

AUDITORIA EXTERNA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ESTÁNDARES
MÁXIMOS DE CALIDAD EN LA IPS CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE EN
EL AÑO 2010

LEIDY TRINIDAD BERMEO CASTRO
BREDIO ANDRES MARTINEZ ROJAS

UNIVERSIDAD EAN – UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD
CON ENFASIS EPIDEMIOLOGIA

POPAYAN

2010

AUDITORIA EXTERNA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ESTÁNDARES
MÁXIMOS DE CALIDAD EN LA IPS CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE EN
EL AÑO 2010

LEIDY TRINIDAD BERMEO CASTRO
BREDIO ANDRES MARTINEZ ROJAS

Asesor:

AUGUSTO MUÑOZ CAICEDO
Especialista en Auditoria en Salud

UNIVERSIDAD EAN – UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD
CON ENFASIS EPIDEMIOLOGIA
POPAYAN
2010

Nota de aceptación:

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus más sinceros agradecimientos a:

DIOS, por su constante compañía y protección.

Audióloga, ERICA E URIBE, por permitirnos realizar nuestra investigación en su IPS y por su disponibilidad y colaboración para el desarrollo de ésta.

Especialista, AUGUSTO MUNOZ CAICEDO, por todos sus conocimientos y dedicación aportados en el proceso de la investigación y por su desinteresada y oportuna asesoría en el proceso metodológico.

Y a todos aquellos que directa o indirectamente han contribuido al resultado de este trabajo.

A Dios por darnos la fortaleza y sabiduría necesaria para realizar nuestros sueños y cumplir nuestras metas, por ser el eje que dirija nuestra vida de aquí en adelante.

A nuestros padres y familiares que de una u otra forma nos apoyaron y creyeron en nuestras capacidades para culminar nuestra especialización; por brindarnos a cada uno los consejos oportunos y las palabras de aliento cuando sentíamos decaer.

A todas las demás personas que de una u otra forma colaboraron para que este proyecto se hiciera realidad.

A la Universidad del Cauca y Universidad EAN por contribuir en nuestra formación personal y profesional.

CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCIÓN	
1. CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION	10
1.1 RESEÑA HISTORICA	10
1.2 MISIÓN	11
1.3 VISION	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.1. DESCRIPCION DEL AREA PROBLEMÁTICA	12
2.2. ANTECEDENTES	13
2.3. DELIMITACION DEL PROBLEMA	14
2.4. FORMULACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2.5. OBJETIVOS	14
2.5.1 Objetivo general	14
2.5.2. Objetivos específicos	15
2.6. JUSTIFICACION	15
3. MARCO TEORICO	17
3.1 HISTORIA DE LA ACREDITACION EN EL MUNDO	17
3.2 .ANTECEDENTES EN COLOMBIA	19
3.3. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD	23
3.4. NORMAS TECNICAS	24
3.4.1. Decreto Numero 1011 De 2006 (3 Abril 2006)	24
3.4.2. Resolución Número 1445 De 2006 (8 Mayo 2006)	26
3.4.2.1. Estándares de acreditación	27
3.4.2.2. Conformación de la junta de acreditación	28
3.4.2.3. Otorgamiento de la acreditación	28

3.4.2.4. Manual De Estándares De Acreditación Para Las Instituciones Que Ofrecen Servicios De Salud De Rehabilitación Y Rehabilitación	29
3.4.3. La Auditoria Externa Como Un Modelo De Control De Segundo Orden	42
3.4.4. Diagnostico estratégico de el centro de audición y Lenguaje 2010 – 2011	46
3.4.4.1. Cultura organizacional	46
3.4.4.2. Factores internos	47
3.4.4.3. Factores externos	53
3.4.4.4. Objetivos institucionales	55
3.4.4.5. Objetivos departamentales	56
3.4.4.6. Estrategias a utilizar	56
3.4.5. Plan De auditoria Para El Mejoramiento de la calidad	57
3.4.5.1. Definición de pamec	57
3.4.5.2. Preparación para la formulación del plan	58
3.4.5.3. Capacitación del equipo de mejoramiento	59
3.4.5.4. Formulación del plan del mejoramiento	60
3.4.5.5. Seguimiento del plan de mejoramiento	61
3.4.5.6. Ciclo gerencial PHVA	62
4. DISEÑO METODOLOGICO	64
4.1. TIPO DE ESTUDIO.	64
4.2. POBLACION DE ESTUDIO.	64
4.2.1. Universo.	64
4.2.2. Muestra.	64
4.3. VARIABLES.	64
4.3.1. Operacionalización de variables.	64
4.4. PROCEDIMIENTO.	64
4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.	65
5. RESULTADOS	66

5.1. PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE - ASISTENCIAL	66
5.2.DIRECCIONAMIENTO	76
5.3.GERENCIA	80
5.4.GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS	84
5.5.GERENCIA DE AMBIENTE FISICO	91
5.6.SISTEMAS DE INFORMACION	97
6. PAMEC	102
7. CONCLUSIONES	140
8. RECOMENDACIONES	145
BIBLIOGRAFIA	147
ANEXOS.	149

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Formato Operacionalización de Variables.	150
Anexo 2. Acta de entrega diagnostico estratégico	152
Anexo 3. Formato Informe Ejecutivo De Auditoria.	153

INTRODUCCION

En el año 2000, el Estado colombiano emprendió la “Evaluación y fortalecimiento del Sistema de Garantía de Calidad de la atención en salud” ¹ con el propósito de “garantizar en el mediano plazo una óptima calidad de los servicios a toda la población cubierta por el sistema de seguridad social, y que conlleve una alta satisfacción de los usuarios, al tiempo que impulse el desarrollo de la cultura de la calidad en el sector”².

El presente estudio pretendía establecer en qué medida se aplica éste propósito en una IPS de la ciudad de Popayán. Para esto se realizó una auditoría externa en el centro de audición y lenguaje que permitiera identificar los estándares máximos de calidad en la prestación de los servicios de audiología y fonoaudiología de esta institución, teniendo como principal objetivo la atención al usuario, desde el momento de su ingreso, durante y después de su tratamiento, cumpliendo con los estándares de habilitación/ rehabilitación, mencionados en el manual No 6 de la resolución 1445 de 2006. Teniendo como base lo establecido en ésta resolución, se realizó la auditoría externa de cada proceso: Atención al cliente, gerencia, direccionamiento, gerencia del recurso humano, gerencia del recurso físico y sistemas de información, dando una calificación de 1 a 5 a cada uno de los estándares, obteniendo un resultado que permitía priorizar cada proceso en la necesidad de mejorarlo; logrando así realizar un plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad de acuerdo a los resultados obtenidos el cual se socializó a las directivas de la IPS.

¹Decreto 1011 de 2006

²Ministerio de la protección social- Dirección de promoción social

1 CARACTERISTICAS DE LA INSTITUCION

1.4 RESEÑA HISTORICA

El Centro de Audición y Lenguaje fue creado en 1997 con el objeto de constituirse en un Centro dedicado a la atención en Fonoaudiología. Ha estado orientado desde su inicio por la Fonoaudióloga Érica Constanza Uribe Hurtado. En ese año, inicia con convenios de prestación de servicios a particulares, entidades como la Policía Nacional, Fuerzas Militares y diferentes E.P.S. de la ciudad. Se inicia en un consultorio ubicado en el Centro Médico Urgencias 24 horas.

El Centro de Audición y Lenguaje ejerce con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera.

Actualmente el Centro de Audición y Lenguaje se encuentra ubicado en la Calle 16N # 6 – 27 consultorio 303, cuenta con dos consultorios de fonoaudiología y audiología cada uno con sala de espera. Los diferentes consultorios cuentan con la dotación tecnológica necesaria para la prestación de servicios, con la Certificación de cumplimiento para IPS dada por la Secretaria de Salud Resolución 1439.

Su actividad se despliega en el campo fonoaudiológico, básicamente en el campo asistencial.

Cuenta para ello con un equipo de profesionales especialistas en las áreas de Audiología clínica, lenguaje habla y voz los cuales dirigen su labor en los contextos clínico, educativo y ocupacional hacia las comunidades.

- Área de atención: audiología, habla y lenguaje.

- Niveles de intervención: promoción de la salud comunicativa, prevención II y prevención III de las patologías fonoaudiológicas.

La calidad de nuestro servicio es valorado por nuestros usuarios de la siguiente manera:

- Usuarios externos: calidad e integridad del servicio; infraestructura física y tecnológica, costos racionales.
- Entes gubernamentales: modelo en la gestión y buenas prácticas.
- Entidades del sector salud: talento humano competente.
- Comunidad: programas educativos de promoción y prevención en el ámbito que nos compete.
- Proveedores: oportunidad en el pago, relaciones a largo plazo, imagen institucional.

1.5 MISIÓN

Proveer Servicios de calidad en el proceso de rehabilitación integral de las personas con trastornos auditivos y/o con trastornos del lenguaje, aprendizaje y/o habla; participar en la prevención y detección temprana de estas discapacidades, con la participación activa del usuario, familia y la comunidad

1.6 VISIÓN

Ser reconocidos a nivel local, departamental y nacional como una institución modelo en el campo de la rehabilitación integral en el área de Fonoaudiología.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DESCRIPCION DEL AREA PROBLEMÁTICA

En Colombia se ha venido trabajando constantemente sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud, así lo señala el Decreto 2309 y el Decreto 1011. Los prestadores de servicios se han vinculado de manera efectiva para cumplir con los 4 componentes del sistema de garantía de calidad (sistema único de habilitación, sistema de auditoria para el mejoramiento de la calidad, sistema de acreditación y sistema de información), desafortunadamente muy pocas instituciones cumplen con el 100% de los componentes, así lo demuestra las estadísticas que reposan en las secretarías departamentales de salud. Lo anterior puede ser consecuencia del desconocimiento de la normatividad o simplemente a la falta de orientación por parte de los entes del sistema.

Los prestadores de servicios de fonoaudiología general y audiología , por ser considerados servicios de salud, deben cumplir con los requisitos mínimos de calidad descritos en el decreto 1011 y sus anexos, pero desafortunadamente los estándares estipulados en dicha norma no permiten una evaluación objetiva de la calidad de la prestación en estos servicios ;por lo tanto nuestro estudio permitirá obtener un instrumento que basado en la normatividad vigente, sirva como referente para que los servicios de fonoaudiología y audiología se presten con la máxima calidad, además de permitirnos realizar un plan de auditoria par el mejoramiento de la misma.

2.2 ANTECEDENTES

En el año 2006, Henríquez y Sanhuesa, realizaron una investigación sobre acreditación de campos clínicos de enfermería, el objetivo fue verificar si los procesos en educación y salud dan como resultado un producto de calidad, se analizaron aspectos relacionados con los actuales procesos de acreditación de campos clínicos para la enseñanza de Enfermería. Como resultados a este estudio se encontró que En la acreditación de campos clínicos se aprecia una diversidad de enfoques para evaluar, pero el fin es el mismo, contar con establecimientos que brinden un cuidado de calidad que permita al estudiante de Enfermería reconocer cuáles son las variables de los distintos campos clínicos que los hacen de excelencia. Entre las variables o parámetros mínimos a considerar para acreditar campos clínicos para Enfermería se podrían mencionar: existencia de profesionales de Enfermería que provean modelados humanos y éticos, que el establecimiento cuente con una política de evaluación periódica por medio de indicadores tales como satisfacción del usuario, satisfacción con la calidad de los cuidados, impacto del cuidado de Enfermería en los costos, en el número de días-cama en la rehabilitación y otros indicadores de satisfacción en salud. También existencia de trabajo interdisciplinario, horizontalidad en la relación profesional-profesional y usuario-profesional, presencia de integración docente-asistencial y por último existencia de una adecuada infraestructura que permita el bienestar tanto de los usuarios como de los mismos profesionales. Existe déficit de estudios que indaguen sobre evaluación y acreditación de campos clínicos para la enseñanza en enfermería, y no se encontraron estudios de evaluación de campos clínicos del área comunitaria. Se hace imprescindible establecer criterios comunes para acreditar los campos clínicos entre las entidades formadoras, basadas también en el perfil de competencias de la carrera de enfermería. Es de suma importancia tanto la acreditación de campos clínicos del área asistencial

intramural como comunitaria para la enseñanza de los alumnos de enfermería, para que estos puedan desarrollar las competencias específicas necesarias para su formación profesional³.

2.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA

El presente estudio se desarrollara en la IPS Centro de audición y lenguaje de la ciudad de Popayán, durante el primer periodo del 2010.

2.4 FORMULACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son los estándares máximos de calidad que ha implementado la IPS Centro de Audición y Lenguaje, para lograr su acreditación?

2.5 OBJETIVOS

2.5.1 General

Realizar una auditoria externa para identificar los estándares máximos de calidad implementados y elaborar un plan de mejoramiento que permita la acreditación de la IPS Centro de Audición y Lenguaje

³ CID, Patricia, SANHUEZA, Olivia. Acreditación de campos clínicos de enfermería (online): revista cubana de enfermería. Septiembre – diciembre de 2006.

2.5.2 Objetivos específicos:

1. Realizar una auditoria externa en la IPS centro de Audición y Lenguaje de la Ciudad de Popayán.
2. Identificar los estándares máximos de calidad implementados en el centro de audición y lenguaje antes del año 2010.
3. Elaborar un plan de mejoramiento que permita mejorar los procesos de atención al usuario y contribuir a su acreditación.

2.6 JUSTIFICACION

Existe la necesidad para que la prestación de servicios de salud y específicamente en Fonoaudiológicos, se presten con una mayor calidad; por esta razón hemos decidido implementar un modelo de auditoria de la calidad con indicadores que oriente a los profesionales, estudiantes, entre otros que presten estos servicios, a que mejoren sus procedimientos, logrando así una mejor atención al paciente, obteniendo mejores resultados y aumentando las expectativas y la asistencia al servicio.

En nuestra ciudad existen alrededor de doce centros en los cuales se prestan los servicios de audiología y fonoaudiología general, la mayoría se encuentran habilitados para hacerlo, sin embargo muy pocos están en proceso de acreditación; debido a esta situación, nuestra investigación servirá de referente para la implementación de programas de calidad que puedan facilitar la gestión que cada una de estas instituciones realice en pro de su acreditación.

La importancia de garantizarle al paciente una adecuada prestación de los

servicios de audiolología y fonoaudiología general, asegurara que los procedimientos realizados para su patología sean los correctos, teniendo en cuenta indicadores de calidad como los que se pretende implementar en nuestra investigación, sirviendo como apoyo al profesional y al usuario que es el objeto de toda prestación de un servicio.

3. MARCO TEORICO

3.1 HISTORIA DE LA ACREDITACION EN EL MUNDO

En India y China, los estándares que determinaban quién podía practicar la medicina datan del primer siglo A.C. A partir de 1140, Italia emprende esfuerzos para licenciar a todos los médicos, y esto dio lugar posteriormente, a estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el siglo XIX. En USA, el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud, 1951). En Canadá el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud (CCHSA), realiza este proceso desde 1959⁴.

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

⁴ ICONTEC. Sistema único de acreditación en Salud (online). Mayo de 2010

el mejoramiento de la calidad.

En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud asumió una política formal de calidad en 1991 y adoptó al PMC para ponerla en práctica.

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

En 1985, un grupo de profesionales de la salud se reunió en Udine, norte de Italia, para discutir sobre el aseguramiento de la calidad en medicina. La mayoría de los primeros grupos han sido profundamente influenciados por Avedis Donabedian y el enfoque europeo. En el primer consejo ejecutivo de la International Society for Quality in Health Care (ISQua) fue evidente. En 1986, con el liderazgo de Peter Reizenstein como presidente y entonces editor de la revista, la sociedad creció a través de su programa de la conferencia anual internacional y sus publicaciones.

Después de un proceso internacional en el que se presentaron varias ofertas, en 1995 se decidió establecer la secretaría de la ISQua en Australia. Esta sociedad es una organización sin ánimo de lucro, administrada por un Consejo Ejecutivo, que se elige cada dos años. Los miembros regulares del Consejo son de Norteamérica, Europa y de la región de Asia y el Pacífico.

Hoy en día, países como Nueva Zelanda, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado sistemas de

evaluación y acreditación en salud.

3.2 ANTECEDENTES EN COLOMBIA

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.⁵

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

⁵ ICONTEC. Sistema único de acreditación en Salud (online). Mayo de 2010

Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC), en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

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

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único

de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC)

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

- “El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.
- La Calidad de la Atención en Salud como “...la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario” y define sus características: así:
 - Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
 - Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

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

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

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

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

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

- La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y

municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

- La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.
- El sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3.3 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN EN SALUD

El Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, IPS, ARS y empresas de medicina prepagada que voluntariamente quieran

demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación (por ejemplo, educación personalizada al paciente y su familia y procesos para identificar las necesidades y el cuidado del paciente después de su egreso de una entidad hospitalaria).

La importancia de este sistema radica, por una parte, en que constituye una oportunidad para que sean competitivas en el plano nacional como en el internacional, con el fin de que puedan exportar servicios de salud, y, por otra, genera competencia entre las entidades por ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios que tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad⁶.

3.4 NORMAS TECNICAS

Para efecto de nuestra investigación se deben tener en cuenta los decretos y resoluciones que según el ministerio de la protección social en Colombia ha estipulado para los efectos de calidad en salud, acreditación y plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad (Pamec).

3.4.1 DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 (3 ABR 2006)

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD

El propósito de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población.

⁶ ICONTEC. Sistema único de acreditación en Salud (online). Mayo de 2010

Es así como el Ministerio de la Protección Social expidió el decreto 1011 del 3 de abril de 2006, dónde se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), el cual es aplicable para toda persona o entidad que oferte y preste servicios de salud.⁷

Lo fundamental para el SOGCS es incrementar los resultados favorables de la atención en salud en el paciente y protegerlo de los riesgos asociados a dicha atención.

En este Decreto, se definen entre otros, los componentes que integran el SOGCS los cuales son:

- **Sistema Único de Habilitación:** a través de los estándares de habilitación busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados con la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento. (Resolución 1043 de 2006)

- **Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. (Resolución 1043 de 2006).- Obligatorio para IPS.

- **Sistema Único de Acreditación:** destinado a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que voluntariamente decidan acogerse a este

⁷ Ministerio de protección social Colombia. Decreto 1011: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Abril 3 de 2006

proceso. (Resolución 1445 de 2006)

•**Sistema de información para la Calidad:** Tiene por objeto estimular la competencia por calidad entre los actores del sistema a través de la monitoria de indicadores de calidad; orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud. (Resolución 1446 de 2006)

3.4.2 RESOLUCIÓN NÚMERO 1445 DE 2006 (8 MAYO 2006)

En esta Resolución se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Dichas funciones son:⁸

1. Promover el Sistema Único de Acreditación
2. Seleccionar y entrenar a los profesionales que cumplirán las funciones de evaluación en el Sistema Único de Acreditación.
3. Estandarizar los procedimientos de evaluación.
4. Definir el procedimiento operativo que deben efectuar las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y/o Subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para presentarse al proceso de Acreditación.
5. Conformar la Junta de Acreditación y el Comité de Apelaciones

6. Revocar o suspender la acreditación otorgada, cuando durante el proceso de seguimiento por parte de la entidad acreditadora se evidencie que la institución ha dejado de cumplir las condiciones exigidas para obtener la acreditación en

⁸ Ministerio de protección social Colombia. Resolución 1445: funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Anexo técnico 1. Mayo 8 de 2006

salud, de acuerdo con los procesos de otorgamiento de la acreditación a que hace referencia el artículo 5º de la presente resolución.

7. Diseñar, sistematizar y mantener actualizado un banco de datos con la información relativa a las instituciones que participen en el Sistema Único de Acreditación.
8. Realizar la divulgación sobre las organizaciones que han obtenido la acreditación.
9. Presentar al Ministerio de la Protección Social sin afectar el principio de confidencialidad los informes que requiera para efectos de definición de políticas.
10. Elaborar y enviar un informe ejecutivo semestral al Ministerio de la Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud.
11. Las demás que se establezcan en las bases del concurso de méritos o del proceso de escogencia previsto en la Ley 80 de 1993, o en las normas que la modifiquen, sustituyan o el Estatuto General de Contratación de la Administración.

3.4.2.1 ESTANDARES DE ACREDITACIÓN

Para efecto que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, se adoptan los manuales de estándares que se señalan a continuación, los cuales se encuentran contenidos en el anexo técnico No. 1 que forma parte integral de la presente resolución:

1. Manual de Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.-EAPB.-
2. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Hospitalarias.

3. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias.
4. Manual de Estándares de Acreditación para los Laboratorios Clínicos.
5. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología.
6. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilitación y Rehabilitación.

3.4.2.2 CONFORMACIÓN DE LA JUNTA DE ACREDITACIÓN

Para efectos de conferir o negar la acreditación de las entidades que se someten a este proceso, la Junta de Acreditación estará conformada por un grupo de expertos en temas de gestión, evaluación y mejoramiento de la calidad que acrediten experiencia mínima de cinco (5) años en el desempeño de cargos directivos en instituciones del sector salud, ajustándose a los perfiles descritos para tal efecto en el anexo técnico N°. 2.

3.4.2.3 OTORGAMIENTO DE LA ACREDITACIÓN

El otorgamiento de la acreditación se efectuará con sujeción a los procedimientos definidos en el Anexo Técnico No. 2 que forma parte integral de la presente resolución, para lo cual, la Junta de Acreditación dispondrá del grado de discrecionalidad definido en los mencionados procedimientos, dejando registro explícito de sus deliberaciones, en las actas de las reuniones.

3.4.2.4 MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES QUE OFRECEN SERVICIOS DE SALUD DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN.

INTRODUCCIÓN

El Manual de Estándares para la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Habilitación / Rehabilitación, se enmarca en los lineamientos conceptuales e instrumentales del Sistema de Único de Acreditación del Sistema de Garantía de la Calidad y orienta el proceso de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud -IPS- que prestan servicios de habilitación / rehabilitación.⁹

En nuestro trabajo tendremos en cuenta el manual numero 6, el cual tienen en cuenta los estándares para servicios de habilitación y rehabilitación de una IPS, en nuestro caso CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE.

BASES CONCEPTUALES DE LA ACREDITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE REHABILITACION

Para la formulación de los estándares, se adoptó el concepto de rehabilitación integral.

⁹ Ministerio de protección social Colombia. Manual de estándares de acreditación para las instituciones que ofrecen servicios de salud de habilitación y rehabilitación. Resolución 1445: funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Anexo técnico 1. Mayo 8 de 2006

Aunque las IPS de habilitación / rehabilitación (y también las instituciones de habilitación / rehabilitación no pertenecientes al sector salud) tengan misional o vocacionalmente áreas de especialidad o de énfasis y no presten servicios de habilitación / rehabilitación 'integral', deseablemente deben prestar sus servicios buscando la integralidad, lo cual implica una especial importancia de las actividades de la institución destinadas a coordinar o facilitar el acceso a los servicios de otras instituciones, profesionales o sectores, para asegurar la continuidad y la integralidad de la habilitación / rehabilitación.

La habilitación / rehabilitación integral supera el ámbito sectorial, y debe ser abordada de tal manera, pero no excluye las responsabilidades sectoriales en las áreas de competencia de cada sector. Para el caso de las instituciones de salud, éstas deben cumplir las normas de salud para la prestación de servicios y deben autoevaluarse o ser evaluadas bajo parámetros del sector. Para superar el ámbito sectorial, deben seguir los lineamientos suprasectoriales existentes y, además de cumplir las propias del sector al que pertenecen, cumplir funciones de coordinación con los otros sectores.

DISCAPACIDAD

La discapacidad se refiere al "término genérico que incluye déficits, limitación en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (Factores ambientales y factores personales) Además de la deficiencia o déficit en algún órgano o función (nivel corporal) y de la limitación en la actividad (nivel individual) -tradicionalmente tenidas en cuenta en el concepto de discapacidad- esta definición de la discapacidad contempla las restricciones en la participación (nivel social) como un elemento definitorio de la discapacidad. Por el carácter social y ambiental de la participación, las restricciones en la participación de la persona con discapacidad, varían para cada individuo y de una comunidad a otra.

HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN INTEGRAL

La habilitación se refiere a los procesos terapéuticos, educativos y sociales aplicados a individuos que han sufrido una discapacidad antes de adquirir una habilidad propia de su desarrollo madurativo, tomando un rango de edad entre 0 y 10 años. La habilitación / rehabilitación integral es aquella que “a través de procesos terapéuticos, educativos, formativos y sociales, busca el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración” de la persona con discapacidad “al medio familiar, social y ocupacional” desarrollando “acciones simultáneas de promoción de la salud y de la participación y prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración socio ocupacional”.

Todo proceso de habilitación / rehabilitación integral debe tener duración limitada y objetivos claramente definidos y debe fomentar la participación de la persona con discapacidad, de sus familias y comunidad, de los profesionales de diferentes disciplinas y de los diferentes sectores.

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN

En el proceso de habilitación / rehabilitación integral, los servicios se prestan a través de diferentes instituciones orientadas por los sectores a los que pertenecen. Las instituciones prestadoras de servicios de salud - IPS “son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas”¹⁰⁰ y las de habilitación / rehabilitación son las que prestan “servicios para el desarrollo de capacidades funcionales: físicas, mentales y sociales”⁴, dentro del proceso de habilitación / rehabilitación integral, que es competencia de varios sectores e instituciones.

Las competencias establecidas para los prestadores de servicios de salud en habilitación / rehabilitación son:

- Prestar servicios de calidad, acordes a las políticas y lineamientos establecidos por las direcciones territoriales
- Promover derechos y deberes de la población en situación de discapacidad en los servicios prestados
- Elaborar los planes integrales de habilitación /rehabilitación
- Fomentar la participación de los usuarios en situación de discapacidad y sus familias, en la elaboración y desarrollo de los planes de intervención
- Asegurar la interdisciplinariedad e intersectorialidad de la atención
- Formar parte de la red de apoyo territorial

ESTRUCTURA DE LOS ESTÁNDARES

Explicación del orden de los estándares.

Los estándares se encuentran ordenados de la siguiente manera: una primera sección donde aparecen los Estándares del Proceso de Atención a los Usuarios y una segunda sección en la que se hallan los Estándares de Apoyo Administrativo – Gerencial a dichos procesos asistenciales.

El proceso asistencial cuenta con un gran módulo, denominado Estándares del Proceso de Atención al Cliente – Asistencial. En este se encuentra un proceso de atención genérico de un usuario en una institución de salud de habilitación /rehabilitación.

La segunda sección de los estándares incluye aquellos procesos administrativo–gerenciales que son críticos en la institución para el apoyo de los procesos asistenciales. Esta sección se subdivide en cinco grupos grandes de estándares:

- **Direccionamiento:** es el trabajo que ha de realizar la institución frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de dirección de la institución.
- **Gerencia:** es el trabajo que deben desarrollar permanentemente las unidades funcionales y organismos de dirección interna de la institución, frente a las diferentes áreas y funciones claves.
- **Recursos humanos:** se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación hasta su proceso de mejoramiento continuo.
- **Sistema de información:** se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la institución.
- **Ambiente físico:** incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la institución para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.

Cada una de las secciones de los estándares (tanto asistenciales como administrativos) cuenta al final con un grupo de estándares idénticos, que corresponden al proceso de mejoramiento continuo.

ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE – ASISTENCIAL

Propósito de los estándares

La sección de los estándares del proceso de atención pretende señalar el camino lógico de la relación usuario/paciente - institución dentro de un proceso de atención. Este camino está desarrollado mediante una serie de pasos subsecuentes y complementarios que integran, de manera coordinada, los

diferentes servicios, personas y elementos claves de la atención frente al usuario y su familia. La institución debe garantizar que se ofrezcan servicios de calidad dentro de un ambiente de trabajo seguro.

Organización de los estándares

La institución debe tener definida una política respecto a los derechos de las personas con discapacidad, los cuales son difundidos y conocidos por todo el personal y promovidos fuera de la institución. La institución promueve ante las instituciones y grupos de su ámbito de acción, el diagnóstico y detección tempranos de la discapacidad y tiene identificado el proceso de atención del usuario desde su ingreso hasta el egreso.

Para el registro e ingreso del usuario, la institución lleva a cabo procesos de preparación para la atención, y para la admisión y registro del usuario, buscando la atención oportuna y la menor cantidad de incertidumbre en el usuario y su familia acerca de la institución y del proceso de habilitación / rehabilitación.

Se lleva a cabo una evaluación interdisciplinaria e integral de las necesidades de habilitación / rehabilitación y de educación al ingreso, y se intercambia información con el usuario acerca de la institución, del usuario, de la habilitación / rehabilitación y de sus posibles resultados. Se obtiene consentimiento informado del usuario o de su representante legal para la habilitación / rehabilitación y para la participación en estudios de investigación, cuando aplica.

Se elabora el plan de habilitación / rehabilitación del usuario que además de las necesidades de habilitación/rehabilitación y de educación identificadas, tiene en cuenta la identificación de los aspectos claves de la atención, la provisión de servicios en un ambiente de respeto a la privacidad y dignidad del usuario, las necesidades derivadas del uso de medicamentos, dispositivos de apoyo y ayudas técnicas, el diagnóstico complementario cuando se requiera y la definición de las

responsabilidades del personal en el proceso de habilitación / rehabilitación del usuario.

La provisión de los servicios se lleva a cabo por parte de un equipo interdisciplinario calificado, cumpliendo las guías y estándares de práctica aceptados. La institución asegura el registro de la información y el mantenimiento de la historia clínica de manera integral, única y segura.

Existe un proceso para atender y dar respuesta a las quejas y sugerencias de los usuarios impulsando el mejoramiento institucional. Se brindan información y educación al usuario y su familia acerca de la discapacidad y su evolución y sobre los aspectos relevantes para el buen resultado de la habilitación / rehabilitación.

Las actividades de habilitación / rehabilitación son evaluadas periódicamente por la entidad y los clientes, para lo cual se debe contar con procesos definidos de evaluación de los planes individuales de habilitación / rehabilitación y de los resultados generales en la población atendida. Tanto en las evaluaciones institucionales como en las evaluaciones con la familia se debe contar con la posibilidad de comparar los resultados obtenidos con los esperados y de ajustar los planes individuales de habilitación / rehabilitación o los procesos de atención cuando se observan resultados no esperados repetidamente.

El egreso del usuario debe estar acompañado de la adopción de medidas para valorar y asegurar la adherencia del usuario a las actividades y tratamiento prescritos y del registro de información que incluya los resultados de la habilitación / rehabilitación y los requerimientos futuros de atención.

La institución además de planear el egreso y los requerimientos futuros de atención, adelanta procesos para buscar la continuidad de la atención del usuario

y la integración intersectorial e interinstitucional para promover el acceso al medio y la participación de las personas con discapacidad.

Para el mejoramiento del proceso de atención en habilitación / rehabilitación, la institución elabora e implementa los respectivos planes de mejoramiento, les hace seguimiento mediante indicadores de desempeño y difunde y da a conocer los resultados de esos planes.

DIRECCIONAMIENTO

Propósito de los estándares

Los órganos de direccionamiento de la institución deben estar en permanente capacidad de desarrollar, implementar y desplegar una serie de competencias organizacionales que orienten a la institución hacia la calidad. De esta manera se promueve que estos órganos de gobierno estén involucrados explícitamente en la continua orientación de la institución hacia procesos de mejoramiento y contribuir en el despliegue de esa orientación hacia los diferentes niveles de decisión.

Organización de los estándares

Este capítulo define los parámetros del direccionamiento estratégico para la institución, la forma como se precisan la misión y la visión que determinan el rumbo, de una forma ética y en función de su razón de ser, de sus colaboradores y de la comunidad para la que trabaja; cómo define los principios y valores que orientan los comportamientos de la cultura deseable en la institución; cómo la alta dirección de la institución asume el papel de liderazgo para encauzar y difundir estos lineamientos y convertirlos en un plan estratégico, construido con todas las áreas, en forma priorizada, racional y viable. Además, si está definido adecuadamente el proceso de selección y vinculación del gerente, los directivos y el equipo de trabajo asistencial; cómo estos asesoran a la junta directiva en casos

necesarios y cómo se prevé la actualización de la junta directiva; cómo esta garantiza los recursos y participa en la educación y monitorización de la calidad y el mejoramiento, así como en el reclutamiento y continuidad de personal clave.

En la evaluación de calidad del direccionamiento estratégico se tienen establecidos indicadores contruidos con las áreas de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

GERENCIA

Propósito de los estándares

El proceso de atención al usuario y su familia, así como los procesos que involucran a los clientes internos, deben estar soportados por una serie de decisiones estratégicas que orienten el adecuado desarrollo y desempeño de cada uno de estos. Es responsabilidad de la gerencia de la institución, garantizar espacios, recursos y mecanismos para desarrollar este tipo de decisiones y lograr mantenerlos en el día a día de los procesos organizacionales. La presente sección desarrolla una serie de elementos básicos y fundamentales que soportan la adecuada toma de decisiones.

Organización de los estándares

Respecto de la cultura organizacional, cada unidad tiene identificados sus clientes internos y externos y un proceso para identificar y responder a sus necesidades y expectativas. La alta gerencia apoya la monitorización y mejoramiento de calidad mediante la interacción, acompañamiento y reconocimiento a grupos de trabajo de las unidades, así como la remoción de obstáculos al mejoramiento.

También define la manera como la institución afronta los derechos de los clientes en aspectos como la dignidad, privacidad, seguridad, particularidades del cliente y el derecho a decidir su participación en procedimientos experimentales. Así mismo, la forma como se previene y controla el comportamiento agresivo o abusos con clientes acompañantes o trabajadores. Cómo se revisan las implicaciones de los proyectos de investigación en aspectos tales como estándares éticos, diseño, beneficios, riesgos e impacto.

Define cómo para la construcción del plan estratégico se desarrolla un proceso interno y externo de identificación y tratamiento de las variables que inciden en la institución, así mismo cómo se implementa dicho plan estratégico y se despliega en las áreas de manera coherente con los grandes propósitos de la institución y se definen políticas respecto del tipo y amplitud de la atención y servicios que se han de proveer.

Orienta también la asignación adecuada de los recursos de acuerdo con el plan, los cuales se miden y controlan, en función de los procesos, del mejoramiento de la calidad. Se define su monitoreo y las responsabilidades en los diferentes niveles de la institución. Se determina también el monitoreo del proceso de gerencia en forma priorizada respecto de la atención y el tratamiento de acuerdo con el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición. Se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

GERENCIA DEL RECURSO HUMANO

Propósito de los estándares

El esquema de trabajo organizacional, basado en filosofías de Mejoramiento Continuo de la Calidad, debe tener presente que los trabajadores de la institución

cumplen un papel preponderante como clientes internos de sus procesos o dependencias funcionales. De la manera como se enfoque la participación de estos clientes dentro de la toma de decisiones, su implementación y retroalimentación (oír la voz del cliente interno), así será el grado de cambio dentro de cada una de estas organizaciones. Una institución podrá lograr el mejoramiento continuo de sus procesos sólo en la medida en que reconozca y acepte la promoción de una cultura participativa dentro de sus trabajadores.

Organización de los estándares

La institución debe tener procesos claros acerca de los clientes internos relacionados con el cumplimiento de condiciones básicas, sistemas de evaluación, así como de selección, vinculación, capacitación, promoción y retiro. Además, debe contarse con una planeación del recurso humano que atienda el cumplimiento del plan estratégico o de cambios importantes en la institución con el apoyo de recursos financieros y tecnológicos.

Se asegura la calificación y competencia del personal médico asistencial y del personal, mediante la documentación de los requisitos de competencia, calificaciones de cada cargo, así como el proceso de inducción, entrenamiento y capacitación que incluyen las responsabilidades del cargo acordes con su relación sistémica hacia la institución y el cumplimiento de los grandes propósitos. De la evaluación permanente se retroalimenta para el mejoramiento. Respecto a la práctica profesional, se evalúa su actualización y certificación especializada y sus aportes de valor agregado.

Existe un proceso definido del manejo de las relaciones con los empleados enmarcadas en el diálogo, se evalúa sistemáticamente su satisfacción y se cuenta con procesos de salud ocupacional y seguridad industrial. Además, se mide con indicadores la gestión del recurso humano, los factores de calidad del proceso de

atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

Propósito de los estándares

La provisión de servicios, así como el desarrollo inherente a los procesos, se desarrolla dentro de un ambiente que impone una serie de riesgos con igual o mayor número de consecuencias adversas al bienestar de los clientes y empleados de la institución. La gerencia del ambiente físico pretende generar una serie de procesos o políticas encaminados a establecer unos mecanismos operativos de prevención y manejo de esos potenciales riesgos con el fin de garantizar la seguridad y calidad del entorno donde se desarrollan los procesos organizacionales.

Organización de los estándares

Coherente con los grandes propósitos, la entidad debe contar con una política y procesos de gerencia del ambiente físico que contemple los recursos físicos, el mantenimiento de la seguridad y la preparación para emergencias y desastres. Se cuenta con procesos para el control de infecciones de acuerdo con la legislación y estándares de manejo de usuarios, recolección, análisis y reporte de infecciones o enfermedades de transmisión, así como de la detección y manejo cuando es intrahospitalaria; el empleo adecuado de los equipos e insumos acorde con la legislación y procedimientos internos. De igual manera, el manejo y disposición de los desechos en forma segura.

Se debe contar con procesos definidos para el control y manejo de emergencias y desastres debidamente documentados y articulados con entidades coordinadoras,

se contempla la realización de ejercicios periódicos para revisar protocolos y mantener una disciplina y organización de responsabilidades del personal en temas tales como incendios, donde se cuenta con prácticas de prevención y capacitación como para el manejo de las situaciones de emergencia, la activación de alarmas, el manejo de usuarios y su reubicación adecuada, sistemas de evacuación y desactivación de sistemas inflamables; proceso de recepción de personas involucradas en emergencia o desastre, áreas dispuestas, registro e ingreso de los usuarios, proceso de triage, señalización y protocolos de egresos para estas situaciones. Se debe contar también con un proceso para el manejo de usuarios extraviados dentro de la entidad, identificación de las personas con posibilidad de extravío, protocolo de búsqueda e información a la familia y policía.

Además, se miden con indicadores la gerencia del ambiente físico, los factores de calidad del proceso de atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Propósito de los estándares

La sección de los estándares de la gerencia de la información pretende señalar los elementos sustanciales de la institución para el diseño y puesta en marcha de un proceso coherente de gerencia de la información y de los recursos utilizados para su adecuado desarrollo. Implica el facilitar las decisiones de los trabajadores de la institución (en todo nivel), basados en la integración de la información clínica y administrativa originada por los procesos. La gerencia de la información debe garantizar la estructura y coherencia de la información para generar habilidades de respuesta a los requerimientos de los clientes, sus familias y trabajadores.

Organización de los estándares

Los procesos de este tema son diseñados a partir de los requerimientos de información de la institución en factores como procesos de atención y necesidades de los clientes, planeación, direccionamiento y mejoramiento de la institución, gestión de recursos, productividad. Se define un plan de gerencia de la información que garantiza su gestión priorizada desde la estandarización, captura, análisis, transmisión y difusión, seguridad con niveles de acceso y almacenamiento. La institución hace seguimiento de las variaciones de desempeños de equipos y procesos.

La institución promueve la cultura de toma de decisiones sobre hechos y datos, y promueve su acceso de acuerdo con necesidades, para el análisis agregado y desagregado que permita monitorear y referenciar de manera sistemática. Además, se mide con indicadores la gerencia de la información, los factores de calidad del proceso de atención de manera priorizada por el riesgo, el volumen, su incidencia sobre factores clave de calidad y de su medición se desarrollan procesos de mejoramiento que son compartidos y monitorizados permanentemente.

3.4.3 LA AUDITORIA EXTERNA COMO UN MODELO DE CONTROL DE SEGUNDO ORDEN

La aplicación del nivel de auditoría externa establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene su razón de ser en la relación entre los actores del sistema.

La aplicación de este nivel de auditoría requiere que las organizaciones no pierdan de vista los pilares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de mejoramiento continuo y atención centrada en el cliente, aspectos que deberán ser compartidos entre los actores del sistema para obtener los resultados esperados en materia de calidad en la atención en salud que deben recibir los usuarios.

El propósito del nivel de auditoría externa es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol en las instituciones objeto de la auditoría, lo anterior es posible en la medida que los niveles de auditoría externa se diseñen e implementen en el Sistema conociendo y aplicando procedimientos de auditoría que aseguren que la entidad cuenta con los mecanismos internos (nivel de auditoría interna y autocontrol) necesarios y suficientes como para cumplir con el propósito establecido entre las organizaciones. En una frase, es un control externo al sistema de auditoría de la institución. Por esta razón el modelo de control establecido por la norma se suele denominar control de segundo orden y requiere haber establecido en forma previa a la realización operativa de la auditoría acuerdos en temas tales como: que procesos son prioritarios de mejoramiento para lograr los resultados en la atención en salud, en los criterios y métodos a ser utilizados en la evaluación, lo cual incluye indicadores, conformación de los equipos de auditoría, mecanismos para resolver no acuerdos entre las partes, entre otros.

En la implementación de los modelos de auditoría externa con enfoque de control de segundo orden, las organizaciones se encontrarán en un continuo que está limitado; en un extremo, aquellas entidades que no han desarrollado sistemas explícitos de auditoría interna y autocontrol y, en el otro extremo, aquellas entidades que cuentan con sistemas avanzados de autocontrol. En el primer

caso, la labor de la auditoria externa es facilitar el desarrollo de un sistema de control intrínseco en la institución auditada. En el segundo caso, la auditoria externa se concentrará en el control de la calidad del sistema de auditoria intrínseco de la organización auditada.

Entender el proceso de auditoria externa como parte de un proceso de aprendizaje organizacional tiene consecuencias directas sobre la estructura que se requiere para respaldarlo. Los equipos de auditoria, por ejemplo, no estarán compuestos por funcionarios de la entidad que audita exclusivamente, sino que podrían ser equipos integrados por miembros de las dos entidades. Esta forma de integrar los equipos de auditoria facilita el establecimiento de relaciones de cooperación basadas en la confianza, potencia el proceso de auditoria al hacer uso del conocimiento y relaciones que poseen los miembros de la entidad auditada respecto de su propia entidad y permite un proceso de aprendizaje en la entidad auditada, aspectos que requieren acuerdos explícitos entre los dos tipos de entidades con respecto a los procesos asistenciales que serán auditados y los instrumentos, criterios y métodos que se van a utilizar durante la ejecución de la auditoria.

Con base en todo lo anterior, las administradoras de planes de beneficios y los prestadores de servicios de salud podrán conocer con antelación a una relación cuando se compran servicios de salud para su población afiliada, los distintos indicadores de calidad (Calidad deseada) de unos y otros con el objetivo de retroalimentarse y coordinar sus procesos específicos de auditoria, para el crecimiento y fortalecimiento de la calidad en ambas direcciones y siempre con el carácter de concertación entre las partes.

Por lo tanto, el inicio de un buen programa de auditoría entre las partes se basará en la identificación de los siguientes objetivos:

Definir claramente la calidad deseada y cómo esta será entendida en los términos de la relación que se implemente.

Concertar las metodologías de evaluación de la calidad que se llevarán a cabo, que respeten los planteamientos de validez y confiabilidad expresados en estos lineamientos, así como la evaluación por pares.

Fijar qué sistema de monitorización se va seguir.

Establecer los indicadores y eventos trazadores que se evaluarán.

Utilizar la información para retroalimentarse.

Construir confianza mutua, basada en el mutuo beneficio.

Tanto los compradores de servicios de salud como los prestadores, facilitarán la logística y los elementos operacionales necesarios para el desarrollo de las actividades de auditoria, incluyendo la revisión de la historia clínica, siempre que se haga cumpliendo con la obligación legal de garantizar su custodia por parte de la institución prestadora de servicios de salud¹⁰, con el objeto de verificar la calidad de la atención en salud, quedando en libertad de solicitar la revisión por pares cuando el caso lo amerite.

Hay que recordar siempre que el único fin del éxito de estos programas, es asegurar la mejor atención en salud para superar las expectativas de los usuarios, que quieran seguir perteneciendo a su asegurador en salud, y quieran seguir con el mismo prestador que les brindó la atención.

¹⁰ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995: Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Julio 8 de 1999

3.4.4 DIAGNOSTICO ESTRATEGICO DE EL CENTRO DE AUDICIÓN Y LENGUAJE 2010 - 2011

3.4.4.1 Cultura Organizacional

El centro de audición y lenguaje es una institución prestadora de servicios de Fonoaudiología y audiología en la ciudad de Popayán, la cual consta de personal capacitado e idóneo en la atención de los usuarios que consultan los servicios, adecuada infraestructura brindando comodidad en la atención y oportunidad en la asignación de citas teniendo en cuenta la necesidad de los pacientes.

Es una institución en la cual se brinda un trato amable, teniendo como prioridad el paciente y sus necesidades, desde su valoración inicial hasta la culminación del tratamiento o intervención; además todas las actividades realizadas se hacen con la mayor responsabilidad y seriedad para dar cumplimiento a cada una de las expectativas que tienen los pacientes con respecto a la prestación del servicio, es importante mencionar que la asignación de las citas y los horarios de atención se cumplen a tiempo.

Actualmente se encuentra certificada ante la superintendencia de salud, siendo para nosotros una gran ventaja a nivel competitivo, lo cual nos obliga a ser cada día mejores en pro de obtener los estándares máximos de calidad para nuestra acreditación, esperando ser la única IPS acreditada en nuestro departamento para servicios de Fonoaudiología y audiología clínica especializada.

Por las razones expuestas anteriormente la IPS cuenta con una cultura organizacional establecida desde la gerencia hasta el empleado de menor rango, todos poseen un total sentido de pertenencia con la institución lo cual hace que su ambiente laboral sea el mejor en beneficio de todos los usuarios que consultan.

3.4.4.2 FACTORES INTERNOS

Capacidad Directiva:

Planeación:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Objetivos Establecidos.		5) Porque la IPS ofrece los servicios de audiología y Fonoaudiología de una manera eficaz y eficiente adelantándose al competidor.
-Filosofía De La Empresa		(5) ya que existe una misión y una visión que enmarca el funcionamiento de la IPS

Dirección:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Capacidad De Liderazgo	(-2) la gerente además de ser la encargada de dirigir la IPS también realiza actividades de intervención lo cual dificulta su labor	
Comunicación		(5) Existe una buena comunicación entre los miembros de la IPS, lo cual incrementa el desempeño de los trabajadores a un mayor nivel.

Toma de decisiones

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
- Se toma en cuenta la opinión de los miembros de la ips en decisiones de gran importancia	(-!) En algunas ocasiones se tiene en cuenta la sugerencia de los demás miembros de la IPS.	
- Independencia de toma de decisiones de cada personal encargado del área.		(5)Cada profesional es responsable de sus decisiones en el área de desempeño correspondiente

Control:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
- Verificación del cumplimiento de los deberes de los empleados.	(-3) No se hace un seguimiento oportuno al desempeño de los empleados	
- Control de inventario y financiero	(-4) El control de inventario y financiero lo realiza la secretaria y otra persona.	

Capacidad Competitiva:

Calidad del producto:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
-Oportunidad en la asignación de citas		(4)La asignación de la cita es de un día para otro, lo cual es muy bueno para los usuarios.
- Atención personalizada		(5) Siempre la atención se realiza de forma individual y con el tiempo pertinente.

Portafolio de productos:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
-Existe un portafolio de servicios establecido en la empresa de acuerdo a su capacidad física		(4) Se presta los servicios de Fonoaudiología y audiolgía respectivamente.
-Distribución de baterías para audífonos y elaboración de protectores auditivos.	(-3) Se prestan estos servicios pero no se mencionan en el portafolio.	

Publicidad:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
- La ips realiza publicidad por medios masivos de información	(-4) No se realiza publicidad por ningún medio de información que permita ampliar sus usuarios.	
-Se cuenta con un portafolio de servicios		(3) Es bueno porque gracias a el se han podido realizar los acuerdos con las entidades contratantes.

Lealtad con los clientes:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
- Se respeta el secreto profesional.		(5) Lo que se realiza en el consultorio se registra en la historia clínica y es de interés para la IPS y el usuario solamente
- Seguimiento al usuario.		(3) Es de interés para la IPS conocer los motivos de inasistencia a las citas, la no aceptación a las prótesis auditivas entre otras; para beneficio del usuario.

Capacidad Financiera:

Disponibilidad de líneas de crédito

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
- Se cuenta con acceso a entidades financieras.		(4) La mayoría de entidades financieras aprueban las solicitudes que se realizan.
-Existe financiación de insumos y equipos		(5) Los proveedores son flexibles al realizarles los pagos correspondientes.

Capacidad de endeudamiento:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
- Se cuenta con bienes muebles e inmuebles que permiten acceder a créditos.		(3) Gracias a las propiedades de la IPS se pueden obtener créditos.
- Existen buenas utilidades que permiten acceder a créditos y financiamiento		(4) Los contratos realizados con diferentes EPS arrojan buenos dividendos.

Rentabilidad:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
- Se obtiene buenas ganancias por los servicios prestados.		(3) Se obtiene ganancias aunque en ocasiones las EPS contratantes demoran los pagos.
- Las cuentas bancarias ganan intereses.		(1) Debido a los bajos intereses que pagan los bancos las ganancias son mínimas.

Liquidez:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
- Capital financiero de la empresa.		(3) La IPS cuenta con un buen capital financiero para solventar las necesidades que se presenten.
- Pago oportuno a los empleados.	(-2) No se realiza un pago oportuno a los empleados, muchas veces por el atraso de las EPS en sus pagos.	

Capacidad Técnica o Tecnológica:

Infraestructura tecnológica

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
- Existen equipos de audiología para la prestación de los servicios.		(5) Los equipos existentes son de última tecnología. Lo que permite brindar diagnósticos oportunos.
- Existen computadores en cada dependencia,.		(4) Cada dependencia cuenta con su computador para el diligenciamiento de sus respectivas HC

Desarrollo de programas especializados:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
- Se cuenta con programas informáticos para el funcionamiento de los equipos.	(-2)no todos los equipos de la IPS cuentan con los programas necesarios para su funcionamiento.	
- Software para diligenciamiento de HC.(NOVAH)	(-2) solo un equipo cuenta con este programa.	

Acceso a servicios públicos:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
- Servicios públicos: agua, energía y teléfono		(5) Se cuenta con un normal abastecimiento de servicios públicos.
- Servicio de internet	(-3) no existe acceso al servicio de Internet.	

Nivel tecnológico:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
- Las personas están capacitadas para manejar los diferentes equipos de audiología		(4) La persona encargada de manejar los equipos se encuentra capacitada para desempeñar su labor.
- Manejo básico de programas tradicionales (word, excel, power point)		(4) El personal cuenta con manejo de equipos y software en programas básicos.

Capacidad del Talento Humano:

Nivel académico

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Existe en medio físico los diplomas o actas respectivas que acreditan a los profesionales idóneos para cada servicio		(5) Se cuenta con un archivo para el almacenamiento de los documentos respectivos
El personal idóneo se encuentra capacitado para prestar los servicios de audiología y fonoaudiología		(5) Existen profesionales certificados por una entidad de educación superior para realizar estas funciones

Capacitación

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Se realiza capacitación continua del personal.		(2) Se realizan pero de manera esporádica.
Se realizan capacitaciones enfocadas a la satisfacción del usuario	(-1) se realizan de manera remota.	

Ausentismo:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Los empleados asisten continuamente a sus labores		(4) Se asiste continuamente a las labores y se cumple con un horario establecido para la atención de los usuarios
Asistencia de los usuarios al servicio		(4) Los usuarios asisten cumplidos a las citas establecidas por la IPS.

Sentido de pertenencia:

ITEMS	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
Existe compromiso del personal con las labores de la empresa.		(5) Todo el personal esta comprometido totalmente con las labores que desempeña.
El personal se interesa por el cuidado y mantenimiento de los bienes de la IPS		(5) Existe un convenio para el cuidado de los bienes de la IPS, para el beneficio de todos.

3.4.4.3 FACTORES EXTERNOS

Factores Económicos:

Ingreso percápita:

ITEM	AMENAZAS -5,-4,-3,-2,-1	OPORTUNIDADES 1,2,3,4,5
Bajos ingresos familiares	(-4) los bajos ingresos de los colombianos disminuyen la posibilidad de que se puedan acceder a servicios de salud de segundo nivel en forma particular, por lo que se hace mediante los contratos con las EPS.	

Factores Políticos

Normas, Leyes.

ITEM	AMENAZAS -5,-4,-3,-2,-1	OPORTUNIDADES 1,2,3,4,5
Normatividad vigente para la prestación del servicio de Fonoaudiología.	(-3) la profesión de Fonoaudiología por ser nueva, no aparece en los manuales de actividades y procedimientos del POS lo cual hace que la profesión este un poco limitada y que haya desconocimiento de las funciones del Fonoaudiólogo en áreas de la salud.	(4) Las entidades de salud que presten servicios de Fonoaudiología teniendo en cuenta la resolución 1043/06 se encuentran habilitados y certificados ante la superintendencia de salud para la prestación de dichos servicios.

Factores Sociales

Educación.

ITEM	AMENAZAS -5,-4,-3,-2,-1	OPORTUNIDADES 1,2,3,4,5
Nivel educativo de los clientes externos.	(-5) la falta de conocimiento por parte de los clientes y algunos profesionales de la salud, acerca de la función del Fonoaudiólogo en el bienestar de la salud comunicativa y en general, hace que su valor disminuya dentro de los servicios de salud. En otros países entre ellos Chile, nuestra profesión es reconocida como una de las más importantes en el sector educativo y de la salud, con buena remuneración profesional.	

Factores Tecnológicos

Procesos (Software).

ITEM	AMENAZAS -5,-4,-3,-2,-1	OPORTUNIDADES 1,2,3,4,5
Software existe para apoyo en la intervención y rehabilitación de diferentes alteraciones comunicativas		(4) Existen en el mercado diferente software dirigidos a la rehabilitación de diferentes patologías comunicativas en niños y adultos que facilitan la intervención y un mejor pronóstico de estas en el usuario del servicio.

Factores Geográficos

Ubicación.

ITEM	AMENAZAS -5,-4,-3,-2,-1	OPORTUNIDADES 1,2,3,4,5
Accesibilidad a los servicios		(5) la ubicación de CEAL permite el fácil acceso a los usuarios que consultan los servicios de Fonoaudiología y audiolología en la ciudad de Popayán.

Factores Competitivos

La Calidad.

ITEM	AMENAZAS -5,-4,-3,-2,-1	OPORTUNIDADES 1,2,3,4,5
Prestación de los servicios con excelentes indicadores de calidad.		(4) el CEAL se encuentra certificado ante la supersalud en la prestación de los servicios de Fonoaudiología y audiolología en la ciudad de Popayán, brindando la mejor calidad a sus usuarios en infraestructura, procesos y procedimientos orientados a una mejora continua en pro de la acreditación de su servicios con los estándares máximos de calidad.

3.4.4.4 OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Ofrecer el servicio de Fonoaudiología general y audiolología especializada basado en principios y objetivos de calidad, en donde la satisfacción y seguridad plena del usuario es su fin principal.

Prestar servicios Fonoaudiológicos con respeto, amabilidad e integridad a todos os usuarios que soliciten el servicio bajo la normas éticas que exige la dignidad de la persona, cualquiera que sea su nacionalidad, raza, sexo, posición social e ideas políticas y religiosas

3.4.4.5 OBJETIVOS DEPARTAMENTALES

FONOAUDIOLOGIA

Prestar servicios accesibles, oportunos, seguros, pertinentes y continuos en la evaluación Fonoaudiológica con el fin de determinar un diagnostico asertivo en relación a la patología, mejorando la salud integral de los usuarios.

AUDIOLOGIA

Prestar servicios de evaluación y diagnostico en patologías auditivas, detectándolas a tiempo para definir la conducta a seguir, mejorando la calidad de vida de nuestros pacientes.

3.4.4.6 ESTRATEGIAS A UTILIZAR:

Las estrategias que utilizaremos en nuestra IPS son: Diversificación Relacionada Y Desarrollo De Productos.

Consideramos que en nuestra entidad de salud es importante implementar nuevos servicios tales como: potenciales evocados de tallo cerebral, manejo del vértigo y trastornos deglutorios de origen neurológico, ya que en la ciudad de Popayán no existe una entidad que preste estos servicios lo cual nos permitiría entrar fácilmente en el mercado, puesto que los usuarios de estos se dirigen a la ciudad de Cali para que le sean prestados, ocasionando grandes dificultades en la accesibilidad de los servicios y en la comodidad de los pacientes; además las EPS estarían interesados en contratar con nosotros ya que les disminuiría costos y beneficiaría directamente a sus usuarios.

También, al ofrecer productos cada día mejores permitirá que nuestro servicio

trascienda fronteras, que se amplié nuestro grupo de usuarios y por consiguiente que nuestros resultados sean cada vez mejores; porque estamos satisfaciendo a nuestros pacientes, los cuales estarán totalmente complacidos con los servicios que se les brindan.

Por las razones anteriormente expuestas consideramos que las estrategias a utilizar son las más convenientes para que nuestra empresa sea cada día más viable y mejor; desarrollando ventajas con respecto a nuestros competidores, convirtiéndonos en un modelo de IPS en la prestación de estos servicios. (Anexo 2)

3.4.5 PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO (PAMEC)

3.4.5.1. Definición De Pamec

El Plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad se define como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios.¹¹

El plan de mejoramiento permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de los problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores) siguiendo la ruta de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados; en él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de

¹¹ Ministerio de protección social – Colombia. Resolución 1043: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Abril 3 de 2006

éste, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

3.4.5.2. Preparación para la formulación del plan

La aplicación del nivel de auditoria externa establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene su razón de ser en la relación entre los actores del sistema.

La aplicación de este nivel de auditoria requiere que las organizaciones no pierdan de vista los pilares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de mejoramiento continuo y atención centrada en el cliente, aspectos que deberán ser compartidos entre los actores del sistema para obtener los resultados esperados en materia de calidad en la atención en salud que deben recibir los usuarios.

La etapa de planeación tiene como objetivo conseguir los insumos indispensables para la elaboración de los planes de mejoramiento para el cierre de las brechas o diferencia que existe entre la calidad esperada y la calidad observada, como son: Programa de capacitación para los equipos de mejoramiento, que se entiende son los responsables de los procesos objeto de mejora y aquellos que se encuentran relacionados con ellos.

Programa de comunicación con el propósito de que la institución conozca como se van adelantando el mejoramiento, las dificultades, los logros alcanzados, el mejoramiento en los resultados de los indicadores.

Definición de los aspectos logísticos que se requieren para el mejoramiento, como son sitios de las reuniones, registro de las reuniones realizadas y necesidades para la implementación de los mejoramientos.

3.4.5.3 Capacitación del equipo de mejoramiento

Una vez se tenga el grupo, éste debe realizar un seminario taller o jornada de trabajo práctica para homologar conceptos y aprender herramientas mínimas que les permitan funcionar bien como grupo. El propósito de este taller es comprender los aspectos a tener en cuenta para la formulación del plan de mejora:

Definición concreta de la dimensión del problema.

Observación y documentación del problema, teniendo en cuenta las causas identificadas (calidad observada) y las perspectivas de los diferentes grupos de interés involucrados (usuarios, accionistas, comunidad etc.)

Capacitación en herramientas básicas estadísticas como por ejemplo lluvia de ideas, diagrama de causa – efecto, estratificación, hojas de verificación, diagramas de Pareto.

Análisis de las causas fundamentales a través de la aplicación de herramientas estadísticas básicas y técnicas de análisis causal, que permita centrarse en soluciones, que bloqueen las causas raíz de los resultados no deseados.

Una vez surtida la etapa de análisis causal de los problemas, el equipo de calidad debe estar listo para sugerir vías para superar los problemas. El planteamiento de las soluciones debe ser un esfuerzo grupal. Algunas soluciones pueden ser de fácil planteamiento, un ejemplo sería recordar al personal mediante capacitación en los servicios sobre guías para el manejo clínico de los pacientes. Otras soluciones pueden ser formuladas en términos de ayuda para el trabajo que se realiza, como son los cronogramas en la pared y las listas de chequeo, entre otros.

Otros problemas pueden ser más difíciles de solucionar puesto que involucran cambios en todos los procedimientos. Es muy importante que los equipos de

calidad traten de pensar en forma creativa para generar una amplia gama de soluciones (algunas pueden ser medidas de corto plazo). En esta etapa lo que se requiere es que como equipo presente soluciones a cada causa del problema analizado, tomando en consideración que sean prácticas y posibles de implementar. Quizás no es posible encontrar soluciones para cada causa listada.

Un plan de mejoramiento de la calidad trata de responder a problemas previamente definidos y priorizados con metodología participativa la cual se presenta en el anexo No 1 de la presente guía, utilizando diferentes criterios como la vulnerabilidad, la percepción social, el impacto en la salud, entre otros.

Los planes detallados sirven al responsable del proceso como tablero de control de actividades, como instrumento de capacitación a las personas que participan del proyecto, y para revisar el cumplimiento del plan con su equipo y presentar su avance a los niveles superiores de la organización.

3.4.5.4. Formulación del plan del mejoramiento

Para la formulación concreta y sencilla del plan de mejoramiento se sugiere la utilización de la matriz 5 W1H que toma su nombre por sus siglas en inglés: what, who, when, where, why y how (qué, quién, cuando, dónde, por qué o para qué y como), que debe complementarse con indicadores para poder realizar un seguimiento regular, lo que hace necesario concertar metas a todo nivel de la organización.

Parte del estudio de las razones que pueden explicar la diferencia entre los resultados de las mediciones y la calidad esperada para los procesos involucrados. Implica postular causas probables, si ciertamente hay diferencia y ella es negativa. La adecuada gestión en cuanto al desarrollo de esta fase

requiere que, haciendo uso de técnicas comunes para el trabajo en equipo, se formulen todas las alternativas de solución posibles; se evalúen y se seleccionen, frente a criterios como factibilidad, aceptabilidad, etc., las distintas alternativas y se presenten a consideración de los responsables de la implantación de los correctivos, las propuestas de mejoramiento.

Una vez esté identificada la causalidad y planteadas las posibles acciones de mejoramiento se debe:

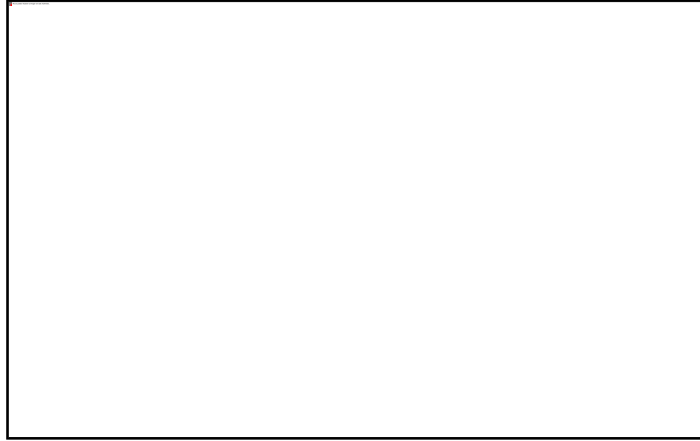
Elaborar un plan detallado, con acciones concretas y alternativas de soluciones factibles y medibles para la evaluación de resultados. Para ello se sugiere tener en cuenta el formato

Realizar el seguimiento de la evolución de las acciones de mejora implementadas, mediante el mantenimiento de los procesos periódicos de medición, comparación, análisis y evaluación; es necesario que estos planes incluyan la medición de los indicadores definidos para las metas. Debe quedar claro quién es responsable de esta medición, cuándo se realiza, dónde y cómo. Se sugiere la aplicación del informe de tres generaciones para el seguimiento al plan de mejoramiento.

3.4.5.5. Seguimiento del plan de mejoramiento

El ciclo PHVA es un método gerencial básico que se aplica a una organización, a su plan estratégico, a un área o a un proceso.

3.4.5.6. Ciclo gerencial PHVA



Los planes de mejoramiento de calidad definidos son el primer paso del ciclo PHVA. El paso siguiente, HACER, consiste en capacitar y entrenar a los implicados, tanto en el método a aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan. Pero para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR o hacer seguimiento permanente y ACTUAR correctivamente en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas.

Para ello son necesarias dos condiciones:

Que se realice la medición de los indicadores definidos para cada meta, de forma sistemática y con una periodicidad definida, para saber oportunamente si se está logrando o no la meta deseada.

Que se establezca una forma de comunicación y seguimiento de las actividades, entre cada responsable y su equipo, para lo cual proponemos un formato o informe de tres generaciones que se encuentra en el anexo No 5, figura No 16 Y 17. Éste lo debe presentar cada responsable de un proyecto a su superior inmediato, con la periodicidad que la institución determine, para identificar y solucionar oportunamente problemas que puedan impedir el logro de la meta final.

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO.

Cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

4.2. POBLACION DE ESTUDIO.

4.2.1 Universo.

IPS privadas que prestan servicios de Fonoaudiología Y Audiología en la ciudad de Popayán.

4.2.2 Muestra.

IPS centro de audición y lenguaje.

4.3 VARIABLES.

Ver anexo 1

4.3.1 Operacionalización de variables.

Ver anexo 1

4.4 PROCEDIMIENTO.

El estudio se realiza con el previo conocimiento y aprobación del Centro de Audición y Lenguaje de la Cuidad de Popayán.

Se elaboró un instrumento según los estándares de acreditación para las IPS que prestan servicios de habilitación/rehabilitación, basado en la resolución 1445 de 2006; el cual una vez revisado por expertos se procedió a aplicarlo en la IPS Centro de audición y Lenguaje.

Posteriormente se realizó el análisis de los datos obtenidos, registrando las respuestas en un informe ejecutivo de auditoria, el cual servirá de base para la realización del Pamec (Anexo 3).

4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.

Para la recolección de los datos en esta investigación se realizo una reunión de apertura con la gerente de la IPS Centro de audición y lenguaje, en la cual se le indico el procedimiento a realizar en la auditoria, luego se diligencio el instrumento de recolección diseñado con base a la resolución 1445/06 para el registro de los datos, identificando las conformidades y no conformidades en los diferentes procesos, los puntajes para cada evaluación fueron:

1. no existe
2. no cumple
3. cumple un 50%
4. cumple pero le falta
5. cumple un 100%

Posteriormente se analizaron los datos en excel, sumando los puntajes que se obtuvieron para así darle una calificación total y priorizar los procesos para la realización del plan de auditoria para el mejoramiento continuo (PAMEC).

Teniendo en cuenta lo encontrado en nuestra investigación se realizo el informe ejecutivo para darlo a conocer al gerente y personal de la institución, al igual que el plan de mejoramiento en una reunión de cierre de la auditoria externa, donde se firmo un registro de lo realizado en esta reunión.

5. RESULTADOS

MANUAL DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS INSTITUCIONES QUE OFRECEN SERVICIOS DE SALUD DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN

5.1 PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE - ASISTENCIAL

DERECHOS DE LOS PACIENTES / USUARIOS			
	Calificación	fortalezas	Oportunidades de mejora
1. En la institución existe una declaración sobre los derechos y deberes de las personas con discapacidad, que se aplica en el proceso de atención y en las acciones extramurales.	1	el personal conoce los derechos y deberes de los pacientes con discapacidad, promulgándolos en la institución, durante su quehacer diario	Implementar en todo el proceso de atención al paciente, la Declaración de los derechos y deberes de los pacientes y el Código de Ética, con el fin de que los usuarios hagan valer lo que estas premisas afirman durante el tiempo en que sean atendidos
2. La institución garantiza que su personal conoce, promueve y respeta los derechos y deberes de las personas con discapacidad.			

ACCESO			
	Calificación	fortalezas	Oportunidades de mejora
3. La institución promueve la detección y diagnóstico tempranos de la discapacidad en su ámbito de influencia (centros educativos, instituciones y profesionales de salud, comunidad de usuarios, otras organizaciones, etc.).	2	el personal cuenta con capacidad para detectar y diagnosticar alteraciones que conllevan a una discapacidad ya sea permanente o transitoria	la institución debe realizar periódicamente estudios de caso, y además implementar una cartelera donde se promulguen programas de capacitación a su personal e información a los pacientes referente a patologías encontradas en la institución.
4. El proceso de atención del usuario, desde el contacto inicial hasta su egreso, está definido y es conocido por todo el personal asistencial de la institución.	5	El personal de la institución realiza un contacto con el paciente desde el momento en que ingresa a la Ips hasta su egreso de manera oportuna y respetuosa.	Mejorar cada día mas el proceso de atención al usuario, manteniendo una buena relación medico-paciente.

REGISTRO E INGRESO			
5. Existe un proceso de preparación para la atención del usuario. Este proceso incluye:	4	El personal de la institución identifica correctamente a sus usuarios de acuerdo a sus necesidades, priorizando en algunas ocasiones la atención de estos dependiendo de condiciones físicas, socio demográficas y de desplazamiento al lugar de origen. Se informa de manera eficaz los procedimientos a realizar y la veracidad del diagnóstico.	Tener en cuenta con mayor frecuencia las necesidades de los pacientes que consultan a los servicios priorizando la atención de estos.
<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de roles o funciones del personal de la institución en la atención de los diferentes usuarios, según su discapacidad. • Priorización de los usuarios que deben atenderse y actualización de listas de espera, cuando aplica. Identificación de la información que se debe proporcionar al usuario sobre su permanencia y atención, su pronóstico, documentación requerida para iniciar la atención y aspectos administrativos y financieros. 			
6. Existe un proceso de admisión y registro del usuario que incluye:	4	Existe un proceso para la admisión del paciente en el áreas de fonoaudiología y audiolología.. *Se explica en forma clara a los pacientes y familiares lo que se refiera a la presentación de documentos que se necesitan para acceder a los servicios en el momento del ingreso y cuales son los que deben complementar en caso necesario. Se brinda información acerca de tarifas y servicios cubiertos y no cubiertos por el plan obligatorio de salud, de forma oral	Elaboración escrita del proceso inicial para la información al paciente acerca de los procesos de atención y cuidado durante su consulta *Es necesario levantar un proceso que incluya la preparación del paciente en lo referente a la atención, cuidado, el tratamiento y la información clara y personalizada de los aspectos administrativos como las tarifas, copagos i cuotas moderadoras. * Se debe identificar en cada área el personal clave y darlo a conocer a los usuarios, para que esta persona apoyen o aclaren las dudas del paciente y su familia durante el proceso de atención. Implementar en algún lugar visible al usuario las tarifas que ese manejan en la Ips.
<ul style="list-style-type: none"> • Registro del usuario y obtención de la información personal, clínica y administrativa requerida por la institución. • Suministro de información al usuario y su familia acerca de la institución, por lo menos en los siguientes aspectos: Administrativos • Tarifas, copagos o cuotas moderadoras; derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el Plan Obligatorio de Salud y los planes complementarios; personal clave para contactar en caso de necesidades de atención o de preocupación por los niveles de calidad provistos; servicios disponibles y horarios: Asistenciales • Secuencia de actividades de habilitación /rehabilitación e indicaciones sobre el sitio y el profesional o profesionales que las realizarán. • Actividad de recibimiento del usuario que incluya orientación sobre la planta física de la institución y presentación ante el personal y otros usuarios, cuando aplica. 			

EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO			
<p>7. La institución lleva a cabo un proceso de evaluación inicial de las necesidades de habilitación / rehabilitación del usuario, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico: físico, funcional, psicológico, familiar, social, signos de abuso o negligencia, otros. • Para los exámenes necesarios la institución tiene definidas las reglas para solicitud, ejecución y reporte y ha definido la información que se le debe proporcionar a los usuarios sobre cómo prepararse para los mismos. • Identificación de factores personales y ambientales que influyen en la habilitación /rehabilitación • Identificación de servicios e instalaciones necesarios para la habilitación / rehabilitación • Necesidades y expectativas del usuario y su familia • Confirmación del diagnóstico preliminar <p>La evaluación es realizada por un equipo interdisciplinario y coordinada por un profesional tratante responsable. El equipo en cuestión está calificado para la atención que está prestando y es reentrenado periódicamente en las actividades específicas que lleva a cabo.</p>	4	<p>En la institución se lleva a cabo una evaluación inicial completa desde el momento de su ingreso de acuerdo a las necesidades del paciente, diagnosticando de manera oportuna y definiendo una conducta a seguir cuando esta sea requerida. Se realiza emisiones a otros profesionales de la salud cuando estas sean pertinentes.</p>	<p>Realizar capacitaciones periódicamente al personal de la ips en todo lo referente a la atención al paciente, ofreciendo servicios con mayor calidad.</p>
<p>8. La institución cuenta con un proceso de evaluación de las necesidades de educación e información del usuario y su familia y de identificación de sus expectativas frente a la discapacidad y la habilitación / rehabilitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La evaluación es llevada a cabo por un equipo interdisciplinario. • Cuenta con la participación del usuario y su familia. • Incluye la identificación del grado de conocimiento que tienen el usuario y su familia sobre su discapacidad y la habilitación / rehabilitación. 	4	<p>Se cuenta con un personal idóneo y capacitado para la realización de todas las actividades e intervenciones que se hacen dentro de la institución. se da información oportuna tanto al usuario como a su familia o acompañante.</p>	<p>Brindar mayor información al paciente y a su familia o acompañante acerca de su diagnóstico y tratamiento, se puede hacer a través de folletos informativos o establecer un espacio para información dentro de las instalaciones.</p>
<p>9. La institución está en capacidad de identificar, desde el momento mismo del ingreso, si el usuario requiere técnicas especiales de atención que puedan afectar su dignidad, su seguridad o su funcionalidad.</p>	5	<p>La institución cuenta con barreras de seguridad para los pacientes que presenten algún tipo de discapacidad visual, cognitiva o menores de edad.</p>	<p>Prepararse acerca de las diferentes patologías para tomar medidas pertinentes en caso de necesitarlas.</p>

<p>10. Existe un proceso de desarrollo, ejecución y seguimiento del plan individual de habilitación / rehabilitación para cada usuario, que tiene en cuenta los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición de objetivos, medios, actividades y ciclos de actividades, tiempos, costos estimados • Obtención del consentimiento informado para la habilitación / rehabilitación. Se le provee al usuario información acerca de los riesgos y beneficios de llevar a cabo o no, los procedimientos de • habilitación / rehabilitación planeados. • Obtención de consentimiento informado del usuario si va a hacer parte de un proyecto de investigación. Se le provee información sobre los objetivos, beneficios e inconvenientes del mismo y se le garantiza que su negativa a participar no va a ser barrera para una atención acorde con su discapacidad. • Se deja constancia firmada por el usuario cuando éste decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante 	4	<p>Todas las actividades realizadas en la institución cuentan con sus debidos protocolos y manuales de procedimiento para la atención de los usuarios. Existe el consentimiento informado para cada procedimiento que lo requiera y se deja constancia mediante un registro. Se informa a los pacientes o usuarios oportunamente sobre beneficios o no de las diferentes actividades que se les realiza de acuerdo a su tratamiento.</p>	<p>Dar a conocer a los pacientes los protocolos y guías de atención que fundamenten los procedimientos a realizar. Tener en cuenta las inquietudes y opiniones del paciente acerca de sus planes de tratamiento o ayudas diagnosticas.</p>
<p>11. Se identifican aspectos claves de la atención para cada usuario entre los que se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lugar y servicios necesarios para lograr los objetivos con el usuario. • Actividades lúdicas para infantes y adolescentes, y actividades especiales para usuarios adultos mayores. • Consejería y apoyo emocional al usuario y su familia, de acuerdo con la evolución y respuesta a la habilitación / rehabilitación. • Soporte nutricional, cuando aplica. • Cuando se requieren técnicas especiales de atención (aislamiento, inmovilización, etc.), la institución garantiza que se prestan con la justificación debida y bajo los parámetros establecidos de seguridad y respeto y evalúa su resultado de acuerdo a la decisión adoptada. 	3	<p>Los servicios con los que cuenta la institución se basan en el diagnóstico oportuno de patologías auditivas y de la comunicación ,realizando la respectiva entrevista a los usuarios y enfocando un tratamiento acorde a sus necesidades para lograr los objetivos del tratamiento. En fonoaudiología se emplea el plan casero y se brinda apoyo emocional al usuario y a su familia.</p>	<p>Se deberá tener en cuenta el manual de seguridad de la ips para que los pacientes que requieran de condiciones especiales de atención, siempre y cuando se detecten desde o durante el momento de su tratamiento.</p> <p>Priorizar el proceso de atención oportuna a pacientes en condiciones de adulto mayor y menores de 1 año.</p>
<p>12. La planeación de la atención garantiza el respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad, lo cual incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los usuarios son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes, en condiciones de privacidad. • Se respeta la privacidad del usuario mientras se baña, se desnuda o mientras es atendido por un profesional técnico. 	5	<p>En la institución se respeta la integridad personal, se respeta su privacidad y la confidencialidad de la información consignada en la historia clínica. Existe una ficha de control de historia clínica y un tarjetón de reemplazo en caso de que un paciente requiera de esa información.</p>	<p>Continuar con estas políticas en la institución para el beneficio de los usuarios.</p>

PLANEACIÓN DE LA HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN
Calificación de la Institución

<p>13. El plan de habilitación / rehabilitación debe responder a las necesidades de atención y a las necesidades de asesoría sobre medicamentos, dispositivos de apoyo y ayudas técnicas, lo cual incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mecanismos para comunicar oportunamente, al equipo interdisciplinario, las necesidades específicas de medicamentos, dispositivos de apoyo o ayudas técnicas del usuario. El equipo interdisciplinario debe tener especial cuidado en incorporar estos elementos dentro del plan de tratamiento y consignarlos en la historia clínica. • Mecanismos para proveer información al usuario o su familia sobre los medicamentos y dispositivos de apoyo y ayudas técnicas que se van a utilizar. Se presta especial atención durante la utilización de aquellos medicamentos cuyos efectos colaterales o secundarios sean peligrosos o severos, para identificar signos y síntomas tempranos de estos efectos. • Mecanismos para estudiar, justificar, solicitar y dispensar medicamentos y dispositivos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. 	<p align="center">3</p>	<p>El personal de la IPS comunica oportunamente al paciente y a su familia sobre las ayudas técnicas y dispositivos médicos tales como los audífonos, su utilización y cuidado, además del apoyo terapéutico en caso de necesitarlo.</p> <p>Realiza remisiones correspondientes a otros miembros del equipo interdisciplinario para apoyo terapéutico o para justificación de la adaptación de los dispositivos auditivos.</p> <p>Se deja registro en historia clínica del paciente de las correspondientes conductas y diagnóstico de los pacientes.</p>	<p>Crear un formato específico para remisión a otros profesionales el cual se debe anexar a historia clínica del paciente, para mejorar la contrarreferencia de los usuarios.</p> <p>Crear ayudas pedagógicas para la adaptación, utilización y cuidado de los dispositivos auditivos, tales como folletos específicos para ser entregados al paciente y a su familia, permitiendo una mejor comprensión en caso de necesitarla.</p> <p>Implementar un formato en donde se especifique o justifique la adaptación del audífono y los costos, cuando estos sean fuera del plan obligatorio de salud.</p>
<p>14. El proceso de planeación de la habilitación / rehabilitación incluye la investigación diagnóstica complementaria o confirmatoria cuando la discapacidad o la patología presente la hace necesaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta investigación diagnóstica se discute entre los miembros del equipo interdisciplinario y se comunica oportunamente al usuario y su familia, dejando constancia en la historia clínica. 	<p align="center">2</p>	<p>El audiólogo y fonoaudiólogo están capacitados para realizar pruebas y evaluaciones diagnósticas, para establecer un oportuno plan de tratamiento según las necesidades del paciente.</p>	<p>Se deben realizar estudios de caso en la institución lo que permite evaluar patologías que requiere de un diagnóstico complementario o confirmatorio, comunicando oportunamente al usuario y a su familia, haciendo parte de su historia clínica.</p>
<p>15. Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en la habilitación / rehabilitación las funciones que debe desempeñar.</p>	<p align="center">5</p>	<p>Existe un manual de funciones del personal que esta implicado en el proceso de habilitación/rehabilitación, llevándolo a cabo en su quehacer diario.</p> <p>Se hace conocer este tipo de manual en cualquier inducción a personal nuevo según corresponda</p>	<p>Continuar informando y actualizando al personal en sus funciones sobre todo cuando existen cambios del personal.</p>

EJECUCIÓN DE LA HABILITACIÓN / REHABILITACION			
<p>16. En la institución existen procesos desarrollados para la prestación de servicios de habilitación / rehabilitación cuyas características incluyan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La habilitación / rehabilitación es ejecutada por un equipo interdisciplinario entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función. <ul style="list-style-type: none"> • La participación del usuario y su familia. • Revaloración periódica y reporte de avances. 	5	El personal de la ips esta capacitado para prestar los servicios de fonoaudiología y audiolgía y cumple con lo establecido en el código de ética profesional par ejercer dicha función.	Continuar con la aplicación de protocolos, procedimientos y guías con las que cuenta la institución par al ejercicio de los profesionales que ella labora, brindando atención de calidad a los usuarios y su familia.
<p>17. La institución tiene procesos para el registro de información y mantenimiento de la historia clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se registran todas las actividades de diagnóstico, atención y educación del usuario. <ul style="list-style-type: none"> • Cumple con los requisitos legales. • Manejo y conservación de la historia que garanticen su disponibilidad, seguridad y confidencialidad. 	3	Se registra en la historia clínica todas las actividades de entrevista, diagnostico y tratamiento, cumpliendo con los requerimientos legales. Existe un programa electrónico para el manejo de historia clínica garantizando disponibilidad, confidencialidad, en el área de audiolgía.	El sistema electrónico se debe implementar además en el servicio de fonoaudiología, Realizar una copia de seguridad semanal en medio magnético. Implementar un lugar específico para el almacenamiento de las historias clínicas.
<p>18. Las actividades de habilitación / rehabilitación son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en la habilitación / rehabilitación del usuario. 	2	Existen guías de práctica de las 5 primeras patologías mas frecuentes en la institución por servicio de fonoaudiología y audiolgía.	Contar 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 Basar el cuidado y tratamiento en estándares de práctica basados en la evidencia disponible. Mejorar los procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en el tratamiento del paciente.
<p>19. Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los usuarios o sus familiares y de los compradores de servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • La institución promueve un sistema para que sus diferentes usuarios y clientes presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones referentes al proceso de atención <ul style="list-style-type: none"> • Todos los reclamos y sugerencias presentados por los usuarios y sus familias o por los compradores de servicios, son evaluados, investigados, si aplica, y resueltos. 	2	Existe un proceso de recepción a reclamos, sugerencias o felicitaciones.	Socializar tanto al cliente interno como externo la existencia de un proceso con el cual se atienda los reclamos, sugerencias o felicitaciones, con el fin de retroalimentar el sistema para el mejoramiento de la calidad.

<p>20. La institución realiza educación del usuario y su familia en aspectos relevantes para el buen resultado de la habilitación / rehabilitación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esta educación es impartida por un grupo interdisciplinario y cubre aspectos sobre la discapacidad, el proceso de rehabilitación, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cuidados en casa, salud e higiene, seguridad, uso de recursos, participación, adiestramiento en uso de ayudas técnicas y dispositivos de apoyo, etc. 	4	<p>La institución realiza educación del usuario y su familia, teniendo en cuenta aspectos relevantes en su tratamiento y evolución, utilizando planes caseros de tratamiento y controles periódicos.</p>	<p>Continuar con la educación del usuario y su familia en aspectos relevantes para el buen resultado de la habilitación / rehabilitación</p>
---	---	--	--

EVALUACIÓN DE LA HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN			
	Calificación	Fortalezas	Oportunidades de mejoramiento
<p>21. La institución lleva a cabo la revisión del plan individual de habilitación / rehabilitación y sus resultados, con la periodicidad y criterios preestablecidos, y le hace los ajustes necesarios.</p> <p>La institución cuenta también con un sistema periódico de evaluación interna de los casos con resultados adversos o no esperados y de adopción de medidas correctivas generales.</p>	2	<p>La IPS realiza la evaluación de sus procesos de habilitación y rehabilitación, eventualmente tomando los correctivos necesarios cuando se ameriten para evitar la presencia de eventos adversos.</p>	<p>Comprometer a todos los miembros de la IPS en la autoevaluación de sus procesos implementando un sistema que permita identificar a tiempo la presencia o no de eventos adversos.</p>

EGRESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCION / INTEGRACIÓN INTERSECTORIAL E INTERINSTITUCIONAL			
	Calificación	fortalezas	Oportunidades de mejoramiento
<p>22. Existe un proceso para planear el egreso y la continuidad de la habilitación / rehabilitación, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • I • identificación e necesidades. • Identificación de recursos. • Convenios/acuerdos interinstitucionales. • Coordinación de acceso a los servicios necesarios. • Explicación al usuario y su familia acerca de los cuidados que debe seguir, medicamentos y su administración, uso de equipos médicos, dispositivos de apoyo y ayudas técnicas, alimentación, si aplica. • Entrega a la empresa administradora del plan de salud del usuario de la información relevante para la autorización y planificación de la integralidad y continuidad del seguimiento. • Remisión para el seguimiento, si aplica, que incluya: lugar, fecha y razones de la remisión; personas a contactar; informe de los resultados de la habilitación / rehabilitación. 	4	<p>La Institución realiza correctamente todo lo relacionado con la continuidad del procedimiento que se les realice a sus usuarios cuando este sea necesario, identificando sus necesidades y coordinando la conducta a seguir con otras interdependencias.</p> <p>Se dan las pautas al usuario y su familia acerca de las pautas que se deben seguir de acuerdo a su patología. También se informa oportunamente a su EPS sobre los procedimientos realizados y las conductas a seguir.</p>	Realizar una mejor coordinación entre IPS y EPS de los usuarios, adoptando mecanismos que permitan una mejor y oportuna realización de las conductas a seguir propendiendo por el bienestar de las personas.
23. Para cada usuario que egresa, existe un documento con el informe final del proceso de habilitación / rehabilitación y los requerimientos futuros de atención.	2	La institución cuenta con un registro de los procedimientos realizados y sus conductas respectivas a seguir.	Realizar un formato individual para el registro de los procedimientos realizados y sus diferentes conductas, que permitan verificar posteriormente la efectividad de la rehabilitación o habilitación.
24. La institución tiene un proceso para informar al profesional o a la institución que remitió al usuario, sobre los resultados de la habilitación / rehabilitación.	1	Ocasionalmente se informa al profesional o a las instituciones que remiten pacientes a nuestra IPS, sobre los resultados de las diferentes intervenciones.	I mplementar un mecanismo que permita la comunicación entre el ente la institución que realiza la remisión y La IPS que presta el servicio; el cual permitiría corroborar la efectividad y oportunidad en la prestación de los diferentes servicios encaminados a favorecer la salud y el bienestar de nuestros usuarios.
25. La institución cuenta con un proceso para evaluar la adherencia del usuario a su tratamiento y para contribuir a ella.	1	La institución realiza seguimiento a sus pacientes respecto a la efectividad sus procedimientos y a la asimilación de todo lo concerniente a ellos.	Crear una mecanismo o sistema que permita realizar un seguimiento oportuno a los pacientes a los cuales se le ha prestado el servicio en la institución. Este mecanismo permitirá corroborar la efectividad y adherencia de los diferentes procedimientos realizados en la IPS

26. La institución desarrolla procesos para la promoción de los derechos y deberes de las personas con discapacidad y para promover su acceso al medio y la participación:		La institución cuenta con un proceso que permite educar a al paciente y a su familia, a los profesionales y a todas las personas que tiene alguna relación con la IPS acerca de lo que es discapacidad y todo lo relacionado con ella.	Divulgar oportunamente información relevante acerca de los derechos y deberes de las personas con alguna discapacidad, comprometiéndolo tanto a la familia como a los profesionales que van a estar relacionados con estos.
<ul style="list-style-type: none"> • Educación a las familias y la comunidad • Educación continuada a profesionales de salud • Coordinación y contactos interinstitucionales e intersectoriales para diseño e implementación de procesos de habilitación rehabilitación integral, consecución de dispositivos de apoyo y ayudas técnicas, etc. 	1		Realizar capacitaciones periódicas encaminadas a acrecentar los conocimientos a acerca de todo lo concerniente con discapacidad

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	Calificación	Fortalezas	Oportunidades de mejoramiento
27. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de habitación / rehabilitación.		La institución cuenta con un plan de mejoramiento de la calidad el cual fue realizado con todos los requerimientos de ley; en el participaron todos los funcionarios de la IPS haciendo partícipes a todos estos y comprometiéndolos con todo lo relacionado a prestar los servicios con toda la mayor calidad que sea posible.	Realizar oportunamente la verificación del plan de mejoramiento de la calidad haciendo los correctivos que sean necesarios de acuerdo a la evaluación que periódicamente debe hacerse.
<ul style="list-style-type: none"> • El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la institución y tiene asignado un responsable. • Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario y su familia. • La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y divulga a los trabajadores de la institución. • El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, cuyos valores se comparan frente a parámetros o estándares técnicos aceptado 	2		Comprometer cada día más al personal con todo lo concerniente a prestar servicios con calida
28. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de habilitación / rehabilitación.		La institución cuenta con un plan de mejoramiento de la calidad el cual fue realizado con todos los requerimientos de ley; en el participaron todos los funcionarios de la IPS y se tubo en cuenta las opiniones de los usuarios depositadas en el buzón de sugerencias.	Redefinir el plan de mejoramiento de la calidad en los aspectos en que sea necesario de acuerdo a las sugerencias de los usuarios y las evaluaciones realizadas por la institución.
<ul style="list-style-type: none"> • Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas de los usuarios, las familias y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costos. • Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos de calidad como: Seguridad, Continuidad, Coordinación, Competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia, Eficiencia, Accesibilidad, Oportunidad 	3		Se deben incluir aspectos relacionados con la seguridad, continuidad Coordinación, Competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia, Eficiencia, Accesibilidad, Oportunidad; los cuales van a permitir mejorar todo lo concerniente a la calidad.

<p>29. Existe un proceso de monitorización continua del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados 	2	<p>La institución realiza la verificación de los procesos en los cuales previamente se han identificado falencias, implementando planes de mejoramiento que permitan superar estas dificultades.</p>	<p>Evaluar periódicamente los ajustes que se hacen al plan de mejoramiento de la calidad, posteriormente a la autoevaluación que se realice en la institución. Se deben registrar los cambios que se realicen y los resultados se van dando</p>
<p>30. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de rehabilitación se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, al usuario y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados. 	2	<p>Dentro de la institución existe comunicación constante lo que permite dar a conocer oportunamente las actividades que se realizan o se van a realizar para fortalecer el plan de mejoramiento de la calidad.</p>	<p>Realizar una divulgación oportuna de todas las actividades de mejoramiento que se realizan para contribuir a una mejor calidad de prestación de los servicios, tanto a los clientes internos como externos.</p> <p>Se deben implementar canales de comunicación eficientes y eficaces que permitan una oportuna información y una posterior verificación de la información dada.</p>

5.2 DIRECCIONAMIENTO

	Calificación	Fortalezas	Plan de mejoramiento
1. Los órganos directivos de la institución facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la institución.	4	La Institución cuenta con una directiva comprometida con el desarrollo de esta, se involucra totalmente en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico.	Propender aun mas por el trabajo en equipo en la institución creando estrategias que faciliten el proceso de acreditación. El gerente es el encargado de hacer que la institución funcione de la manera mejor posible.
2. La institución desarrolla un análisis estratégico en el que se tienen en cuenta por lo menos las necesidades de los usuarios y sus familias, la lectura del entorno, la voz del cliente interno y la referenciación con la competencia.	2	Se tienen en cuenta las necesidades y opiniones de los usuarios depositadas en el buzón de sugerencias, al igual que las tendencias que se ven el mercado a fin.	Realizar periódicamente un diagnostico y análisis estratégico en donde se tengan en cuenta las necesidades de los usuarios, de la competencia y de todo el entorno que este relacionado con el funcionamiento de la institución; que faciliten la consecución de una mejor calidad y por ende del proceso de acreditación.
3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la institución de acuerdo a los resultados del análisis estratégico.	1	Se tiene una visión y misión definidas al igual que los valores que enmarcan el proceso de funcionamiento de la institución.	De acuerdo a el resultado de los análisis estratégicos que se realicen periódicamente, se deben hacer los ajustes que sean necesarios en la misión y visión de la institución para que así se encamine correctamente el proceso de acreditación; observando las tendencias en todos los aspectos que rodean a la institución.
4. Existe un proceso para formular y revisar el plan estratégico de la institución a partir del direccionamiento estratégico.	1	Existe un plan de direccionamiento estratégico dentro de la institución, en el cual están inmersas todas las dependencias de la institución.	Por dependencias realizar un plan de desarrollo estratégico, los cuales posteriormente se deben discutir con los miembros de la institución para realizar el plan estratégico institucional. Se deben hacer las revisiones periódicas para evaluar si se están cumpliendo los objetivos o hay que tomar las diferentes acciones correctivas.
<ul style="list-style-type: none"> • La institución garantiza que las diferentes unidades funcionales participan en la formulación del plan y en la priorización de sus objetivos. • Cada unidad funcional desarrolla su propio plan en coherencia con el plan estratégico institucional. 			
5. Los líderes participan y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la institución.	1	Existe un responsable de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico.	Buscar los mecanismos para que el plan de direccionamiento estratégico sean difundidos de una manera más eficaz y eficiente, para permitir que la institución en todas sus unidades funcione de la mejor manera y de forma coordinada.

6. Existe un proceso para establecer los parámetros de ejecución del plan estratégico. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la institución a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la institución.	3	Existen procesos que enmarcan la ejecución del plan estratégico de la institución, en el cual se tienen en cuenta aspectos financieros que aseguran la viabilidad en el presente y el futuro de la institución.	Llevar una correcta contabilidad de la institución en sus activos y pasivos, para que puedan brindar una información oportuna que facilite el normal funcionamiento de esta.
7. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en la salud de los usuarios que, mediante procesos de auditoría de la calidad, le hace seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica evaluar aspectos como: <ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad de la atención por tipos de servicios. • Utilización de servicios por usuario • Satisfacción global del usuario con la atención recibida. • Calidad de la atención. 	3	La institución cuenta con mecanismos para evaluar la satisfacción de los usuarios con respecto a la calidad de los servicios, como lo es el buzón de sugerencias y encuestas.	Tener en cuenta las sugerencias de los usuarios a sí como el resultado y análisis de las encuestas para poder ofrecer servicios con la mayor calidad posible y conseguir así una total satisfacción de los usuarios.
8. Existe un proceso para establecer parámetros de gestión para el personal, alineados con el direccionamiento estratégico de la institución. <ul style="list-style-type: none"> • El personal sustenta su gestión ante la junta directiva o ante comités creados para tal fin. 	1	Se tienen en cuenta por parte de la gerencia las sugerencias y opiniones de los miembros de la institución para direccionar correctamente el plan estratégico.	Tener siempre en cuenta las opiniones y sugerencias de los miembros de la institución en la consecución de mecanismos que faciliten el proceso de la calidad y la acreditación.

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN			
	Calificación	Fortalezas	Plan de mejoramiento
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. El proceso incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de conceptos o documentos técnicos. • Entrega de informes sobre solicitudes específicas. • Asesoría para políticas o decisiones concernientes a los procesos de atención. • Información y capacitación en temas técnicos y administrativos claves para la institución. 	2	Se sabe cuando y como los miembros de las unidades funcionales de la institución deben entrar en acción para asesorar a la gerencia en la toma de diferentes decisiones.	Se debe tener en cuenta siempre las sugerencias de los miembros de la institución porque ellos conocen profundamente el funcionamiento de esta, y por consiguiente saben mucho de ella, se deben realizar actas en donde se plasme las sugerencias.

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	Calificación	Fortalezas	Plan de mejoramiento
10. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del direccionamiento	2	La institución cuenta con planes de mejoramiento para los diferentes procesos que se realizan al interior de esta, que cuenta con objetivos e indicadores para poder verificar su efectividad.	<p>Se debe evaluar periódicamente si los planes de mejoramiento se están cumpliendo y si están arrojando los resultados que se esperan. Si no se están cumpliendo los objetivos hay que redefinirlos y verificarlos posteriormente.</p> <p>Se deben actualizar los planes de acuerdo a las necesidades de la institución.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable. • Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, del usuario y su familia. • La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y se divulga a los trabajadores de la institución. • El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, cuyos valores se comparan frente a estándares aceptados. 			
11. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de direccionamiento estratégico.	2	La institución cuenta con mecanismos que permiten implementar el plan mejoramiento de la calidad en los procesos de direccionamiento estratégico.	<p>En la implementación de los planes de mejoramiento de la calidad en primera medida se deben tener en cuenta las necesidades de los usuarios teniendo en cuenta aspectos como: Seguridad, Continuidad, Coordinación, Competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia, Eficiencia Accesibilidad, Oportunidad, Integralidad</p>
<p>Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo.</p> <p>Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos de la calidad como: Seguridad, Continuidad, Coordinación, Competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia, Eficiencia Accesibilidad, Oportunidad, Integralidad</p>			

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

	Calificación	Fortalezas	Plan de mejoramiento
<p>12. Existe un proceso de monitorización continua del mejoramiento de calidad de los procesos de direccionamiento estratégico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 	2	<p>Se realiza una monitorización periódica del proceso de mejoramiento de la calidad en los procesos de direccionamiento estratégico.</p>	<p>Se debe evaluar periódicamente los resultados del proceso de mejoramiento de la calidad en el direccionamiento estratégico, recolectando la información necesaria para su análisis y utilización en pro de la calidad.</p>
<p>13. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad de los procesos de direccionamiento estratégico se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados. 	2	<p>Se tiene en cuenta los resultados de las actividades para el mejoramiento de la calidad en el direccionamiento estratégico de la institución, se dan a conocer a sus miembros.</p>	<p>se debe dar a conocer los resultados que la institución tiene en cuando al mejoramiento de la calidad en los procesos de direccionamiento estratégico, ante los usuarios y sus familias, las EPSs y la comunidad en general; utilizando canales de difusión adecuados como revistas, folletos o publicaciones que den fe del buen funcionamiento de la institución.</p>

5.3 GERENCIA

	Calificación	Fortalezas	Plan de mejoramiento
1. Cada unidad funcional de la institución tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.	4	Cada unidad funcional tiene definido cual es su rol dentro del funcionamiento de la institución, se identifican los clientes tanto internos como externos	Tener plenamente identificado el papel de las unidades funcionales dentro de la institución, realizando protocolos que enmarquen su quehacer como miembros de esta.
2. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso considera:	2	Cada unidad funcional de la institución cuenta con un proceso definido para identificar las necesidades de su entorno en cuanto a los clientes internos y externos.	Al identificarse las necesidades en cada unidad funcional se deben planear objetivamente las respuestas para dar soluciones a estas, especificándolas de acuerdo a los diferentes clientes que se presente.
<ul style="list-style-type: none"> • Una metodología para la identificación de las necesidades. • Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades. • La descripción del proceso de atención al cliente y sus necesidades específicas por tipo de cliente y para cada una de las fases del proceso. 			
3. Existe un proceso por parte de la alta gerencia para garantizar una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad, incluido el Manual de Calidad de la Organización. El proceso incluye:	3	La gerencia realiza procesos que garantizan la consecución de recurso para verificar el proceso de mejoramiento de la calidad.	Debe existir una buena comunicación entre la gerencia y las diferentes unidades funcionales de la institución para identificar las posibles barreras para el mejoramiento. Se deben realizar capacitaciones y reconocimiento a los miembros de la institución que estimulen el compromiso de todos con el funcionamiento de ella.
<ul style="list-style-type: none"> • Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. • Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación. • Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. • Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la institución. 			
4. La institución garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de las metas y objetivos de cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o con las fases del proceso de atención.	2	El proceso de atención esta enmarcado por unos valores y objetivos que se enmarcan dentro de la visión y misión de la institución.	Se debe realizar actividades o capacitaciones al personal de la institución en cuanto al proceso de atención de los usuarios, este deber ser de la mejor calidad posible.
<p>Las metas y objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son consistentes con los valores, misión y visión de la institución. • Proveen orientación para el proceso de atención al usuario. • Son consistentes con el proceso de atención. 			

<p>5. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. La monitorización incluye.</p>	<p>2</p>	<p>Cada unidad funcional cuenta con unos objetivos definidos para el cumplimiento de su función.</p>	<p>se debe revisar periódicamente e el cumplimiento de los objetivos de cada unidad funcional, observando si es necesario mejorarlas o redireccionarlas par cumplir con las diferentes metas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Las actividades específicas de monitorización y mejoramiento. • La evaluación del logro de las metas y objetivos • 			
<p>6. Existe un proceso en la institución para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los clientes y el código de ética establecido por la institución. El respeto por el cliente</p>	<p>4</p>	<p>La institución identifica, garantiza y cumple con el respeto a los derechos de los usuarios.</p>	<p>Debe existir un código de ética que permita cumplir cabalmente con el respeto a la dignidad personal, privacidad y seguridad del usuario. Se pueden realizar capacitaciones acerca de esto.</p>
<p>incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dignidad personal. • Privacidad. • Seguridad. 			
<p>7. Existe un proceso organizacional para promover y lograr un trato digno entre usuarios, familiares y trabajadores. El proceso contempla:</p>	<p>5</p>	<p>La institución cuenta con un proceso organizacional que promueve el buen trato entre usuarios, familiares y trabajadores. Cuando se presentan dificultades se resuelven de la manera mas adecuado utilizando siempre el dialogo.</p>	<p>Se pueden utilizar folletos que promuevan el buen trato entre las personas, especificando el beneficio que trae esto consigo.</p> <p>Se pueden hacer capacitaciones en las cuales se contemplen estos aspectos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Una política clara emanada de la alta gerencia, que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y compañeros de trabajo. • identificar y resolver las situaciones de trato inadecuado durante los procesos de atención. • Información y capacitación a los trabajadores y clientes que presentaron o sufrieron conductas de trato inadecuado. • Información y educación a los usuarios y sus familias y a los trabajadores, para reportar y solucionar este tipo de conductas. 			
<p>8. Existen procesos para desarrollar las políticas organizacionales para definir el tipo y amplitud de los servicios que se han de proveer.</p>	<p>4</p>	<p>Se cuenta con procesos para desarrollar las políticas organizacionales que definen el tipo y amplitud de los servicios que se ofrecen.</p>	<p>Direccionar el funcionamiento de la institución de acuerdo a sus políticas en cuanto al tipo y amplitud de los servicios que se ofrecen</p>

<p>9. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la institución y de cada unidad funcional. Lo anterior es logrado a través de:</p>	<p>2</p>	<p>La asignación de recursos humanos, financieros y físicos se hace de acuerdo con la planeación de la institución y de cada unidad funcional en cabeza de su gerente.</p>	<p>Se debe priorizar las necesidades de la institución de acuerdo a la expectativa de los posibles clientes, también se debe tener en cuenta que siempre la calidad se debe ir mejorando.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de prioridades en el plan. • Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención. • Evaluación de los recursos disponibles. 			
<p>10. Existe un proceso para la protección y control de los recursos</p>	<p>3</p>	<p>Se cuenta con un proceso para la protección y control de los recurso a cargo de la gerente, que es la encargada de tomar todas las decisiones.</p>	<p>Es importante tener en cuenta diferentes aspectos que facilitan la protección del recurso como lo es: medición de la productividad, monitorización de los presupuestos, manejo de inventarios, fomento de la cultura del buen uso de los recursos y Auditoría de procesos.</p>
<p>Lo anterior se logra a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medición de la productividad. • Costeo. • Monitorización de los presupuestos. • Manejo de inventarios. • Manejo de seguros. • Fomento de la cultura del buen uso de los recursos. • Auditoría de procesos. • Seguimiento de contingencias cubiertas por diferentes fondos y seguros. • Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades. • Seguimiento de las políticas de contratación con ARS y EPS. 			

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	Calificación	Fortalezas	Plan de mejoramiento
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia	2	Se cuenta con un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia la cual tiene una encargada, en este se tiene en cuenta la información obtenida de las unidades funcionales de la institución.	Se debe dar a conocer a todos los miembros de la institución la información del plan de mejoramiento por parte de la gerencia, el cual debe contener indicadores de seguimiento los cuales se podrán evaluar periódicamente.
<ul style="list-style-type: none"> • El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable. • Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario y su familia. • La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y divulga a los trabajadores de la institución. • El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento cuyos valores se comparan frente a estándares aceptados. 			
12. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia.	4	La institución cuenta con un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia.	En el proceso de implementación del plan de mejoramiento de gerencia se debe tener en cuenta las necesidades de los usuarios y la familia, de los trabajadores, teniendo en cuenta aspectos como: Seguridad, Continuidad, Coordinación, competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia, Eficiencia, ,Accesibilidad, Oportunidad , Integralidad
<ul style="list-style-type: none"> • Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo. • Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos como: Seguridad, Continuidad, Coordinación, competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia, Eficiencia, ,Accesibilidad, Oportunidad , Integralidad 			
13. Existe un proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia.	3	Se cuenta con un sistema de monitorización del cumplimiento del plan de mejoramiento de la calidad de gerencia	El proceso de monitorización del plan de mejoramiento de la calidad de gerencia debe ser continuo par acceder a la acreditación. Se debe analizar y tomar a las acciones correspondientes.
<ul style="list-style-type: none"> • El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 			
14. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.	2	Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia se dan a conocer parcialmente.	Se deben dar a conocer los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia utilizando canales apropiados para esto. Pueden ser informes o socializaciones en grupo
<ul style="list-style-type: none"> • Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados. 			

5.4 GERENCIA DEL RECURSO HUMANO

	Calificación	Fortalezas	Plan de mejoramiento
<p>1. Existen procesos para identificar las necesidades de los clientes internos de la institución y para responder a ellas.</p> <p>Estos procesos tienen en cuenta aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> Legislación relevante. Calidad de vida en el trabajo. Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial. Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal. Evaluación de desempeño. Evaluación periódica de expectativas y necesidades que influyan en el clima organizacional. Políticas de compensación. Estímulos e incentivos. Bienestar laboral. Necesidades de comunicación organizacional. <p>Los procesos descritos son consistentes con los valores, misión y visión de la institución.</p> <p>Los procesos mencionados en el estándar deben incluir los aspectos directamente relacionados con la atención del usuario durante cada paso o fase de su atención.</p>	2	<p>Existe una relación del personal que trabaja en la IPS, además de un proceso de selección del recurso humano.</p>	<p>Se debe incluir un proceso de evaluación del desempeño, expectativas y necesidades, políticas de compensación, estímulos e incentivos, contribuyendo de esta manera a una cultura organizacional establecida en la misión y la visión de la institución.</p>

<p>2. Existe un proceso para la planeación del recurso humano. El proceso descrito considera, entre otros: Los cambios en la misión de la institución. Los cambios en el plan estratégico. Los cambios en la estructura organizacional. Los cambios en la planta física. Los cambios en la complejidad de los servicios. La disponibilidad de recursos. La legislación relevante. La tecnología disponible. La asignación de personal en todos los niveles de la organización apoya la prestación de los servicios y está diseñada de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los requisitos y perfil del cargo. • La identificación de los patrones de carga laboral del empleo. • La reubicación y promoción del personal cuando así se requiera. <p>La planeación del recurso humano en la institución está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y en el diseño del proceso de atención.</p>	2	<p>El personal de la institución conoce de manera oportuna las labores que desempeñan dentro de la IPS.</p>	<p>Establecer en la ips un plan estratégico, una cultura institucional y una estructura organizacional donde se le permita al personal de la ips conocer y opinar sobre diferentes cambios que se realizan en la institución.</p> <p>Establecer un código de ética de la institución y un reglamento interno.</p>
---	---	---	---

ESTANDARES DE ACREDITACION			
Calificación de la Institución			
	Calificación	Fortalezas	Plan de mejoramiento
<p>3. Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la institución contratante la verificación de dichas competencias.</p> <p>Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo e incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto. Se relacionan con:</p> <p>5.Experiencia.</p> <p>6.Licenciamiento o certificación, si aplica.</p> <p>Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y habilidades. • Relaciones interpersonales. • Habilidades de liderazgo y administrativas. • Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad. 	3	<p>Los profesionales y no profesionales que laboran en la institución cuentan con las competencias necesarias para ocupar los diferentes cargos, además se tiene establecido el manual de funciones de cada uno y existe un proceso de selección del personal.</p>	<p>Establecer un perfil del personal que labora en la institución donde se tenga en cuenta:</p> <p>Experiencia.</p> <p>Licenciamiento o certificación, si aplica.</p> <p>Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y habilidades. • Relaciones interpersonales. • Habilidades de liderazgo y administrativas. <p>Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad.</p>
<p>4. La institución cuenta con un sistema de planeación de la capacitación y educación continuada a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y de los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las actividades de capacitación y educación continuada promueven la competencia del personal • Se provee información acerca de la institución, del ambiente de trabajo y de sus responsabilidades • Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la institución. • La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al usuario y su familia. 	2	<p>La institución realiza capacitaciones esporádicas al personal y son registradas mediante actas.</p>	<p>Realizar con mayor frecuencia capacitaciones al personal acerca de diferentes patologías, normas de calidad ,políticas internas etc., promulgando la educación del personal</p> <p>Establecer comités de estudios de caso teniendo en cuenta las necesidades del paciente.</p> <p>Realizar reuniones periódicas con el personal de la institución.</p>

ESTANDARES DE ACREDITACION	Calificación de la Institución		
	Calificación	Fortalezas	Plan de mejoramiento
<p>5. La institución garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El desempeño se revisa y documenta: <ul style="list-style-type: none"> - Durante el período de prueba. - Periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. • Se retroalimenta al personal evaluado sobre los resultados de la evaluación. • De acuerdo a los resultados de la evaluación se formulan compromisos y planes de mejoramiento del desempeño, a los cuales se les hace seguimiento. 	2	<p>Se realiza una evaluación del personal mediante la entrevista inicial y se informa sobre sus funciones en la institución.</p>	<p>Realizar periódicamente la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos y realizar retroalimentación de los resultados de la evaluación.</p> <p>Formular compromisos y planes de mejoramiento del desempeño y su posterior seguimiento.</p>
<p>6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de las responsabilidades encomendadas a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El entrenamiento o certificación periódica del personal de la institución en aspectos o temas definidos como Prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. • Investigación científica. • Entrenamiento de estudiantes, si aplica. • Conciliación de protocolos médicos. • Comunicación de cambios legislativos referentes a la práctica profesional. • Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. • Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. • La atención al usuario y su familia. 	2	<p>El personal conoce las responsabilidades y funciones dentro de la institución y reconoce y aplica los protocolos establecidos en diferentes áreas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar entrenamiento o certificación periódica del personal de la institución en aspectos o temas definidos, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. • Investigación científica. • Conciliación de protocolos . • Comunicación de cambios legislativos referentes a la práctica profesional. • Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. <p>Realizar un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. La atención al usuario y su familia.</p>
<p>7. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos se incorporan en la política de recursos humanos de la institución.</p>	4	<p>Existe una adecuada relación de la gerencia con el personal de la institución.</p>	<p>Incorporar los acuerdos en la política de recursos humanos de la ips.</p>

<p>8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la institución. Lo anterior incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a los registros. • Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la institución. 	4	<p>Existe un proceso de recurso humano, donde se consigna todo lo relacionado a la información del personal tal como: Hoja de vida, manual de funciones, entrevista de selección.</p>	<p>Implementar una base de datos donde se consigne esta información, Implementar un formato donde se establezca un consentimiento de los trabajadores para acceder a esta información.</p>
---	---	---	--

ESTANDARES DE ACREDITACION	Calificación de la Institución		
	Calificación	Fortalezas	Plan de mejoramiento
<p>9. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la institución.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados. • Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud. • 	1	<p>El personal de salud cotiza semanas en salud y ARP; existe un manual de bioseguridad y es conocido por es personal a cargo.</p>	<p>Organizar procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la institución. Adelantar programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud.</p>
<p>10. La institución cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados</p>	1	<p>Los empleados cumplen sus funciones de la mejor manera posible.</p>	<p>Es necesario que se implemente un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados</p>

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
<p>11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable. • Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario, su familia y los trabajadores en general. • La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y se divulga a los trabajadores de la institución. • El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma Conjunta con el equipo interdisciplinario e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 	2	La institución cuenta con los estándares mínimos de calidad para la prestación de los servicios en salud.	Realizar un plan diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario, su familia y los trabajadores en general y divulgarlo a os trabajadores de la institución. Implementar un plan de seguimiento e incluir una ficha técnica con indicadores de gestión.
<p>12. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de recursos humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo. • Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos como: <ul style="list-style-type: none"> - Seguridad - Continuidad - Coordinación - Competencia - Aceptabilidad - Efectividad - Pertinencia - Eficiencia - Accesibilidad - Oportunidad 	1	Se esta actualizando el plan de mejoramiento de la institución con base al usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, teniendo en cuenta aspectos importantes como: Seguridad, Continuidad, Coordinación, Competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia, Eficiencia, Accesibilidad, Oportunidad	<p>Se debe organizar un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento</p> <p>Es necesario implementar métodos de determinación de prioridades con criterios definidos, para diseñar los planes de mejora y priorizar las oportunidades de mejora teniendo en cuenta variables de alto volumen, alto riesgo y alto costo</p>

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Institución		
	Calificación	Fortalezas	Plan de mejoramiento
<p>13. Existe un proceso de motorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia de recursos humanos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 	1	En todo momento se prestan los servicios con la mejor calidad.	Realiza la priorización de procesos para implementar actividades de mejoramiento. Contar con un sistema formal de evaluación que permite realizar un análisis adecuado de los resultados implementar un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos priorizados
<p>14. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de recursos humanos se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados. 	1	Se cuenta con un portafolio de servicios, el cual es conocido por las EPS con las que se tiene convenio.	Dar a conocer los procesos de gerencia de recursos humanos al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, con el fin de que la calidad de la IPS sea reconocida.

5.5 GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

<p>1. La institución garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos.</p> <p>Lo anterior incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La gerencia de los riesgos físicos. • El mantenimiento de la seguridad industrial. • La preparación para emergencia y desastres. • La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades. • Los procesos son consistentes con los valores, misión y visión de la institución. • Existe un plan para ejecutar las acciones que garantizan la protección de los usuarios y de los trabajadores durante el proceso de atención y se ha difundido. 	3	<p>La institución cuenta con una planta física distribuida según los servicios prestados en la IPS: 2 consultorios y una sala de recepción.</p>	<p>Se debe contar con un proceso que incluya: El mantenimiento de la seguridad industrial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La preparación para emergencia y desastres.
<p>2. La institución cuenta con procesos diseñados y operacionalizados para garantizar la prevención y control de infecciones durante el proceso de atención del usuario. Los procesos se basan en guías o estándares, que incluyen:</p> <p>Para los usuarios: Admisión y transporte de los usuarios con infección, si aplica. Implementación de técnicas de aislamiento, si aplica. Garantía del uso de técnicas asépticas en los procedimientos que lo requieran. Existe un proceso de recolección, tabulación, análisis y reporte de las infecciones nosocomiales y enfermedades transmisibles e infecciosas: Definición de cuándo se considera que una infección es nosocomial. Definición de mecanismos de reporte y protocolos de investigación en casos de infección nosocomial. Reporte de las infecciones intrahospitalarias, si aplica. Reporte de los resultados a la gerencia u otros grupos</p>	NA	NA	NA

<p>relevantes dentro de la institución.</p> <p>El plan de prevención y control de infecciones cuenta con metas precisas que son medidas en el tiempo.</p> <p>El plan está incorporado en el plan de direccionamiento estratégico de la institución.</p> <p>Las responsabilidades para la prevención de infecciones están identificadas.</p> <p>El personal de la institución recibe entrenamiento en la prevención y control de infecciones.</p> <p>Existen sistemas de ventilación para prevenir la diseminación de contaminantes, si aplica.</p> <p>Existen procesos para el manejo de desechos (físicos, químicos, biomédicos, etc.).</p>			
--	--	--	--

<p>3. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, de los equipos médicos y los insumos, tanto para los trabajadores como para los usuarios durante el proceso de atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, los equipos médicos y los insumos. • Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia. • Provisión de energía y de insumos básicos de todo tipo, en casos de emergencia. • Programaciones de limpieza. 	3	<p>La institución cuenta con guías de bioseguridad, protocolos de limpieza de insumos y dispositivos médicos y su registro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, los equipos médicos y los insumos. • Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia.
<p>4. La institución garantiza procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación, clasificación y separación de los desechos en la fuente. • No reutilización de materiales clasificados como no reutilizables. • Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación. • Impacto ambiental. • Reciclaje y comercialización de materiales. • El impacto potencial del manejo inadecuado de los eventos 	5	<p>La IPS cuenta con un proceso para el manejo seguro de desechos considerando :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación, clasificación y separación de los desechos en la fuente. • No reutilización de materiales clasificados como no reutilizables. • 	<p>Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación. Impacto ambiental.</p>

a			
---	--	--	--

ESTANDARES DE ACREDITACION	Calificación de la Institución		
<p>5. Existen procesos diseñados que garanticen que la institución cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe un plan organizacional que incluye: • Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado. • Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables. • Conexión a la red de urgencias. • Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres. • Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y describen cómo se integra la unidad al plan organizacional. • Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres. Estos ejercicios permitirán: • Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la institución. • Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos. • Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos. • Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo. • La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades: • Establecimiento de un centro dentro de la institución para facilitar y coordinar las actividades de respuesta. • Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos. • La identificación del personal que está a cargo de los servicios. • Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares. • Provisión de un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la institución. • Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. 	<p>1</p>	<p>Se cuenta con los números telefónicos para acceso en caso de emergencia. el centro de audición se encuentra ubicado geográficamente cerca de centros hospitalarios y de urgencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Organizar un plan de emergencias que incluye:</i> • <i>Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado.</i> • <i>Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables.</i> • <i>Conexión a la red de urgencias.</i> • Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres. • Se adelantaran ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres. • Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la institución. • Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos. • Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos. • Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos. • La identificación del personal que está a cargo de los servicios. • Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares. • Provisión de un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la institución. • Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. • La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres.

ESTANDARES DE ACREDITACION	Calificación de la Institución		
<p>6. Existe un proceso para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre. Si aplica, el proceso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diseño de un área para la recepción del personal. • Registro de los nombres y números de identificación de los clientes en el momento del ingreso. • Aplicación de un sistema de triage. • Señalización del área dispuesta para atender al grupo de usuarios. 	4	<p>Existe un lugar para la recepción de grupos de personas involucradas en una emergencia o desastre y un registro de nombres y números de identificación de los clientes en el momento del ingreso.</p>	<p>Implementar un proceso para caso de emergencias o desastres.</p>
<p>7. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El proceso está asesorado por guías del departamento de bomberos. • El proceso está acorde con los códigos aprobados e incluyen entre otros: <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Prevención de incendios. • Educación a los empleados de la institución sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación. • Emergencia • Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la institución, así como al departamento de bomberos. • Evacuación de los usuarios en riesgo. • Instrucciones para el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores. • Sistemas de evacuación. • Señalización de sistemas de evacuación. • Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios. • La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendios. 	1	<p>La clínica donde se encuentra la IPS cuenta con un seguro contra incendios.</p>	<p>Implementar un proceso para prevención y respuesta a incendios directamente en la IPS centro de audición y lenguaje, este debe ser asesorado por guías del departamento de bomberos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación a los empleados de la institución sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación. • Emergencia • Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la institución, así como al departamento de bomberos. • Evacuación de los usuarios en riesgo. • Instrucciones para el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores. • Sistemas de evacuación. • Señalización de sistemas de evacuación. <p>La institución garantizará la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendios.</p>

ESTANDARES DE ACREDITACION	Calificación de la Institución		
<p>8. Existen procesos para evacuación y reubicación de usuarios. Si aplica, el proceso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los usuarios que deben ser reubicados. • Comunicación de esta situación a las familias. • Sistema de transporte para los usuarios. • Arreglos de sitios alternos para la reubicación de los usuarios y del personal de atención. 	NA	NA	NA
<p>9. La institución garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria. El proceso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. • Un sistema de comunicación dentro de la institución para la identificación del cliente. • Designar a un responsable de la búsqueda. • Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la institución. • Contacto con la policía y la familia del cliente. 	1	El personal que asiste a los usuarios debe registrar en la historia clínica la hora y la condición en la que llega el paciente, ya sea con acompañante o sin el.	<p>se debe crear un proceso un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria. El proceso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. • Un sistema de comunicación dentro de la institución para la identificación del cliente. • Designar a un responsable de la búsqueda. • Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la institución. • Contacto con la policía y la familia del cliente
<p>10. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del ambiente físico</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable. • Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario y su familia y los trabajadores en general • La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y se divulga a los trabajadores de la institución. • El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento cuyos valores se comparan frente a estándares aceptados 	3	NA	NA

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	Calificación de la Institución		
	Calificación	Fortalezas	Plan de mejoramiento
<p>11. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico. Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo. Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos de calidad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Continuidad • Coordinación • Competencia • Aceptabilidad • Efectividad • Pertinencia • Eficiencia • Accesibilidad • Oportunidad 	2	<p>se tienen en cuenta aspectos de la calidad en cada uno de los procesos que se realizan en la institución, siempre en pro de mejora de la atención al cliente.</p>	<p>Implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico. Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo, teniendo en cuenta aspectos de la sociedad.</p>
<p>12. Existe un proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados 	1	<p>En todo momento se prestan los servicios con la mejor calidad.</p>	<p>Realiza la priorización de procesos para implementar actividades de mejoramiento. Contar con un sistema formal de evaluación que permite realizar un análisis adecuado de los resultados implementar un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos priorizados</p>
<p>13. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico se dan a conocer al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados. 	1	<p>Se cuenta con un portafolio de servicios, el cual es conocido por las EPS con las que se tiene convenio.</p>	<p>Dar a conocer los procesos de gerencia de recursos físicos al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, con el fin de que la calidad de la IPS sea reconocida.</p>

5.6 GERENCIA DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN			
	Calificación	Fortalezas	Oportunidades de mejoramiento
<p>1. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial las necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un usuario.</p>	2	<p>La institución cuenta con un software en el servicio de audiología para el registro de historia clínica de los pacientes que se atienden. La información obtenida es de uso exclusivo de la IPS y el usuario.</p>	<p>Implementar en el servicio de fonoaudiología el software para el registro de las historias clínicas, estandarizar la información obtenida; almacenándola en medios físicos y magnéticos para un posterior análisis.</p>
<p>Las necesidades identificadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los procesos de atención a los usuarios. • Planeación de la institución. • Asignación de recursos. • Productividad. • Educación del personal. • Investigación. • Necesidades del cliente y la comunidad. • Direccionamiento organizacional • Mejoramiento de la calidad • Coordinación de servicios frente a la atención del usuario. • Existe un plan de gerencia de la información. El plan incluye: <ul style="list-style-type: none"> • La identificación de las necesidades de información. • Captura de los datos. • Análisis de la información. • Transmisión de la información. • Estandarización de la información • Uso de la tecnología • Proceso de implementación basada en prioridades. • Almacenamiento, conservación y depuración de la información. • Seguridad y confidencialidad de la información. • Sistema de evaluación del plan. • Sistema de mejoramiento • Se cuenta con un plan que garantice el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información. 			

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN			
	Calificación	Fortalezas	Oportunidades de mejoramiento
<p>2. Existe un proceso para identificar y responder a las necesidades de información de todos los clientes organizacionales (profesionales y no profesionales)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los procesos contemplan la recolección sistemática y permanente de la información necesaria y relevante que permita a la dirección la toma oportuna y efectiva de decisiones. • Existe un proceso periódico para priorizar y recoger las necesidades, opiniones y niveles de satisfacción de los clientes del sistema. • Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. • La información soporta la gestión de los procesos relacionados con el cliente y de los procesos generales de la institución. 	3	La institución cuenta con un proceso para responder a las necesidades de información tanto de sus clientes internos como externos con una recolección periódica de los datos.	Implementar un proceso para priorizar y recoger las necesidades, opiniones y niveles de satisfacción de los clientes del sistema, sometiéndola a un completo análisis posteriormente.
<p>3. La institución realiza una investigación exhaustiva cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas en el desempeño de los procesos o equipos, y se generan acciones preventivas y correctivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La institución garantiza el diseño y seguimiento de protocolos por cumplir en caso de variaciones observadas. 	3	Existe un plan de mantenimiento preventivo de equipos de cómputo y comunicación con rutinas de mantenimiento trimestral.	Implementar un plan de apoyo que responda a las posibles variaciones que se presenten de forma inoportuna en los diferentes procesos o equipos
<p>4. Existe un proceso para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.</p> <p>La seguridad debe prevenir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso no autorizado. • Pérdida de información. • Manipulación. • Mal uso de los equipos y de la información, para fines distintos de los legalmente contemplados dentro de la institución. • Deterioro físico de los archivos. 	3	La institución cuenta con un mecanismo que garantiza que la información obtenida sea de uso exclusivo de la IPS y el paciente.	Realizar un proceso que garantice totalmente la seguridad y confidencialidad de la información obtenida en la IPS previniendo situaciones como: acceso no autorizado, pérdida de la información, manipulación, deterioro físico de los archivos.

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN

ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN			
5. Existe un proceso para transmitir los datos y la información.	3	La información registrada en la institución es transmitida oportunamente a las EPS y a los usuarios. Respetando la confiabilidad y confidencialidad de los datos.	Crear mecanismos que faciliten la trasmisión de la información de manera oportuna.
<ul style="list-style-type: none"> • La transmisión debe garantizar la: • Oportunidad. • Facilidad de acceso. • Confiabilidad y validez de la información. • Confidencialidad y seguridad. 			
6. Existe un proceso para proveer los datos en medio electrónico o en papel.	4	La información obtenida por la institución es almacenada en medios electrónicos y/o físicos.	Realizar el almacenamiento de los datos tanto en medios electrónicos como en medios físicos, realizando este proceso periódicamente-
7. Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los usuarios y su familia.	2	La institución cuenta con un sistema de historia clínica electrónica en el servicio de audiología.	Implementar en el servicio de fonoaudiología la historia clínica electrónica, que permita un mejor almacenamiento y manejo de la información
<ul style="list-style-type: none"> • Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los usuarios, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad. • La información consolidada está disponible para la comparación frente a mejores prácticas. 			

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD			
	Calificación	Fortalezas	Oportunidades de mejoramiento
<p>8. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia de la información.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable. • Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario, su familia y los trabajadores de la institución • La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y divulga a los trabajadores de la institución. • El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento cuyos valores se comparan frente a estándares aceptados. 	3	La institución cuenta con indicadores mínimos de calidad en el proceso de gerencia de la información.	Designar un responsable del plan de mejoramiento de los procesos de la gerencia de la información, que tenga en cuenta las sugerencias del equipo interdisciplinario, el usuario su familia y los trabajadores de la institución y su posterior retroalimentación a las partes interesadas.
<p>9. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de la información.</p> <p>Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud, además de criterios de riesgo, volumen y costo.</p> <p>Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos de calidad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Continuidad • Coordinación • Competencia • Aceptabilidad • Efectividad • Pertinencia • Eficiencia • Accesibilidad • Oportunidad 	2	Se tiene en cuenta aspectos de la calidad en cada uno de los procesos que se realizan en la institución, considerando necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud, además de criterios de riesgo, volumen y costo.	Implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de la información; que permitan un mejor manejo de ésta para la atención del usuario.

10. Existe un proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia de la información.	1	En la institución se realiza la recolección de información de los proceso realizados.	Implementar el proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia de la información; que permita el procesamiento y análisis de resultados.
<ul style="list-style-type: none"> • El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados. 			
11. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de la información se dan a conocer al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.	1	La institución esta en capacidad de responder a cualquier solicitud por parte de las eps con las cuales tiene relación, usuarios y otras entidades.	Crear mecanismos que permitan informar a las partes relacionadas, acerca de los procesos de gerencia de la información, que permitan su reconocimiento.

6. PLAN DE MEJORAMIENTO

PLAN DE MEJORAMIENTO CENTRO DE AUDICIÓN Y LENGUAJE GRUPO ESTÁNDARES HABILITACIÓN / REHABILITACIÓN AUDITORES: Leidy Trinidad Bermeo – Andrés Martínez Rojas									
ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACION				ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCION DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE DE LA EJECUCION DE LA ACCION
		RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL				
ASISTENCIALES									
1. En la institución existe una declaración sobre los derechos y deberes de las personas con discapacidad, que se aplica en el proceso de atención y en las acciones extramurales.	Implementar en todo el proceso de atención al paciente, la Declaración de los derechos y deberes de los pacientes y el Código de Ética, con el fin de que los usuarios hagan valer lo que estas premisas afirman durante el tiempo en que sean atendidos	5	5	5	125	Publicar en la institución en un lugar visible los derechos y deberes del paciente que consultan al servicio, con el objeto de que cada uno de ellos cree conciencia sobre ellos1. Implementar Jornadas periódicas de capacitación a cerca de la Declaración de los derechos y deberes de los pacientes. 2. Hacer evaluaciones al azar a los empleados con el fin de verificar los conocimientos a cerca de los deberes y derechos de los pacientes. 3. Interrogar a los usuarios con el fin de verificar si se les dieron a conocer sus derechos y Deberes del paciente.	El poco espacio con que cuenta la institución para exhibir los derechos y deberes de los pacientes. Falta de tiempo por parte del personal que atiende al paciente. Falta de conocimiento de los clientes internos acerca de la importancia de darle a conocer a los usuarios los derechos y deberes.	Procesos gerenciales	Gerente

<p>3. La institución promueve la detección y diagnóstico tempranos de la discapacidad en su ámbito de influencia (centros educativos, instituciones y profesionales de salud, comunidad de usuarios, otras organizaciones, etc.).</p>	<p>la institución debe realizar periódicamente estudios de caso, y además implementar una cartelera donde se promulguen programas de capacitación a su personal e información a los pacientes referente a patologías encontradas en la institución.</p>	5	5	5	125	<p>Realizar Periódicamente estudios de caso, además de implementar un sistema de carteleras que informa a los clientes internos y externos acerca de las diferentes patologías propias del servicio.</p>	<p>la falta de tiempo para realizar las actividades y el poco espacio con que se cuenta.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
<p>3. La institución promueve la detección y diagnóstico tempranos de la discapacidad en su ámbito de influencia (centros educativos, instituciones y profesionales de salud, comunidad de usuarios, otras organizaciones, etc.).</p>	<p>Se deben realizar estudios de caso en la institución lo que permite evaluar patologías que requiere de un diagnostico complementario o confirmatorio, comunicando oportunamente al usuario y a su familia y haciendo parte de su historia clínica.</p>	5	5	5	125	<p>Realización de estudios de caso que permitan evaluar patologías que requiere de un diagnostico complementario o confirmatorio, comunicando oportunamente al usuario y a su familia y haciendo parte de su historia clínica.</p>	<p>La falta de tiempo para realizar las actividades y poco interés de las personas encargadas de hacerlo.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>

<p>18. Las actividades de habilitación / rehabilitación son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existen procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en la habilitación / rehabilitación del usuario. • La institución cuenta con un sistema periódico de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención y del uso de Guías de Práctica Clínica 	<p>Contar 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</p> <p>Basar el cuidado y tratamiento en estándares de práctica basados en la evidencia disponible.</p> <p>Mejorar los procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en el tratamiento del paciente.</p>	5	5	5	125	<p>Realizar la 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</p> <p>Basar el cuidado y tratamiento en estándares de práctica basados en la evidencia disponible.</p> <p>Mejorar los procesos para implantación e integración de Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia en el tratamiento del paciente.</p>	<p>Falta de recursos económicos, de tiempo y de personal para realizar las diferentes actividades.</p>	Procesos gerenciales	Gerente
--	---	---	---	---	-----	--	--	----------------------	---------

<p>19. Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los usuarios o sus familiares y de los compradores de servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • La institución promueve un sistema para que sus diferentes usuarios y clientes presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones referentes al proceso de atención • Todos los reclamos y sugerencias presentados por los usuarios y sus familias o por los compradores de servicios, son evaluados, investigados, si aplica, y resueltos. • Se informa al servicio que generó el reclamo, sugerencia o felicitación. 	<p>Socializar tanto al cliente interno como externo la existencia de un proceso con el cual se atiende los reclamos, sugerencias o felicitaciones, con el fin de retroalimentar el sistema para el mejoramiento de la calidad.</p>	5	5	5	125	<p>Realizar el proceso de socialización al cliente interno y externo de la existencia de un sistema con el cual se atiende los reclamos, sugerencias o felicitaciones, con el fin de retroalimentar el sistema para el mejoramiento de la calidad.</p>	<p>falta de disposición y tiempo para realizar las respectivas socializaciones</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
<p>21. La institución lleva a cabo la revisión del plan individual de habilitación / rehabilitación y sus resultados, con la periodicidad y criterios preestablecidos, y le hace los ajustes necesarios.</p>	<p>Comprometer a todos los miembros de la IPS en la autoevaluación de sus procesos implementando un sistema que permita identificar a tiempo la presencia o no de eventos adversos.</p>	5	5	5	125	<p>Realizar con los miembros de la IPS e la autoevaluación de sus procesos implementando un sistema que permita identificar a tiempo la presencia o no de eventos adversos.</p>	<p>poco conocimiento y compromiso de los miembros de la institución en los procesos de autoevaluación</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
<p>23. Para cada usuario que egresa, existe un documento con el informe final del proceso de habilitación / rehabilitación y los requerimientos futuros de atención.</p>	<p>Realizar un formato individual para el registro de los procedimientos realizados y sus diferentes conductas,</p>	5	5	5	125	<p>Realización de un formato individual para el registro de los procedimientos realizados y sus diferentes conductas,</p>	<p>disposición para llevar a cabo la actividad</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>

	que permitan verificar posteriormente la efectividad de la rehabilitación o habilitación.					que permitan verificar posteriormente la efectividad de la rehabilitación o habilitación.			
24. La institución tiene un proceso para informar al profesional o a la institución que remitió al usuario, sobre los resultados de la habilitación / rehabilitación.	Implementar un mecanismo que permita la comunicación entre el ente la institución que realiza la remisión y La IPS que presta el servicio; el cual permitiría corroborar la efectividad y oportunidad en la prestación de los diferentes servicios encaminados a favorecer la salud y el bienestar de nuestros usuarios.	5	5	5	125	Implementación de un mecanismo que permita la comunicación entre el ente la institución que realiza la remisión y La IPS que presta el servicio; el cual permia corroborar la efectividad y oportunidad en la prestación de los diferentes servicios encaminados a favorecer la salud y el bienestar de nuestros usuarios.	Falta de compromiso de los entes encargados de hacer este proceso, y poco conocimiento de los mecanismo que existen para realizarlo.	Procesos gerenciales	Gerente
25. La institución cuenta con un proceso para evaluar la adherencia del usuario a su tratamiento y para contribuir a ella.	Crear un mecanismo o sistema que permita realizar un seguimiento oportuno a los pacientes a los cuales se les ha prestado el servicio en la institución. Este mecanismo permitirá corroborar la efectividad y adherencia de los diferentes procedimientos realizados en la IPS.	5	5	5	125	Realización de un mecanismo o sistema que permita realizar un seguimiento oportuno a los pacientes a los cuales se le ha prestado el servicio en la institución. Este mecanismo permitirá corroborar la efectividad y adherencia de los diferentes procedimientos realizados.	Lugar de residencia de los pacientes dificulta la realización del seguimiento.	Procesos gerenciales	Gerente

<p>26. La institución desarrolla procesos para la promoción de los derechos y deberes de las personas con discapacidad y para promover su acceso al medio y la participación: Educación a las familias y la comunidad. Educación continuada a profesionales de salud. Coordinación y contactos interinstitucionales e intersectoriales para diseño e implementación de procesos de habilitación rehabilitación integral, consecución de dispositivos de apoyo y ayudas técnicas, etc.</p>	<p>Divulgar oportunamente información relevante acerca de los derechos y deberes de las personas con alguna discapacidad, comprometiéndolo tanto a la familia como a los profesionales que van a estar relacionados con estos. Realizar capacitaciones periódicas encaminadas a acrecentar los conocimientos a acerca de todo lo concerniente con discapacidad</p>	5	5	5	125	<p>Informar oportunamente acerca de los derechos y deberes de las personas con alguna discapacidad, comprometiéndolo tanto a la familia como a los profesionales que van a estar relacionados con estos. Realizar capacitaciones periódicas encaminadas a acrecentar los conocimientos a acerca de todo lo concerniente con discapacidad</p>	<p>Población con poco interés en participar en este tipo de actividades.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
---	--	---	---	---	-----	--	--	-----------------------------	----------------

<p>27. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de habitación / rehabilitación. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la institución y tiene asignado un responsable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario y su familia. • La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y divulga a los trabajadores de la institución. • El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, cuyos valores se comparan frente a parámetros o estándares técnicos aceptado 	<p>Realizar oportunamente la verificación del plan de mejoramiento de la calidad haciendo los correctivos que sean necesarios de acuerdo a la evaluación que periódicamente debe hacerse. Comprometer cada día más al personal con todo lo concerniente a prestar servicios con calidad.</p>	5	5	5	125	<p>Verificar oportunamente el plan de mejoramiento de la calidad haciendo los correctivos que sean necesarios de acuerdo a la evaluación que periódicamente debe hacerse. Comprometer cada día más al personal con todo lo concerniente a prestar servicios con calidad.</p>	<p>Personal poco colaborador en el proceso. Realización insuficiente de evaluaciones del proceso.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
---	--	---	---	---	-----	--	---	-----------------------------	----------------

<p>29. Existe un proceso de monitorización continua del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados</p>	<p>Evaluar periódicamente los ajustes que se hacen al plan de mejoramiento de la calidad, posteriores a la autoevaluación que se realiza en la institución. Se deben registrar los cambios que se realicen y los resultados se van dando.</p>	5	5	5	125	<p>Realizar la evaluación periódica del plan de mejoramiento de la calidad y de sus respectivos ajustes, registrando los cambios y los resultados que se van dando.</p>	<p>Personal poco colaborador en el proceso. Realización insuficiente de registros del proceso.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
<p>30. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de rehabilitación se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, al usuario y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>	<p>Realizar una divulgación oportuna de todas las actividades de mejoramiento que se realizan para contribuir a una mejor calidad de prestación de los servicios, tanto a los clientes internos como externos. Se deben implementar canales de comunicación eficientes y eficaces que permitan una oportuna información y una posterior verificación de la información dada.</p>	5	5	5	125	<p>Divulgar oportunamente todas las actividades de mejoramiento que se realizan para contribuir a una mejor calidad de prestación de los servicios, tanto a los clientes internos como externos, utilizando canales de comunicación eficientes y eficaces que permitan una oportuna información y una posterior verificación de la información dada.</p>	<p>Poca divulgación de los planes de mejoramiento. Canales de comunicación poco eficientes y eficaces.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>

DIRECCIONAMIENTO

<p>2. La institución desarrolla un análisis estratégico en el que se tienen en cuenta por lo menos las necesidades de los usuarios y sus familias, la lectura del entorno, la voz del cliente interno y la referenciación con la competencia.</p>	<p>Realizar periódicamente un diagnóstico y análisis estratégico en donde se tengan en cuenta las necesidades de los usuarios, de la competencia y de todo el entorno que esté relacionado con el funcionamiento de la institución; que faciliten la consecución de una mejor calidad y por ende del proceso de acreditación</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>125</p>	<p>Diagnosticar y analizar teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, de la competencia y de todo el entorno que esté relacionado con el funcionamiento de la institución; que faciliten la consecución de una mejor calidad y por ende del proceso de acreditación</p>	<p>Poca atención a las necesidades de los usuarios y del mercado.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
<p>3. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la institución de acuerdo a los resultados del análisis estratégico.</p>	<p>De acuerdo a el resultado de los análisis estratégicos que se realicen periódicamente, se deben hacer los ajustes que sean necesarios en la misión y visión de la institución para que así se encamine correctamente el proceso de acreditación; observando las tendencias en todos los aspectos que rodean a la institución.</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>125</p>	<p>Realizar los ajustes necesarios a la misión y visión de la institución para que así se encamine el proceso de acreditación, observando las tendencias en todos los aspectos que rodean a la institución.</p>	<p>Ajustes inadecuados a la misión y visión de la institución.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>

<p>4. Existe un proceso para formular y revisar el plan estratégico de la institución a partir del direccionamiento estratégico. • La institución garantiza que las diferentes unidades funcionales participan en la formulación del plan y en la priorización de sus objetivos. • Cada unidad funcional desarrolla su propio plan en coherencia con el plan estratégico institucional.</p>	<p>Por dependencias realizar un plan de desarrollo estratégico, los cuales posteriormente se deben discutir con los miembros de la institución para realizar el plan estratégico institucional. Se deben hacer las revisiones periódicas para evaluar si se están cumpliendo los objetivos o hay que tomar las diferentes acciones correctivas.</p>	5	5	5	125	<p>Realizar un plan de desarrollo estratégico por dependencias para posteriormente discutir con los miembros de la institución para realizar el plan estratégico institucional. Revisiones periódicas para evaluar si se están cumpliendo los objetivos o hay que tomar las diferentes acciones correctivas.</p>	<p>Los miembros de las dependencias no participan activamente del proceso. Pocas revisiones al proceso general. Diseño del plan estratégico de la institución sin tener en cuenta el de las dependencias.</p>	Procesos gerenciales	Gerente
<p>5. Los líderes participan y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la institución.</p>	<p>Buscar los mecanismos para que el plan de direccionamiento estratégico sean difundidos de una manera más eficaz y eficiente, para permitir que la institución en todas sus unidades funcione de la mejor manera y de forma coordinada</p>	5	5	5	125	<p>Difusión eficaz y eficiente, para permitir que la institución en todas sus unidades funcione de la mejor manera y de forma coordinada.</p>	<p>Poca y pobre difusión dentro de la institución. Líderes poco participativos.</p>	Procesos gerenciales	Gerente

<p>8. Existe un proceso para establecer parámetros de gestión para el personal, alineados con el direccionamiento estratégico de la institución. • El personal sustenta su gestión ante la junta directiva o ante comités creados para tal fin.</p>	<p>Tener siempre en cuenta las opiniones y sugerencias de los miembros de la institución en la consecución de mecanismo que faciliten el proceso de la calidad y la acreditación.</p>	5	5	5	125	<p>Realizar reuniones periódicas con el personal para socializar sus inquietudes y sugerencias y acatar las que sean pertinentes.</p>	<p>El personal no sustenta claramente su gestión ante la junta directiva. Pocas reuniones para conocer sugerencias e inquietudes.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
<p>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. El proceso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de conceptos o documentos técnicos. • Entrega de informes sobre solicitudes específicas. • Asesoría para políticas o decisiones concernientes a los procesos de atención. • Información y capacitación en temas técnicos y administrativos claves para la institución. 	<p>Se debe tener en cuenta siempre las sugerencias de los miembros de la institución porque ellos conocen profundamente el funcionamiento de esta, y por consiguiente saben mucho de ella, se deben realizar actas en donde se plasme las sugerencias.</p>	5	5	5	125	<p>Realizar reuniones periódicas con el personal para socializar sus inquietudes y sugerencias y acatar las que sean pertinentes.</p>	<p>No contar con disposición de tiempo y del personal. Dejar de atender algunos pacientes</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>

<p>10. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del direccionamiento. • El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, del usuario y su familia. • La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y se divulga a los trabajadores de la institución. • El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, cuyos valores se comparan frente a estándares aceptados. 	<p>Se debe evaluar periódicamente si los planes de mejoramiento se están cumpliendo y si están arrojando los resultados que se esperan. Si no se están cumpliendo los objetivos hay que redefinirlos y verificarlos posteriormente. Se deben actualizar los planes de acuerdo a las necesidades de la institución.</p>	5	5	5	125	<p>Evaluar periódicamente si los planes de mejoramiento se están cumpliendo y si están arrojando los resultados que se esperan. Si no se están cumpliendo los objetivos hay que redefinirlos y verificarlos posteriormente. Se deben actualizar los planes de acuerdo a las necesidades de la institución.</p>	<p>Evaluación insuficiente de los planes de mejoramiento. La actualización no es acorde a la institución.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
--	--	---	---	---	-----	--	---	-----------------------------	----------------

<p>11. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de direccionamiento estratégico. Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo. Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos de la calidad como: Seguridad, Continuidad, Coordinación, Competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia, Eficiencia Accesibilidad, Oportunidad, Integralidad</p>	<p>En la implementación de los planes de mejoramiento de la calidad en primera medida se deben tener en cuenta las necesidades de los usuarios teniendo en cuenta aspectos como: Seguridad, Continuidad, Coordinación, Competencia, Aceptabilidad, Efectividad, Pertinencia, Eficiencia Accesibilidad, Oportunidad, Integralidad</p>	5	5	5	125	<p>Implementar planes de mejoramiento de la calidad teniendo en cuenta aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, aceptabilidad, efectividad, pertinencia, eficacia, accesibilidad, oportunidad, integralidad.</p>	<p>Inadecuada selección de prioridades para implementar el plan de mejoramiento.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
--	--	---	---	---	-----	--	--	-----------------------------	----------------

<p>12. Existe un proceso de monitorización continua del mejoramiento de calidad de los procesos de direccionamiento estratégico. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</p>	<p>Se debe evaluar periódicamente los resultados del proceso de mejoramiento de la calidad en el direccionamiento estratégico, recolectando la información necesaria para su análisis y utilización en pro de la calidad.</p>	5	5	5	125	<p>Realizar reuniones periódicas con el personal, donde se tenga en cuenta las inquietudes y sugerencias de los pacientes y de los miembros de la institución.</p>	<p>Recolección de información insuficiente. Inadecuado método de evaluación.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
<p>13. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad de los procesos de direccionamiento estratégico se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>	<p>se debe dar a conocer los resultados que la institución tiene en cuando al mejoramiento de la calidad en los procesos de direccionamiento estratégico, ante los usuarios y sus familias, las EPSs y la comunidad en general; utilizando canales de difusión adecuados como revistas, folletos o publicaciones que den fe del buen funcionamiento de la institución.</p>	5	5	5	125	<p>Divulgación de los resultados que la institución tiene en cuando al mejoramiento de la calidad en los procesos de direccionamiento estratégico, ante los usuarios y sus familias, las EPSs y la comunidad en general</p>	<p>Comunidad con poco conocimiento de los resultados del plan de mejoramiento de la institución.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>

GERENCIA

<p>2. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una metodología para la identificación de las necesidades. • Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades. • La descripción del proceso de atención al cliente y sus necesidades específicas por tipo de cliente y para cada una de las fases del proceso. 	<p>Al identificarse las necesidades en cada unidad funcional se deben planear objetivamente las respuestas para dar soluciones a estas, especificándolas de acuerdo a los diferentes clientes que se presente.</p>	5	5	5	125	<p>Identificar las necesidades en cada unidad funcional y planear objetivamente las respuestas para dar soluciones a estas, especificándolas de acuerdo a los diferentes clientes que se presente.</p>	<p>Identificación inadecuada de necesidades por cada una de las unidades funcionales. Respuestas y soluciones poco pertinentes a las necesidades.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
--	--	---	---	---	-----	--	---	-----------------------------	----------------

<p>4. La institución garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de las metas y objetivos de cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o con las fases del proceso de atención. Las metas y objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son consistentes con los valores, misión y visión de la institución. • Proveen orientación para el proceso de atención al usuario. • Son consistentes con el proceso de atención. 	<p>Se debe realizar actividades o capacitaciones al personal de la institución en cuanto al proceso de atención de los usuarios, este deber ser de la mejor calidad posible.</p>	5	5	5	125	<p>Realizar capacitaciones al personal sobre los procesos de atención al usuario.</p>	<p>Poco interés del personal en una atención adecuada al usuario. Capacitaciones no pertinentes al personal.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
<p>5. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. La monitorización incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las actividades específicas de monitorización y mejoramiento. • La evaluación del logro de las metas y objetivos 	<p>Se debe revisar periódicamente el cumplimiento de los objetivos de cada unidad funcional, observando si es necesario mejorarlas o redireccionarlas para cumplir con las diferentes metas.</p>	5	5	5	125	<p>Revisar periódicamente el cumplimiento de los objetivos de cada unidad funcional. Determinar si es necesario mejorarlas o redireccionarlas para cumplir con las diferentes metas.</p>	<p>Sistema de monitorización y seguimiento de los objetivos es insuficiente.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>

<p>9. Existe un proceso para la asignación de recursos humanos, financieros y físicos de acuerdo con la planeación de la institución y de cada unidad funcional. Lo anterior es logrado a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de prioridades en el plan. • Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención. • Evaluación de los recursos disponibles. 	<p>Se debe priorizar las necesidades de la institución de acuerdo a la expectativa de los posibles clientes, también se debe tener en cuenta que siempre la calidad se debe ir mejorando.</p>	5	5	5	125	<p>Priorizar las necesidades de la institución de acuerdo a la expectativa de los posibles clientes, teniendo en cuenta que siempre la calidad se debe ir mejorando.</p>	<p>Selección de prioridades inadecuada. Evaluación del proceso ineficaz.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
---	---	---	---	---	-----	--	--	-----------------------------	----------------

<p>11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia. El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario y su familia. • La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y divulga a los trabajadores de la institución. • El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento cuyos valores se comparan frente a estándares aceptados. 	<p>Se debe dar a conocer a todos los miembros de la institución la información del plan de mejoramiento por parte de la gerencia, el cual debe contener indicadores de seguimiento los cuales se podrán evaluar periódicamente</p>	5	5	5	125	<p>Dar a conocer a todos los miembros de la institución la información del plan de mejoramiento por parte de la gerencia, el cual debe contener indicadores de seguimiento los cuales se podrán evaluar periódicamente.</p>	<p>Plan de mejoramiento no cuenta con los requerimientos básicos pertinentes a la institución.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
---	--	---	---	---	-----	---	--	-----------------------------	----------------

<p>14. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, si aplica.* Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>	<p>Se deben dar a conocer los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia utilizando canales apropiados para esto. Pueden ser informes o socializaciones en grupo</p>	5	5	5	125	<p>Dar a conocer los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia utilizando canales apropiados para esto.</p>	<p>Utilización inadecuada de canales de información y divulgación.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
--	--	---	---	---	-----	--	--	-----------------------------	----------------

GERENCIA DEL RECURSO HUMANO

<p>1. Existen procesos para identificar las necesidades de los clientes internos de la institución y para responder a ellas. Estos procesos tienen en cuenta aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legislación relevante. • Calidad de vida en el trabajo. • Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial. • Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal. • Evaluación de desempeño. • Evaluación periódica de expectativas y necesidades que influyan en el clima organizacional. • Políticas de compensación. • Estímulos e incentivos. • Bienestar laboral. • Necesidades de comunicación organizacional. • Los procesos descritos son consistentes con los valores, misión y visión de la institución. • Los procesos mencionados en el estándar deben incluir los aspectos directamente relacionados con la atención del usuario durante cada paso o fase de su atención. 	<p>Se debe incluir un proceso de evaluación del desempeño, expectativas y necesidades, políticas de compensación, estímulos e incentivos, contribuyendo de esta manera a una cultura organizacional establecida en la misión y la visión de la institución.</p>	5	5	5	125	<p>Incluir un proceso de evaluación del desempeño, expectativas y necesidades, políticas de compensación, estímulos e incentivos, contribuyendo de esta manera a una cultura organizacional establecida en la misión y la visión de la institución.</p>	<p>Evaluación que no tiene en cuenta desempeño, expectativas y necesidades del personal.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
--	---	---	---	---	-----	---	--	-----------------------------	----------------

<p>2. Existe un proceso para la planeación del recurso humano. El proceso descrito considera, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los cambios en la misión de la institución. • Los cambios en el plan estratégico. • Los cambios en la estructura organizacional. <p>Los cambios en la planta física.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los cambios en la complejidad de los servicios. • La disponibilidad de recursos. • La legislación relevante. • La tecnología disponible. <p>La asignación de personal en todos los niveles de la organización apoya la prestación de los servicios y está diseñada de acuerdo con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los requisitos y perfil del cargo. • La identificación de los patrones de carga laboral del empleo. • La reubicación y promoción del personal cuando así se requiera. <p>La planeación del recurso humano en la institución está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y en el diseño del proceso de atención.</p>	<p>Se debe establecer en la IPS un plan estratégico, una cultura institucional y una estructura organizacional donde se le permita al personal de la IPS conocer y opinar sobre diferentes cambios que se realizan en la institución. Establecer un código de ética de la institución y un reglamento interno</p>	5	5	5	125	<p>Implementar en la IPS un plan estratégico, una cultura institucional y una estructura organizacional donde se le permita al personal de la IPS conocer y opinar sobre diferentes cambios que se realizan en la institución. Establecer un código de ética de la institución y un reglamento interno</p>	<p>La estructura organizacional no permite al personal de la IPS dar sugerencias respecto al proceso.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
--	---	---	---	---	-----	--	---	-----------------------------	----------------

<p>4. La institución cuenta con un sistema de planeación de la capacitación y educación continuada a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y de los servicios instalados o por instalar dentro de la institución. • Las actividades de capacitación y educación continuada promueven la competencia del personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se provee información acerca de la institución, del ambiente de trabajo y de sus responsabilidades • Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la institución. • La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al usuario y su familia. 	<p>Realizar con mayor frecuencia capacitaciones al personal acerca de diferentes patologías, normas de calidad, políticas internas etc., promulgando la educación del personal. Establecer comités de estudios de caso teniendo en cuenta las necesidades del paciente. Realizar reuniones periódicas con el personal de la institución.</p>	5	5	5	125	<p>Implementar capacitaciones al personal con menos intervalo de tiempo acerca de diferentes patologías, normas de calidad, políticas internas etc., promulgando la educación del personal. Realización de comités de estudios de caso teniendo en cuenta las necesidades del paciente. Realizar reuniones periódicas con el personal de la institución.</p>	<p>Tiempo entre actividades superior al esperado. Personal no interesado en conocer las temáticas.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
--	--	---	---	---	-----	--	--	-----------------------------	----------------

<p>5. La institución garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos. El desempeño se revisa y documenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Durante el período de prueba. - Periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. • Se retroalimenta al personal evaluado sobre los resultados de la evaluación. • De acuerdo a los resultados de la evaluación se formulan compromisos y planes de mejoramiento del desempeño, a los cuales se les hace seguimiento. 	<p>Realizar periódicamente la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos y realizar retroalimentación de los resultados de la evaluación. Formular compromisos y planes de mejoramiento del desempeño y su posterior seguimiento</p>	5	5	5	125	<p>Realizar periódicamente la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos y realizar retroalimentación de los resultados de la evaluación. Formular compromisos y planes de mejoramiento del desempeño y su posterior seguimiento</p>	<p>Falta de planeación para realizar periódicamente las evaluaciones. Presencia de situaciones inesperadamente</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
--	--	---	---	---	-----	--	--	-----------------------------	----------------

<p>6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de las responsabilidades encomendadas a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El entrenamiento o certificación periódica del personal de la institución en aspectos o temas definidos como Prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa. • Investigación científica. • Entrenamiento de estudiantes, si aplica. • Conciliación de protocolos médicos. • Comunicación de cambios legislativos referentes a la práctica profesional. • Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. • Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. • La atención al usuario y su familia 	<p>Realizar entrenamiento o certificación periódica del personal de la institución en aspectos o temas definidos, tanto para el área asistencial como para el área administrativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigación científica. • Conciliación de protocolos. • Comunicación de cambios legislativos referentes a la práctica profesional. • Evaluación periódica de las condiciones de trabajo. <p>Realizar un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. La atención al usuario y su familia.</p>	5	5	5	125	<p>Realizar las actividades de entrenamiento o certificación periódica del personal de la institución en aspectos o temas definidos, tanto para el área asistencial como para el área administrativa.</p>	<p>Falta de planeación para realizar periódicamente las evaluaciones. Presencia de situaciones inesperadamente. Poca disposición del personal para llevar a cabo las actividades propuestas.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
--	---	---	---	---	-----	---	--	-----------------------------	----------------

<p>9. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la institución. • Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados. • Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud.</p>	<p>Organizar procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la institución. Adelantar programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud</p>	5	5	5	125	<p>Implementación de mecanismos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la institución. Adelantar programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud</p>	<p>Poco conocimiento de la importancia que tiene la salud ocupacional en el ámbito laboral. Poca disposición de el personal</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
<p>10. La institución cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados</p>	<p>Es necesario que se implemente un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados</p>	5	5	5	125	<p>Evaluaciones periódicas de satisfacción laboral de los empleados de la institución</p>	<p>Falta de tiempo y recursos para realizar las actividades. Poca disposición de los empleados</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>

<p>11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano• El plan cuenta con objetivos y estrategias y tiene asignado un responsable.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Está diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario, su familia y los trabajadores en general. • La información sobre el plan de mejoramiento se despliega y se divulga a los trabajadores de la institución. • El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma Conjunta con el equipo interdisciplinario e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados 	<p>Realizar un plan diseñado con base en la información obtenida del equipo interdisciplinario, el usuario, su familia y los trabajadores en general y divulgarlo a os trabajadores de la institución.</p> <p>Implementar un plan de seguimiento e incluir una ficha técnica con indicadores de gestión.</p>	5	5	5	125	<p>Implementación de planes encaminados a mejorar el ambiente laboral y la armonía en la institución.</p>	<p>Falta de compromiso de las personas relacionadas con estos procesos.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
---	--	---	---	---	-----	---	---	-----------------------------	----------------

<p>12. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de recursos humanos. • Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo. • Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguridad - Continuidad - Coordinación - Competencia - Aceptabilidad - Efectividad - Pertinencia - Eficiencia - Accesibilidad - Oportunidad 	<p>Se debe organizar un proceso para diseñar e implementar actividades de mejoramiento. Es necesario implementar métodos de determinación de prioridades con criterios definidos, para diseñar los planes de mejora y priorizar las oportunidades de mejora teniendo en cuenta variables de alto volumen, alto riesgo y alto costo</p>	5	5	5	125	<p>Diseño e implementación de mecanismos que permitan determinar las prioridades y necesidades del usuario, la familia y el personal de la institución, se deben tener en cuenta aspectos como: seguridad, la continuidad, coordinación, pertinencia, eficiencia, accesibilidad.</p>	<p>Poco interés por parte de gerencia para crear e implementar mecanismos dirigidos a mejorar el recurso humano.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
---	--	---	---	---	-----	--	--	-----------------------------	----------------

<p>13. Existe un proceso de motorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia de recursos humanos. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</p>	<p>Realiza la priorización de procesos para implementar actividades de mejoramiento. Contar con un sistema formal de evaluación que permite realizar un análisis adecuado de los resultados implementar un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos priorizados</p>	5	5	5	125	<p>Realizar la implementación de un proceso que permita priorizar actividades de mejoramiento, con evaluaciones</p>	<p>Implementación del proceso sin priorización de actividades de mejoramiento.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
<p>14. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de recursos humanos se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>	<p>Dar a conocer los procesos de gerencia de recursos humanos al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, con el fin de que e la calidad de la IPS sea reconocida.</p>	5	5	5	125	<p>Los procesos de gerencia de recursos humanos son conocidos por el equipo interdisciplinario, los proveedores, a las EPS, los usuarios y sus familias, la comunidad y a otras entidades, con el fin de que e la calidad de la IPS sea reconocida.</p>	<p>Las personas involucradas en el proceso no conocen el desarrollo de las actividades.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>

GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

<p>5. Existen procesos diseñados que garanticen que la institución cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos). • Existe un plan organizacional que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado. • Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables. • Conexión a la red de urgencias. • Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres. • Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y describen cómo se integra la unidad al plan organizacional. • Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres. Estos ejercicios permitirán: • Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la institución. • Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos. • Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos. • Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo. • La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades: • Establecimiento de un centro dentro de la institución para facilitar y coordinar las actividades de respuesta. • Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos. • La identificación del personal que está a cargo de los servicios. • Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares. • Provisión de un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar un plan de emergencias que incluye: • Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado. • Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables. • Conexión a la red de urgencias. • Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres. • Se adelantaran ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres. • Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la institución. • Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos. • Documentar la participación y conocimiento 	5	5	5	125	<p>Implementación del plan de atención de desastres con asesoría por entidades competentes tales como: defensa civil, cruz roja, bomberos, oficinas municipales y departamentales de prevención de desastres o ARP. Decreto 93 de 1998 Plan Nacional para la Prevención y Atención de Desastres.</p>	<p>Personal sin conocimiento del plan de atención de desastres. Realización del plan sin asesoría de entidades competentes en el área. Protocolos sin actualización.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
---	---	---	---	---	-----	--	--	-----------------------------	----------------

<p>institución.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recolección y difusión de la información necesaria. • Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. • La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en • casos de emergencias y desastres. 	<p>sobre los protocolos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos. • La identificación del personal que está a cargo de los servicios. • Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares. • Provisión de un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la institución. • Relaciones con las agencias de emergencias y desastres. • La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de emergencias y desastres. 								
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>7. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios. El proceso está asesorado por guías del departamento de bomberos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El proceso está acorde con los códigos aprobados e incluyen entre otros: <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Prevención de incendios. • Educación a los empleados de la institución sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación. • Emergencia • Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la institución, así como al departamento de bomberos. • Evacuación de los usuarios en riesgo. • Instrucciones para el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores. • Sistemas de evacuación. • Señalización de sistemas de evacuación. • Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios. • La institución garantiza la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendios. 	<p>Implementar un proceso para prevención y respuesta a incendios directamente en la IPS centro de audición y lenguaje, este debe ser asesorado por guías del departamento de bomberos. Educación a los empleados de la institución sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emergencia • Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la institución, así como al departamento de bomberos. • Evacuación de los usuarios en riesgo. • Instrucciones para el uso de sistemas de comunicación y utilización de ascensores. • Sistemas de evacuación. 	5	5	5	125	<p>Implementación del plan de atención de desastres con asesoría por entidades competentes tales como: defensa civil, cruz roja, bomberos, oficinas municipales y departamentales de prevención de desastres o ARP. Decreto 93 de 1998 Plan Nacional para la Prevención y Atención de Desastres.</p>	<p>Usuarios sin conocimiento del plan de atención de desastres. Realización del plan sin asesoría de entidades competentes en el área.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
--	---	---	---	---	-----	--	--	-----------------------------	----------------

	<ul style="list-style-type: none"> • Señalización de sistemas de evacuación. <p>La institución garantizará la información y educación a los usuarios y sus familiares para su preparación en casos de incendios.</p>								
<p>9. La institución garantiza que existe un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria. El proceso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. • Un sistema de comunicación dentro de la institución para la identificación del cliente. • Designar a un responsable de la búsqueda. • Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la institución. • Contacto con la policía y la familia del cliente. 	<p>se debe crear un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria. El proceso incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación de clientes que tienen la posibilidad de deambular y perderse dentro de la institución. • Un sistema de comunicación dentro de la institución para la identificación del cliente. • Designar a un responsable de la búsqueda. • Protocolo de búsqueda en todas las áreas de la institución. • Contacto con la policía y la familia del cliente. 	5	5	5	125	<p>Creación de un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención intrahospitalaria.</p>	<p>Sistema de información inadecuada para la búsqueda del cliente dentro de la institución. Contactos intrahospitalarios insuficientes.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>

<p>11. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico. Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo. Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos de calidad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Continuidad • Coordinación • Competencia • Aceptabilidad • Efectividad • Pertinencia • Eficiencia • Accesibilidad • Oportunidad 	<p>Implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico. Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo, teniendo en cuenta aspectos de la sociedad.</p>	5	5	5	125	<p>Determinación de prioridades considerando las necesidades y expectativas del usuario, la familia y el equipo interdisciplinario, además de criterios de riesgo, volumen y costo, teniendo en cuenta aspectos de la sociedad para implementar el plan de mejoramiento de la calidad.</p>	<p>Selección de prioridades inadecuada. Implementación del plan de mejoramiento de forma inadecuada.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
--	---	---	---	---	-----	--	--	-----------------------------	----------------

<p>12. Existe un proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</p>	<p>Realiza la priorización de procesos para implementar actividades de mejoramiento. Contar con un sistema formal de evaluación que permite realizar un análisis adecuado de los resultados implementar un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos priorizados</p>	5	5	5	125	<p>Priorizar los procesos para implementar actividades de mejoramiento. Implementación de un sistema formal de evaluación que permita realizar un análisis adecuado de los resultados. Implementación de un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos priorizados.</p>	<p>Implementación de actividades de mejoramiento sin prioridades de atención. Sistema de evaluación incompleto.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
<p>13. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico se dan a conocer al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. • Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>	<p>Dar a conocer los procesos de gerencia de recursos físicos al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, con el fin de que e la calidad de la IPS sea reconocida.</p>	5	5	5	125	<p>Divulgación de los procesos de gerencia de recursos físicos al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades, con el fin de que la calidad de la IPS sea reconocida.</p>	<p>Canales de información insuficientes e inadecuados.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>

GERENCIA DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION

<p>. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial las necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un usuario. Las necesidades identificadas incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los procesos de atención a los usuarios. • Planeación de la institución. • Asignación de recursos. • Productividad. • Educación del personal. • Investigación. • Necesidades del cliente y la comunidad. • Direccionamiento organizacional • Mejoramiento de la calidad • Coordinación de servicios frente a la atención del usuario. • Existe un plan de gerencia de la información. El plan incluye: <ul style="list-style-type: none"> • La identificación de las necesidades de información. • Captura de los datos. • Análisis de la información. • Transmisión de la información. • Estandarización de la información • Uso de la tecnología • Proceso de implementación basada en prioridades. • Almacenamiento, conservación y depuración de la información. • Seguridad y confidencialidad de la información. • Sistema de evaluación del plan. • Sistema de mejoramiento • Se cuenta con un plan que garantice el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información. 	<p>Implementar el diseño de procesos de gerencia de la información para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial las necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un usuario.</p>	<p align="center">5</p>	<p align="center">5</p>	<p align="center">5</p>	<p align="center">125</p>	<p>Diseñar procesos de gerencia de la información para identificar las necesidades de información al interior de cada una de las unidades funcionales, en especial las necesidades directamente relacionadas con el proceso de atención a un usuario.</p>	<p>Los procesos de gerencia no identifican las necesidades de cada una de las unidades funcionales.</p>	<p align="center">Procesos gerenciales</p>	<p align="center">Gerente</p>
---	--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	---------------------------	---	---	--	-------------------------------

<p>7. Existe un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa. La información asistencial es aquella generada de los procesos de atención a los usuarios y su familia. Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los usuarios, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La información consolidada está disponible para la comparación frente a mejores prácticas. 	<p>Implementación de un proceso para consolidar la información asistencial y administrativa.</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>125</p>	<p>Implementar en el servicio de fonoaudiología la historia clínica electrónica, que permita un mejor almacenamiento y manejo de la información</p>	<p>Personal con poco conocimiento de manejo de información sistematizada.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
--	--	----------	----------	----------	------------	---	---	-----------------------------	----------------

<p>9. Existe un proceso para implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de la información. Se determinan prioridades considerando las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud, además de criterios de riesgo, volumen y costo. Las actividades de mejoramiento tienen en cuenta aspectos de calidad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguridad • Continuidad • Coordinación • Competencia • Aceptabilidad • Efectividad • Pertinencia • Eficiencia • Accesibilidad • Oportunidad 	<p>Implementar el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de la información; que permitan un mejor manejo de ésta para la atención del usuario.</p>	5	5	5	125	<p>Determinación de prioridades para la implementación del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de la información.</p>	<p>Plan de mejoramiento no tiene en cuenta aspectos como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, aceptabilidad, efectividad, pertinencia, eficiencia, oportunidad.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
--	--	---	---	---	-----	--	---	-----------------------------	----------------

<p>10. Existe un proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia de la información. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.</p>	<p>Implementar el proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia de la información; que permita el procesamiento y análisis de resultados.</p>	5	5	5	125	<p>Monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de la calidad de gerencia de la información.</p>	<p>Sistema de evaluación no cuenta con un proceso adecuado de recolección de información y análisis de resultados.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>
<p>11. Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de la información se dan a conocer al equipo de salud, a los proveedores, a las EPS, al paciente y su familia, a la comunidad y a otras entidades, si aplica. Para ello se utilizan canales apropiados, diseñados o seleccionados por la institución, para llegar a los destinatarios mencionados.</p>	<p>Crear mecanismos que permitan informar a las partes relacionadas, acerca de los procesos de gerencia de la información, que permitan su reconocimiento</p>	5	5	5	125	<p>Utilización de canales apropiados para llegar a los destinatarios pertinentes.</p>	<p>Poca información a las partes relacionadas sobre el proceso de gerencia de la información.</p>	<p>Procesos gerenciales</p>	<p>Gerente</p>

7. CONCLUSIONES

- En el procedimiento de Historias clínicas y registros asistenciales se cuenta con el manejo y archivo de historias clínicas de manera electrónica para el servicio de audiología; existe el consentimiento informado para procedimientos, fichas de control de flujo de H.C, y tarjetón de reemplazo en caso de solicitud de parte de los usuarios.
- En el proceso de gerencia de recursos físicos (Dotación y mantenimiento) se encuentra el inventario de activos fijos (audiómetro, impedanciometro, otoscopio) y los manuales de cada uno de ellos; los servicios de fonoaudiología y audiología tienen consultorios separados, existe el plan de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos, se realizan rutinas de mantenimiento semestral (infraestructura) y para equipos informáticos y de comunicación trimestral, se realizan registros de limpieza de muebles y enseres; existe un reporte de ingeniero civil acerca del tipo de estructura, mampostería, puertas y ventanas, pisos, red eléctrica, red hidráulica y sanitaria, al igual que de ingeniero de sistemas para el mantenimiento de hardware, software y copias de seguridad de servidor y portátil; se encuentra el protocolo de programa de tecnovigilancia de INVIMA.
- En el proceso de gerencia de recurso humano, existe una relación del personal que labora en la IPS, al igual que la hoja de vida de cada trabajador con documentos completos, existe un registro de proceso de selección del recurso humano, actas de capacitación en resolución 1995/99 y procesos administrativos, norma 1043/06 y socialización de guías clínicas, se encuentra el manual de funciones de cada uno (auxiliar, contador, fonoaudióloga y Audióloga); se encuentra además el portafolio de servicios de la institución.

- En el procedimiento de seguimiento a riesgos se encuentra el manual y protocolo de seguimiento y codificación de eventos adversos, existen indicadores de calidad observada vs calidad esperada y un protocolo para la apertura del buzón de sugerencias.
- En proceso de medicamentos y Dispositivos médicos, existe un proceso de adquisición-almacenamiento y condiciones de conservación de insumos de uso fonoaudiológico, existe un registro de limpieza y desinfección de los equipos y accesorios utilizados en audiología.
- Procesos prioritarios asistenciales, existe un reporte de principales causas de morbilidad, perfil epidemiológico de 2007-2008, existen protocolos de tratamiento, plan de asignación de citas y el manual de bioseguridad.
- Los últimos registros de las revisiones técnicas se encuentran hasta la fecha 5 de abril de 2010, deben actualizarse cada mes; el plan de mantenimiento hospitalario y preventivo esta para el año 2009,debe actualizarse cada año, los registros de limpieza se encuentran hasta el 5 de febrero de 2010 debe actualizarse hasta la fecha semanalmente; el protocolo para el seguimiento de eventos adversos no se encuentra diligenciado, no hay reportes de actas de este tipo de seguimiento, al igual que para el buzón de sugerencias, no se encuentra actualizado en fechas el registro de materiales e insumos; el reporte de perfil epidemiológico deberá actualizarse al 2010.
- No existe una declaración sobre los derechos y deberes de las personas con discapacidad, visibles como tampoco de la misión- visión de la institución.
- No existe un proceso de planeación de la habilitación / rehabilitación que incluya la investigación diagnóstica complementaria o confirmatoria cuando la

discapacidad o la patología presente la hace necesaria. No existen registros de las actividades de habilitación / rehabilitación consistentes con los estándares de práctica basados en la evidencia disponible .No existen procesos para identificar las necesidades de los clientes internos de la institución y para responder a ellas.

- No existe un proceso para la planeación del recurso humano. (plan estratégico, una cultura institucional y una estructura organizacional) No se cuenta con un sistema de planeación de la capacitación y educación continuada a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y de los servicios instalados o por instalar dentro de la institución. No existen registros en periodos de tiempo determinados para la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos, como tampoco de procesos que garantizan el cumplimiento de las responsabilidades encomendadas a los trabajadores. No existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la institución. No Existe un plan ni la monitorización para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano. No existen registros de Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de recursos humanos ni se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades
- No Existen procesos diseñados que garanticen que la institución cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).No Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios, Tampoco Existen procesos para evacuación y reubicación de usuarios. La institución no cuenta con un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente

durante su proceso de atención. No existe un proceso para implementar o monitorear el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico.

- No 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.
- No Existe un proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia de la información.
- Se realizó la auditoria externa al Centro de Audición y Lenguaje de la ciudad de Popayán contando con la disposición de todos los miembros de esta institución, al igual que con toda la documentación necesaria para realizar el proceso de verificación de los estándares máximos de calidad, según la resolución 1445 de 2006.
- Al realizar la auditoria externa a la institución se corrobora que no se cumple con todos los estándares máximos de calidad, según lo establecido en la Resolución 1445 de 2006 en su Anexo Técnico Numero 1, en el Manual 6 de Estándares De Acreditación Para Las Instituciones Que Ofrecen Servicios De Salud De Habilitación Y Rehabilitación.
- Se observa que la institución no realiza periódicamente la evaluación de los planes de mejoramiento en las diferentes áreas funcionales con que esta cuenta, debido a esto no se pueden hacer los respectivos ajustes que conlleven a mejorar la calidad en todos los procesos que se realizan interior de la institución.

- El realizar una auditoria externa a cualquier Institución prestadora de servicios de salud, previa a al proceso de acreditación; puede ofrecer diferentes puntos de partida para iniciar la implementación de un plan de auditoria para el mejoramiento dirigido a cumplir con los estándares máximos de calidad, que abren el camino a una futura acreditación en salud.
- La obtención de estándares máximos de calidad permite ofrecer servicios cada día mejores permitiendo que los procesos de atención a los usuarios sean de mas agrado y satisfacción a estos que son el núcleo de toda atención en salud.
- Esta investigación servirá como referencia a futuras investigaciones en el área de la salud dirigidas a la búsqueda de mecanismos que permitan lograr el proceso de acreditación con que toda institución requiere.

7. RECOMENDACIONES

- Es indispensable fortalecer el plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad en todas las unidades funcionales en las cuales esta dividida la institución, que permita dirigir de una forma correcta el proceso de acreditación que se busca.
- Es indispensable tener en cuenta las opiniones y sugerencias que se le den a la institución tanto de sus usuarios, de su familia y de sus propios empleados, puesto que estas permiten identificar puntos neurálgicos es la prestación de los diferentes servicios y en el funcionamiento de la IPS como tal.
- Es necesario realizar capacitaciones periódicas en atención y seguridad del paciente a todos los miembros de la institución, que fortalezcan los procesos relacionados con estos.
- Crear equipos de trabajo por áreas funcionales que permitan empoderar y hacer consientes a los miembros de estos sobre la necesidad de realizar su labor con la mejor calidad posible, ya que esto va a permitir que se ofrezcan servicios cada día mejores.
- Informar a todos los usuarios sobre los acciones que realiza la institución en pro de ofrecer servicios cada día mejores, realizando la respectiva retroalimentación para la asimilación de estos mecanismos y conceptos.
- Es importante que toda institución cuente con información de los derechos y deberes de los pacientes en un lugar visible, que creen conciencia acerca del papel que juegan en los diferentes procesos de atención

- Es importante reformar el organigrama de la organización, donde se especifique la existencia de un gerente, un coordinador de calidad responsable de la implementación y mantenimiento del sistema de gestión y administración de la IPS.
- Re-definir los perfiles del personal, propendiendo sean atendidos los canales de comunicación y las obligaciones y responsabilidades de todas las partes de la organización, incluyendo gerente, administradores y personal de la institución.
- Capacitar a la organización, con especial énfasis en atención al cliente y normatividad vigente para el mejoramiento continuo de la IPS.

8. BIBLIOGRAFIA

CID, Patricia, SANHUEZA, Olivia. Acreditación de campos clínicos de enfermería (online): revista cubana de enfermería. Septiembre – diciembre de 2006.

ICONTEC. Sistema único de acreditación en Salud (online). Mayo de 2010

Ministerio de protección social Colombia. Decreto 1011: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Abril 3 de 2006

Ministerio de protección social Colombia. Resolución 1445: funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Anexo técnico 1. Mayo 8 de 2006

Ministerio de protección social Colombia. Manual de estándares de acreditación para las instituciones que ofrecen servicios de salud de habilitación y rehabilitación. Resolución 1445: funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Anexo técnico 1. Mayo 8 de 2006

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1995: Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Julio 8 de 1999

Ministerio de protección social – Colombia. Resolución 1043: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Abril 3 de 2006

Álvarez, F. (2004). Calidad y Auditoria en Salud. Bogotá: Ecoe

Galán, R., Malangón, G., Pontón G. (2003). Auditoria en salud. Médica Panamericana.

ANEXOS

ANEXO 1

Macrovariable	Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición	Dimensión	Indicador
E S T A N D A R E S A S I S T E N C I A L E S	Registro e ingreso de pacientes	Procedimiento realizado en la institución para controlar la afluencia de pacientes	- Número de pacientes que ingresan a la IPS.	- Cuantitativa	- intervalo	- Resolución 1445 del 2006. anexo 1	Entre 1-100 101-200 mayor a 200
	Evaluación inicial de necesidades al ingreso	Estado y motivo de consulta por el cual asiste el paciente a la IPS	Patologías mas frecuentes en la IPS	- Cualitativa	- Nominal	Resolución 1445 del 2006. anexo 1	Audiología Fonoaudiología
	Planeación, ejecución y evaluación de la habilitación o rehabilitación	Proceso mediante el cual se toman las decisiones del procedimiento terapéutico a realizar y la conducta a seguir .	Nombre proceso a realizar	- Cualitativa	- nominal	Resolución 1445 del 2006. anexo 1	Audiología Fonoaudiología
	Egreso y continuidad de la atención/integración intersectorial	Personas que evolucionan en su tratamiento o requieren de otras intervenciones	Numero de personas que evolucionan o continúan en tratamiento.	- cuantitativa	- De intervalo	Resolución 1445 del 2006. anexo 1	De 1 a 20 De 21 a 50 Mayor a 50
	Estándares de mejoramiento de la calidad	Criterios respecto de los cuales se realiza el análisis comparativo y se emite un juicio de valor en relación con la calidad de los procesos y productos relativos a un área determinada. ...	Tipos de procesos que se realizan para mejorar la calidad de los servicios en la IPS	- Cualitativa	- Nominal	Resolución 1445 del 2006. anexo 1	Procesos de Direccionamiento Misionales y de apoyo
	Derechos de los pacientes	lista de derechos que aseguran que la empresa, la persona o la institución que brinda los cuidados cumpla con la calidad de la atención, el respeto y los procesos para la toma de decisiones	Existen en la institución una lista acerca de los derechos de los pacientes.	- Cualitativa.	- Nominal	Resolución 1445 del 2006. anexo 1	- Se cumplen - No se cumplen

ESTANDARES ASISTENCIALES	Acceso	Posibilidad de ser atendidos por los servicios.	Numero de días que transcurren para acceder al servicio	Cuantitativa.	- Intervalo	Resolución 1445 del 2006. anexo 1	Entre 1 -3 días Entre 4 y 7 días Mayor a 7 días
	Estándares de acreditación	Procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado que tiende a garantizar la calidad de acuerdo con Estándares mínimos, básicos o, más elaborados y exigentes. Comenzó por iniciativa de organismos no gubernamentales	Tipos de procesos que se realizan para lograr la acreditación en salud en la IPS	- Cualitativa	- Nominal	Resolución 1445 del 2006. anexo 1	Procesos de direccionamiento Gerencia Recursos humanos Recursos físicos
ESTANDARES DE GERENCIA	Gerencia	Es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobernabilidad interna de la institución frente a las diferentes áreas.	Decisiones y acciones que toma la gerencia	cualitativa	Nominal	Resolución 1445 del 2006. anexo 1	Buenas Malas regulares
ESTANDARES DE GERENCIA DEL RECURSO HUMANO	Gerencia del recurso humano	Se enfoca en la gestión del recurso humano desde su planeación Hasta su proceso de mejoramiento continuo.	Decisiones y acciones en cuanto al recurso humano	cualitativa	Nominal	Resolución 1445 del 2006. anexo 1	Buenas Malas regulares
ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO	Gerencia del ambiente físico	incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado Funcionamiento de los procesos asistenciales.	Decisiones y acciones en cuanto al recurso físico	cualitativa	Nominal	Resolución 1445 del 2006. anexo 1	Buenas Malas regulares
ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACION	Gerencia de sistemas de información	se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas frente a la información y su uso para las decisiones en cualquier nivel de la organización.	Decisiones y acciones en cuanto a sistemas de información.	cualitativa	Nominal	Resolución 1445 del 2006. anexo 1	Buenas Malas regulares

ANEXO 2

ACTA No. 001

Siendo las 5:00 p.m del día 5 de abril de 2010 se hace entrega de documento de Diagnostico estratégico para plan de mejoramiento continuo (PAMEC), a la Dra. Erica Uribe. Audióloga.

Temas a tratar:

Socialización del documento.

Desarrollo:

1. Los Doctores Leidy Bermeo y Andrés Martínez socializan los resultados obtenidos mediante la elaboración del diagnostico estratégico a través de la aplicación de la Matriz DOFA para la futura actualización del PAMEC en el año 2010-2011 del Centro de Audición y lenguaje.

Siendo las 6:00 p.m se da por terminada la reunión.

DRA.ERICA URIBE

Audióloga

DRA LEIDY TRINIDAD BERMEO

Fonoaudióloga

DR ANDRES MARTINEZ

Fonoaudiólogo

ANEXO 3

CENTRO DE AUDICION	SISTEMA GESTION CALIDAD		AUDITORIA INTERNA	VERSION 00	
Y	NOMBRE FORMATO PLAN DE AUDITORIAS		Pagina1	ESTADO VIGENTE	
LENGUAJE LTDA	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACION: Junio de 2010	FECHA DE APROBACION: 2010	
EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE LTDA					
OBJETIVO:	Realizar Auditoria externa al Centro de Audición y Lenguaje LTDA, para determinar el cumplimiento de los estándares máximos de Calidad				
ALCANCE:	Servicio de Fonoaudiología y servicio de Audiología				
LUGAR	Centro de Audición y Lenguaje LTDA				
ACTIVIDADES	PARTICIPANTES	HORARIO	LUGAR	FECHA	OBSERVACIONES
Reunión de apertura	Dra. Erika Uribe Gerente Dr. Andrés Martínez .Dra leidy Bermeo		Centro de Audición y Lenguaje LTDA	Junio de 2010	El Contacto Inicial
Visita al Centro de Audición y Lenguaje LTDA	Dr. Andrés Martínez		Centro de Audición y Lenguaje LTDA	Junio de 2010	
Entrevista con funcionarios Verificación de Soportes	Dra. Erika Uribe Gerente Yenny López Auxiliar Dra. Leidy Bermeo Fonoaudióloga		Centro de Audición y Lenguaje LTDA	Junio de 2010	Se verificaran los estándares máximos de Calidad en salud
Revisión por Auditor	Dr. Andrés Martínez. leidy Bermeo		Oficina	Junio de 2010	Análisis de soportes- revisión de registros y elaboración de informe
Reunión de cierre	Andrés Martínez. Leidy Bermeo		Centro de Audición y Lenguaje LTDA	Junio de 2010	Se entregara Informe escrito de conformidades y no conformidades, se darán recomendaciones para el plan de mejoramiento
ANDRES MARTINEZ- LEIDY BERMEO					

AUDICION Y LENGUAJE LTDA	SISTEMA GESTION CALIDAD		AUDITORIA EXTERNA	VERSION 00
	NOMBRE FORMATO REUNION DE APERTURA		Pagina 2	ESTADO VIGENTE
LIMITADA	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACION: JUNIO DE 2010	FECHA APROBACION: JUNIO DE 2010
	EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE LTDA			
Participantes: Centro de Audición y Lenguaje Limitada				
NOMBRE		CARGO	FIRMA	
Erika Uribe		Gerente		
Yenny López		Auxiliar		
Leidy Bermeo		Fonoaudióloga		
Objetivo: Realizar Auditoria externa al Centro de Audición y Lenguaje LTDA, para determinar el cumplimiento de los estándares máximos de Calidad y realizar un plan de mejoramiento para el año 2010-2011.				
Revisión y Ajustes al Plan: Ninguno				
Se tiene conocimiento de los tipos de hallazgos por parte de los auditados? (Conformidades, No conformidades y Observaciones): si Se tiene conocimiento de informes de auditorias previos? SI				

Programación Reunión de Cierre: junio ---- de 2010.

CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE LTDA LIMITADA	SISTEMA GESTION CALIDAD		AUDITORIA EXTERNA	VERSION 00
	NOMBRE FORMATO CONFORMIDADES DE AUDITORIA		Pagina: 3	ESTADO VIGENTE
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACION: JUNIO DE 2010	FECHA APROBACION: 2010
	EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE LTDA			
AUDITORES: LEYDI BERMEO - ANDRES MARTINEZ			Responsable del Área: Dra. ERIKA URIBE	
No.	CONFORMIDAD			
	<p>1. En el procedimiento de Historias clínicas y registros asistenciales se cuenta con el manejo y archivo de historias clínicas de manera electrónica para el servicio de audiología; existe el consentimiento informado par procedimientos, fichas de control de flujo de H.C. Y tarjetón de reemplazo en caso de solicitud de parte de los usuarios.</p> <p>2. En el proceso de gerencia de recursos físicos (Dotación y mantenimiento) se encuentra el inventario de activos fijos(audiómetro,impedancio,otoscopio)y los manuales de cada uno de ello; los servicios de fonoaudiología y audiología tienen consultorios separados, existe el plan de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos, se realizan rutinas de mantenimiento semestral (infraestructura) y para equipos informáticos y de comunicación trimestral, se realizan registros de limpieza de muebles y enseres; existe un reporte de ingeniero civil acerca del tipo d estructura, mampostería, puertas y ventanas, pisos, red eléctrica, red hidráulica y sanitaria, al igual que de ingeniero de sistemas para el mantenimiento de hardware, software y copias de seguridad de servidor y portátil; se encuentra el protocolo de programa de tecno vigilancia de INVIMA.</p> <p>3. En el proceso de gerencia de recurso humano, existe una relación del personal que labora en la IPS, al igual que la hoja de vida de cada trabajador con documentos completos, existe un registro de proceso de selección del recurso humano, actas de capacitación en resolución 1995/99 y procesos administrativos, norma 1043/06 y socialización de guías clínicas, se encuentra el manual de funciones de cada uno(auxiliar, contador, fonoaudióloga y Audióloga); se encuentra además el portafolio de servicios de la institución</p> <p>.4.En el procedimiento de seguimiento a riesgos se encuentra el manual y protocolo de seguimiento y codificación de eventos adversos, existen indicadores de calidad observada vs calidad esperada y un protocolo para la apertura del buzón de sugerencias.</p> <p>5. En proceso de medicamentos y Dispositivos médicos, existe un proceso de adquisición-almacenamiento y condiciones de conservación de insumos de uso fonoaudiológico, existe un registro de limpieza y desinfección de los equipos y accesorios utilizados en audiología.</p>			

	<p>6. Procesos prioritarios asistenciales, existe un reporte de principales causas de morbilidad, perfil epidemiológico de 2007-2008, existen protocolos de tratamiento, plan de asignación de citas y el manual de bioseguridad.</p>
--	---

CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE LTDA LIMITADA	SISTEMA GESTION CALIDAD		CODIGO	VERSION 00
	NOMBRE FORMATO NO CONFORMIDADES DE AUDITORIA		Pagina4	ESTADO VIGENTE
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACION junio de 2010	FECHA APROBACION: 2010
	EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL CENTRO DE DIAGNOSTICO DE AUDICION Y LENGUAJE LTDA			
Auditores : LEIDY BERMEO- ANDRES MARTINEZ			Responsable del Área: Dra. ERIKA URIBE	
<p>1. Los últimos registros de las revisiones técnicas se encuentran hasta la fecha 5 de abril de 2010, deben actualizarse cada mes; el plan de mantenimiento hospitalario y preventivo esta para el año 2009, debe actualizarse cada año, los registros de limpieza se encuentran hasta el 5 de febrero de 2010 debe actualizarse hasta la fecha semanalmente; el protocolo para el seguimiento de eventos adversos no se encuentra diligenciado, no hay reportes de actas de este tipo de seguimiento, al igual que para el buzón De sugerencias, no se encuentra actualizado en fechas el registro de materiales e insumos; el reporte de perfil epidemiológico deberá actualizarse al 2010.</p>				
<p>2. no existe una declaración sobre los derechos y deberes de las personas con discapacidad, visibles como tampoco de la misión- visión de la institución.</p>				
<p>3. no existe un proceso de planeación de la habilitación / rehabilitación que incluya la investigación diagnóstica complementaria o confirmatoria cuando la discapacidad o la patología presente la hace necesaria. No existen registros de las actividades de habilitación / rehabilitación consistentes con los estándares de práctica basados en la evidencia disponible .No existen procesos para identificar las necesidades de los clientes internos de la institución y para responder a ellas.</p>				

4. No existe un proceso para la planeación del recurso humano.(plan estratégico, una cultura institucional y una estructura organizacional) No se cuenta con un sistema de planeación de la capacitación y educación continuada a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y de los servicios instalados o por instalar dentro de la institución. No existen registros en periodos de tiempo determinados para las evaluaciones de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativas, como tampoco de procesos que garantizan el cumplimiento de las responsabilidades encomendadas a los trabajadores. No existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la institución .No Existe un plan ni la monitorización para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano. No existen registros de Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de recursos humanos ni se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades
5, No Existen procesos diseñados que garanticen que la institución cuenta con un plan para los casos de emergencias y desastres (internos o externos).No Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios, Tampoco Existen procesos para evacuación y reubicación de usuarios.la institución no cuenta con un proceso para el manejo de situaciones donde se pierda un cliente durante su proceso de atención. No existe un proceso para implementar o monitorear el plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia del ambiente físico.
6, No 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.
7, No Existe un proceso de monitorización continua del cumplimiento del plan de mejoramiento de calidad de los procesos de gerencia de la información.

CENTRO DE	SISTEMA GESTION CALIDAD		AUDITORIA EXTERNA	VERSION 00
AUDICION Y	NOMBRE FORMATO OTRAS OBSERVACIONES DE AUDITORIA		Pagina 5	ESTADO VIGENTE
LENGUAJE LIMITADA	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACION: junio de 2010	FECHA APROBACION: julio de 2010
EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE LTDA				
Auditores : LEIDY BERMEO- ANDRES MARTINEZ			Responsable del Área: Dra ERIKA URIBE	

No.	OBSERVACIONES
1	No existe especificaciones de archivo de gestión, central e histórico de las historias clínicas.
2	Los registros no se encuentran actualizados hasta la fecha solo están hasta febrero de 2010.
3	No se realizan reuniones periódicas con el personal de la institución y no existe un cronograma de actividades para ello.
4	El consultorio de fonoaudiología no cuenta con el software para la historia clínica electrónica y esta se registra físicamente en un formato que no cuenta con todo lo estipulado en la resolución 1995/99(sexo, acudiente, procedencia, fecha de nacimiento, ocupación etc.)
5	El buzón de sugerencias no es revisado periódicamente, ni se le informa al usuario que puede disponer de el.

CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE LIMITADA	SISTEMA GESTION CALIDAD		AUDITORIA EXTERNA	VERSION 00
	NOMBRE: informe general		Pagina 6	ESTADO VIGENTE
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACION: junio de 2010	FECHA APROBACION: julio de 2010
	EL PRESENTE DOCUMENTO ES DE USO EXCLUSIVO DEL CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE LTDA			
NO CONFORMIDAD /OBSERVACION		ACCIONES A IMPLEMENTAR	RESPONSABLE	FECHA
No cumplimiento con el estándar de referencia y contrarreferencia de pacientes, puesto que no se tienen definidos los centros de referencia de usuarios, los flujos y las disponibilidad de transporte en caso de presentarse una situación de urgencia del usuario.		Diseñar procedimiento de referencia y contrarreferencia donde se definan los centros de posible referencia, flujos y disponibilidad de transporte.	Gerente	
No cumplimiento del Estándar seguimiento a riesgos: No existencia de indicadores que permitan realizar evaluación y seguimiento de los riesgos inherentes al servicio de fonoaudiología y audiolgía, no existencia de proceso de evaluación de la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad, la pertinencia y continuidad.		Implementar proceso de vigilancia y notificación epidemiológica, donde se describan los riesgos por cada procedimiento, elaborar formato de seguimiento a riesgo. Diseñar indicadores, diseñar soporte de consentimiento informado por cada procedimiento de riesgo.	Gerente	
no existe una declaración sobre los derechos y deberes de las personas con discapacidad, visibles como tampoco de la misión-visión de la institución.		debe colocarse en un lugar visible para los usuarios los derechos y deberes de los pacientes y la misión y visión de la institución.	Gerente	

<p>no existe un proceso de planeación de la habilitación / rehabilitación que incluya la investigación diagnóstica complementaria o confirmatoria cuando la discapacidad o la patología presente la hace necesaria. No existen registros de las actividades de habilitación / rehabilitación consistentes con los estándares de práctica basados en la evidencia disponible. No existen procesos para identificar las necesidades de los clientes internos de la institución y para responder a ellas.</p>	<p>implementar la realización de estudios de caso que permita al profesional y equipo interdisciplinario diagnósticos complementarios o confirmatorios necesarios para cada patología cuando esta lo requiera. Analizar patologías basadas en la evidencia científica para una mejor orientación del diagnóstico y tratamiento de los pacientes</p>	<p>Gerente</p>	
<p>No 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 necesaria. No existe un proceso para la planeación del recurso humano.(plan estratégico ,una cultura institucional y una estructura organizacional) No se cuenta con un sistema de planeación de la capacitación y educación continuada a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y de los servicios instalados o por instalar dentro de la institución. No existen registros en periodos de tiempo determinados para la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesional, asistencial y administrativa, como tampoco de procesos que garantizan el cumplimiento de las responsabilidades encomendadas a los trabajadores. No existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la institución. No Existe un plan ni la monitorización para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del recurso humano. No existen registros de Los resultados de las actividades del plan de mejoramiento de la calidad de los procesos de gerencia de recursos humanos ni se dan a conocer al equipo interdisciplinario, a los proveedores, a las EPS, a los usuarios y sus familias, a la comunidad y a otras entidades</p>	<p>Crear una política en la institución en la cual se defina el direccionamiento estratégico, la cultura institucional y al junta directiva. enviar continuamente a las EPS, proveedores acerca de los planes de mejoramiento de la IPS en corto plazo para mejorar la atención de sus usuarios, realizar capacitaciones al personal de l a institución permitiéndole actualizarse en el desempeño de sus labores.</p>	<p>Gerente</p>	

