorar. Un indicador potencial para medir el grado del problema es el número de llamadas telefónicas o de cartas de clientes inconformes, que se han recibido de antiguos pacientes durante un período de tres meses. En el otro ejemplo de narrativa, un indicador de participación del personal puede ser el número de personas que asistieron a las reuniones estratégicamente planeadas para recibir comentarios de planeación. El hecho de rastrear este indicador puede llevar a las siguientes preguntas: ¿Se están anunciando las reuniones en el lugar indicado? ¿Se llevan a cabo estas reuniones a una hora adecuada? ¿Le está interesando el proceso a los empleados? La importancia de establecer y rastrear un indicador, es lo que lleva al equipo a investigar las causas del problema.

1.4.5.2.3 El análisis de los resultados de monitoreo

La lógica que se debe seguir implica que las razones de los resultados aseguran que habrá un análisis para entender el proceso y la naturaleza del problema en mayor detalle. Varias herramientas y técnicas que pueden ser de gran ayuda están descritas en textos de mejoramiento de la calidad.

1.4.5.2.4 Llevar a cabo los mejoramientos

Asegurar que por medio de los cambios hechos a los procesos, se disminuirán los vacíos de implementación y, por lo tanto, se corregirá el problema.



La tarea de continuar el monitoreo para mantener las mejoras asegura que un individuo o un grupo sea responsable de supervisar que el proceso que se va a cambiar implique realmente un mejoramiento. Esto se puede hacer continuando el monitoreo del indicador. El número de quejas de los pacientes tendrá que ser monitoreada y el

personal necesita ser re-evaluado, re-entrenado, etc., para asegurar que el mejoramiento ha tenido el impacto necesario.

1.4.5.2.5 Los estándares de mejoramiento

Los estándares de mejoramiento de la calidad se presentan de esta forma para introducir los grupos en los pasos para mejorar uno o varios de los procesos. Todo esfuerzo de mejoramiento se debe enfocar en los procesos que están cubiertos en los estándares, los criterios relacionados y los subcriterios. Por ejemplo, para mejorar la calidad de dirección, el equipo directivo deberá querer que los procesos relacionados con el direccionamiento tengan prioridad. Estos procesos son los que tienen que ver con cultura, planeación y recursos. El cuerpo directivo se puede remitir después a los estándares de mejoramiento de la calidad y usar los pasos del proceso de mejoramiento de la calidad. De igual forma, cada equipo conformado se referirá al proceso incorporado y seleccionará los procesos para el mejoramiento donde la ayuda sea más evidente.



2. CONCLUSIONES

- La autoevaluación ayuda a las IPS a cumplir sus objetivos, con un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión.
- Los ciclos de autoevaluación y mejoramiento son un proceso técnico, que va inmerso en la misma prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema de atención acerca de su desempeño comparado con el marco de estándares óptimo, a través del cual la organización del profesional pueda implementar procesos de mejoramiento que le permitan optimizar la utilización de los recursos destinados a la atención del paciente
- Que aun cuando en una proporción importante de las situaciones se evalúen procesos de atención, dicha evaluación estará orientada a buscar la mejora de los resultados con los cuales esta correlacionado el proceso. Si no hay correlación entre los procesos evaluados y el resultado de calidad, no tiene sentido la autoevaluación
- Con la ejecución adecuada, la autoevaluación se debe convertir en un instrumento esencial para conocer las fortalezas, debilidades, desviaciones, aciertos, economía, legalidad y mejoras de los sistemas de una IPS modelo.
- Una vez terminado el proceso de Autoevaluación, se evidencia un claro diagnóstico sobre los aspectos críticos hacia los cuales las entidades en proceso de Autoevaluación de estándares de acreditación deben enfocar sus mayores esfuerzos para disminuir la brecha entre la calidad ofertada por una IPS modelo y el cumplimiento de niveles superiores de atención al usuario y su familia.



4. RECOMENDACIONES

- Las actividades que desarrollen los grupos de autoevaluación deben estar orientadas a alcanzar el cumplimiento de la finalidad han sido creados, deben tenerse claramente definidos sus objetivos y metas de cumplimiento.
- Para que los planes de cumplan y conduzcan a las metas deseadas es necesario realizar un seguimiento permanente con los indicadores definidos para cada meta, de manera sistemática y con una periodicidad definida, de manera que se pueda determinar oportunamente sin se está logrando o no la meta deseada.
- Cada grupo de autoevaluación de estándares debe reportar su avance al líder del grupo de acreditación con la periodicidad que la entidad determine y en el formato definido para tal efecto.
- Cuando se detecten problemas que puedan impedir el logro de la meta final, los miembros de los grupos deben actuar oportunamente, lo que significa identificar las causas y establecer las soluciones adecuadas.
- Una buena práctica que se ha ido aprendiendo de la experiencia de las autoevaluaciones realizadas por nuestras instituciones es leer todos los estándares antes de empezar la calificación, ya que como todos los de un mismo grupo están interrelacionados, este procedimiento ayuda a los equipos a entender la globalidad y facilita en gran medida el proceso de calificación del estándar individual.
- La metodología propuesta en el presente estudio de los estándares de acreditación es un proyecto que se presentará en instituciones de salud públicas y privadas que tengan dentro de sus planes estratégicos implementar procesos de mejoramiento continuo y alcanzar niveles de calidad superiores.



BIBLIOGRAFIA

- Decreto Ley 2309. Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.2002.
- Decreto 1011.Por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.2006.
- Guías Básicas para la implementación de la pautas de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.2007
- Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.2007.
- Gestión de la Calidad de la Atención en Salud Basada en Hechos y Datos. Estudio IBEAS, Colombia. 2009.

CIBERGRAFIA

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



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.



Proyecto de Grado: PROPUESTA DE PREPARACION PARA LA APLICACIÓN DE LOS CICLOS DE AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO PARA UNA IPS MODELO.