



**DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EL
PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA DE SALUD-TREC S.A BASADO EN
LOS ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA DEL MANUAL DE
ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO DEL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

**PRESENTADO POR:
ANNYA CAROLINA SAYAGO PINEDA**

**UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE BOLÍVAR
FACULTAD DE INGENIERÍA
PROGRAMA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
CARTAGENA DE INDIAS
2013**



**DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE MEJORAMIENTO PARA EL
PROCESO DE GESTION ESTRATEGICA DE SALUD-TREC S.A BASADO EN
LOS ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA DEL MANUAL DE
ACREDITACIÓN EN SALUD AMBULATORIO Y HOSPITALARIO DEL
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

ANNYA SAYAGO PINEDA

**Trabajo de Grado para optar por el título
de Ingeniera Industrial**

**DIRECTOR
WBEIMAR PAVAS RESTREPO**

**UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE BOLIVAR
FACULTAD DE INGENIERIA
PROGRAMA DE INGENIERIA INDUSTRIAL
CARTAGENA DE INDIAS
2013**

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

Cartagena de Indias D. T. y C., Abril de 2013

A DIOS

A mis abuelos y padres MIGUEL ALFREDO PINEDA y ENA LEONOR VILLALBA dos seres grandes y maravillosos, quienes siempre y en todo momento me dieron todo su amor, apoyo, dedicación y comprensión.

A los dos dedico todos y cada uno de mis logros, gracias a Ustedes lo que alguna vez soñé, hoy es una realidad. Sé que donde quiera que estén comparten esta alegría e iluminarán mi camino y guardarán de mí siempre. ¡Los amo!

A mi madre GILMA ENA PINEDA MARTINEZ, por apoyarme a pesar de las dificultades.

A mi hermana CLAUDIA SAYAGO PINEDA, por estar siempre cuando más la he necesitado

A mis tías y primos por brindarme siempre su compañía y apoyo incondicional.

A todas aquellas personas que intervinieron en mi proceso de formación como profesional.

Annya Carolina Sayago Pineda

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. WBEIMAR PAVAS RESTREPO, por su confianza, apoyo incondicional y gran aporte como Director de trabajo de grado.

A Salud-Trec S.A. y a todo su capital humano por compartir sus experiencias y permitirme el desarrollo del Trabajo de Grado en la institución.

CONTENIDO

		Pág.
	INTRODUCCIÓN	14
1	GENERALIDADES DE LA EMPRESA	15
1.1	PRESENTACION DE INFORMACION BÁSICA	15
1.2	ORGANIGRAMA	15
1.3	MISIÓN	15
1.4	VISIÓN	15
1.5	POLÍTICA DE CALIDAD	17
1.6	OBJETIVOS DE CALIDAD	17
2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
2.1	ANTECEDENTES	18
2.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	20
3	OBJETIVOS	21
3.1	OBJETIVO GENERAL	21
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4	JUSTIFICACIÓN	23
4.1	PERTINENCIA	23
4.2	RELEVANCIA E IMPORTANCIA	24
4.3	ALCANCE Y LIMITACIONES	24

5	MARCO TEÓRICO	25
5.1	MARCO REFERENCIAL	25
5.1.1	Historia de la Acreditación en el mundo	25
5.2	MARCO LEGAL	26
5.3	MARCO CONCEPTUAL	27
5.3.1	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS)	27
5.3.1.1	Componentes del SOCG	28
6	DISEÑO METODOLÓGICO	32
6.1	AUTOEVALUACIÓN (DIAGNOSTICO BASICO GENERAL DEL PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA)	32
6.1.1	Evaluación cualitativa	32
6.1.2	Evaluación cuantitativa	33
6.1.2.1	Escala de calificación	33
6.1.2.2	Niveles de Calificación	37
6.1.3	Formulación del Plan de Mejoramiento	38
6.2	PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MÉTODO	39
6.3	TÉCNICAS A UTILIZAR PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS	39
7	ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	41
7.1	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	41
7.2	PRESUPUESTO	41
7.3	RECURSOS NECESARIOS	41

8	DESARROLLO DEL PROYECTO	42
8.1	AUTOEVALUACION	42
8.1.1	Resultados de la autoevaluación	42
8.1.1.1	Resultados de la evaluación Cualitativa y Cuantitativa	42
8.2	FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	60
8.3	ANALISIS COSTO/BENEFICIO	63
8.4	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	64
8.4.1	Estándar 91. Código: (GER. 4)	64
8.4.2	Estándar 77. Código: (DIR3)	68
8.4.3	Estándar 95. Código: (GER.8)	71
8.4.4	Estándar 75. Código: (DIR1)	76
8.4.5	Estándar 76. Código: (DIR 2)	82
8.4.6	Estándar 78. Código: (DIR4)	103
8.4.7	Estándar 79. Código: (DIR.5)	104
8.4.8	Estándar 94. Código: (GER.7)	109
8.4.9	Estándar 92. Código (GER 5)	113
9	RESULTADOS Y EVIDENCIAS	125
10	CONCLUSIONES	129
	BIBLIOGRAFÍA	130
	ANEXOS	132

LISTA DE CUADROS

		Pág.
Cuadro 1	VARIABLES A EVALUAR EN LA DIMENSIÓN ENFOQUE	35
Cuadro 2	VARIABLES A EVALUAR EN LA DIMENSIÓN IMPLEMENTACIÓN	35
Cuadro 3	VARIABLES A EVALUAR EN LA DIMENSIÓN RESULTADO	36
Cuadro 4	CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA	38
Cuadro 5	PRESUPUESTO PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE GRADO	41
Cuadro 6	EVALUACIÓN CUALITATIVA- ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO	43
Cuadro 7	EVALUACIÓN CUANTITATIVA- ESTÁNDARES DE DIRECCIONAMIENTO	47
Cuadro 8	EVALUACIÓN CUALITATIVA- ESTÁNDARES DE GERENCIA	51
Cuadro 9	EVALUACIÓN CUANTITATIVA- ESTÁNDARES DE GERENCIA	55
Cuadro 10	PLAN DE MEJORAMIENTO PROCESO GESTIÓN ESTRATÉGICA	61
Cuadro 11	COSTO TOTAL HORAS-HOMBRE IMPLEMENTACIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO	63
Cuadro 12	ELEMENTOS A COMUNICAR INTERNAMENTE EN SALUD-TREC S.A	70
Cuadro 13	PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA DE CALIDAD	73
Cuadro 14	PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE SEGUIDOS POR SALUD-TREC S.A	75
Cuadro 15	herramienta para la revisión y actualización de los valores y principios de Salud-Trec S.A	78
Cuadro 16	Herramienta para la revisión y actualización de la misión	79
Cuadro 17	Herramienta para la revisión y actualización de la visión.	81
Cuadro 18	Matriz Evaluación Factores Internos (EFI)	92

Cuadro 19	Matriz Evaluación Factores Externos (EFE)	93
Cuadro 20	Matriz Perfil Competitivo (MPC)	93
Cuadro 21	Resultados matriz DOFA	94
Cuadro 22	Objetivos Estratégicos	95
Cuadro 23	Ejes, objetivos y líneas estratégicas	96
Cuadro 24	Resumen Plan Estratégico Salud-Trec S.A	102
Cuadro 25	Formulación de Planes Operativo	111
Cuadro 26	Formato Plan Operativo	112

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Organigrama Salud-Trec S.A	16
Figura 2	Entradas y salidas para el componente Administración del Riesgo	65
Figura 3	Modelo de Articulación de la Política de Calidad al Direccionamiento Estratégico de la institución	72
Figura 4	Modelo de despliegue de la política de seguridad del paciente	74
Figura 5	Flujograma procedimiento para la formulación de planes operativos	110

LISTA DE IMÁGENES

		Pág.
Imagen 1	Publicación modelos articulación Política de Calidad al Direccionamiento Estratégico	76
Imagen 2	Publicación principios orientadores de la Política de Calidad	76
Imagen 3	Pieza de difusión Política de la Atención Humanizada para carteleros informativos.	103
Imagen 4	Pieza de difusión Política de la Atención Humanizada- Wallpaper.	103
Imagen 5	Pieza de difusión Política de la Atención Humanizada- Plegables (cara exterior)	104
Imagen 6	Pieza de difusión Política de la Atención Humanizada- Plegables (cara interior)	105
Imagen 7	Publicación Política de Calidad	125
Imagen 8	Publicación Gestión del Riesgo	125
Imagen 9	Publicación Guía Metodológica para la revisión y actualización de la Plataforma Estratégica.	126
Imagen 10	Publicación Plataforma Estratégica	127
Imagen 11	Publicación Política de Humanización de la Atención	128
Imagen 12	Publicación procedimientos planes operativos	128

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Cronograma de Actividades del Proyecto	132
Anexo B	Hoja Radar para la calificación de estándares en salud	134
Anexo C	Formato Autoevaluación	135
Anexo D	Mapa Estratégico	136

INTRODUCCIÓN

La adopción y aplicación de los estándares de Direccionamiento y Gerencia del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario del Ministerio de la Protección Social para el mejoramiento del proceso de Gestión Estratégica de Salud-Trec S.A., se convierten en toda una estrategia para aumentar la capacidad de la institución para el cumplimiento de los requisitos relacionados con la prestación del servicio y a su vez de demostrar el trabajo de la institución por el cumplimiento de altos estándares de calidad.

Es así que como con el diseño e implementación del plan de mejoramiento basado en los estándares de Direccionamiento y Gerencia del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario para el proceso de Gestión Estratégica, se pretende armonizar y orientar la utilización de los recursos institucionales de acuerdo a los mejores y más exitosos modelos de desempeño en salud.

Para el diseño (formulación) del plan de mejoramiento se realizó una Autoevaluación frente a los estándares de Direccionamiento y Gerencia, en dicha autoevaluación se realizó una evaluación cualitativa y una evaluación cuantitativa.

En la evaluación cualitativa se identificaron las fortalezas y oportunidades de mejora del proceso frente cada estándar. En la evaluación cuantitativa se asignó una calificación a las variables de las dimensiones enfoque, implementación y resultado de cada estándar.

Con el desarrollo la autoevaluación se obtuvo un listado de oportunidades de mejora, de las cuales fueron tomadas solo las que serían de impacto para el proceso de Gestión Estratégica. Dichas oportunidades de mejora se convirtieron en la entrada para la formulación del plan de mejoramiento.

Finalmente luego de la formulación del plan de mejoramiento se tiene la fase de despliegue e implementación del plan documentando el desarrollo de cada una de las acciones de mejoramiento con las respectivas evidencias que soportan la implementación de dichas acciones.

1. GENERALIDADES DE LA EMPRESA

1.1 PRESENTACIÓN DE INFORMACION BASICA

Salud-Trec S.A es una IPS que presta servicios en Hospitalización Domiciliaria y actividades de Apoyo Terapéutico (Terapia Respiratoria, Fisioterapia, Nutrición y Dietética, Psicología y Fonoaudiología), además de la administración de procesos asistenciales en Unidades de Cuidados Intensivos. La empresa se constituyó en el Municipio de Envigado mediante escritura pública N° 0000338 de la Notaria Segunda de Envigado, el 18 de Marzo de 2002, inicialmente como una sociedad de responsabilidad limitada, y el 14 de abril de 2009 mediante escritura pública número 0001136 de la notaria 20 de Medellín, la sociedad se transformó en una sociedad anónima. En la actualidad se encuentra ubicada en la Cra. 47 No. 35 A Sur-49 del municipio de Envigado y cuenta con 35 empleados dentro de los cuales, 24 pertenecen al área asistencial y 11 pertenecen al área administrativa.

1.2 ORGANIGRAMA

Estructura organizacional de Salud-Trec S.A.... Ver Figura 1...

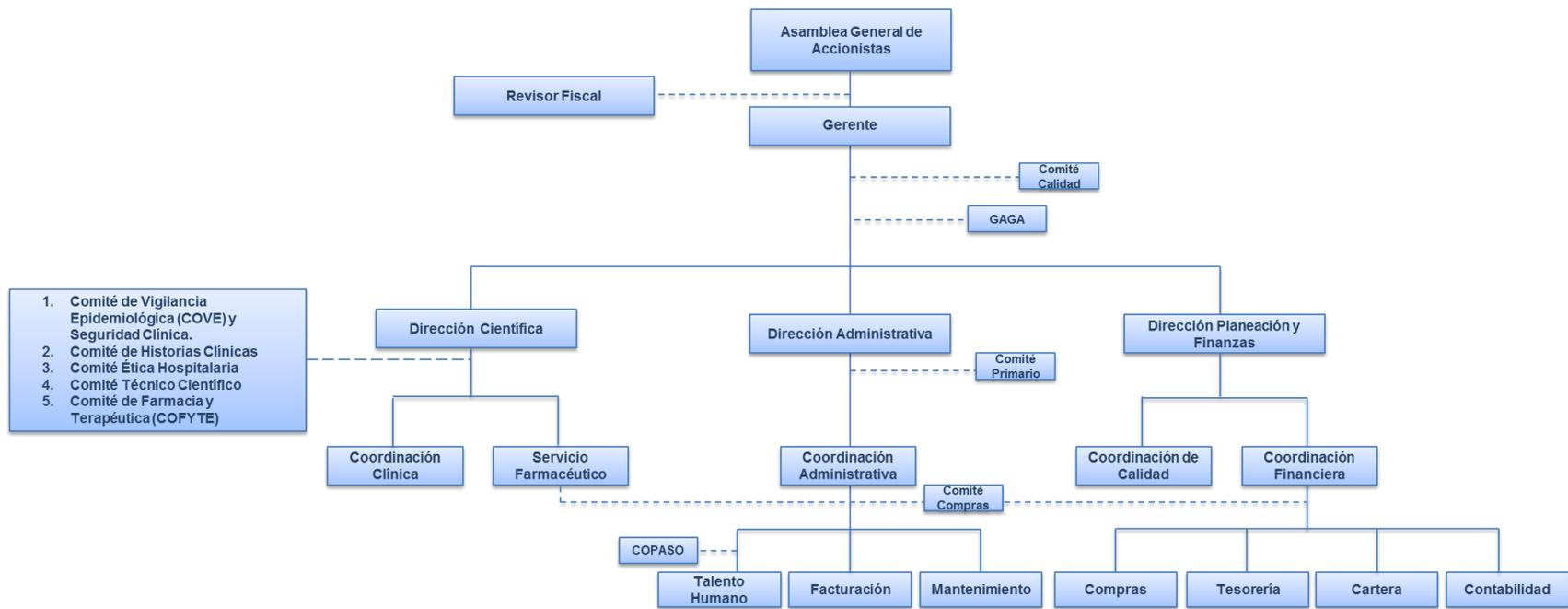
1.3 MISIÓN

Prestar servicios en salud con elevados estándares de calidad y seguridad, con un alto compromiso y responsabilidad social, mediante un talento humano competente y comprometido, garantizando la permanencia de la organización, su crecimiento y rentabilidad.

1.4 VISIÓN

Ser en el 2015 una empresa reconocida a nivel nacional por la prestación de servicios especializados en salud domiciliaria y de alta complejidad con altos estándares de calidad y seguridad.

Figura 1. Organigrama Salud-Trec S.A



1.5 POLÍTICA DE CALIDAD

Es un compromiso ineludible por cada uno de los integrantes de la organización el de garantizar la prestación de servicios de salud integrales, con elevados estándares de seguridad y oportunidad a los usuarios, mediante personas competentes, amables, y respetuosas promoviendo la eficacia, eficiencia y efectividad del Sistema de Gestión de Calidad, acorde con los estándares definidos para lograr este fin.

La satisfacción de nuestros clientes la lograremos con el mejor talento humano y uso de recursos técnicos apropiados, buscando el mejoramiento continuo en la prestación del servicio.

1.6 OBJETIVOS DE CALIDAD

- Garantizar a los usuarios, que los servicios prestados por la organización están inmersos en un marco regulatorio con altos estándares de calidad.
- Dar permanencia al Sistema de Gestión de Calidad en la organización, dando cumplimiento estricto a los estándares definidos por el marco regulatorio.
- Prestar a los usuarios de la organización, servicios de salud integrales, en forma oportuna, con eficiencia, eficacia y efectividad, y mínima exposición al riesgo.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los prestadores de servicios de salud del país tienen un papel preponderante en la satisfacción de las crecientes necesidades de atención en salud que demanda la población colombiana, situación que exige un direccionamiento y una gerencia efectiva donde el liderazgo, la innovación, la adaptación al cambio y el mejoramiento continuo de la calidad sean elementos fundamentales de su cultura organizacional.

Lo anterior está referenciado por los siguientes elementos:

- Primero: Al prestar servicios de salud y trabajar con la calidad de vida de las personas, los procesos de acreditación son absolutamente necesarios.
- Segundo: La competencia, eficiencia y calidad del sistema, están ligados a mejores estándares de atención y servicios para los usuarios.
- Tercero: La inserción de Colombia en los mercados mundiales por el proceso de globalización, obliga a las instituciones a estar acreditadas, ya que al salir a vender servicios de salud, la primera pregunta tiene que ver con la acreditación, es decir, si se cumple o no con estándares admitidos mundialmente como normas generales.

2.1 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.

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 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 Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e 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”¹.

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 (International Society for Quality in Health Care), 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).

¹COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 2174 (28, noviembre, 1996). Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. Bogotá, D.C.: El Ministerio, 1996. 6 p.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es posible el mejoramiento del proceso de gestión estratégica de Salud-Trec S.A, a través de un plan de mejoramiento basado en los estándares de Direccionamiento y Gerencia del “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario del Ministerio de la Protección Social”²?

²COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 123(26, enero, 2012). Por se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006. 6 p.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Entregar Diseñado e implementado en el mes de Octubre de 2012 un plan de mejoramiento para el proceso de Gestión Estratégica de la empresa Salud-Trec S.A, el cual este basado en los estándares de Direccionamiento y Gerencia del Manual de acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario del Ministerio de la Protección para el mejoramiento continuo de la calidad en la institución.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las fortalezas y las oportunidades de mejora asociadas al cumplimiento de los estándares de Direccionamiento y Gerencia del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario para el proceso de Gestión Estratégica, mediante la realización de una evaluación cualitativa, con el fin de identificar las acciones de mejoramiento necesarias para alcanzar el nivel de calidad de los estándares.
- Evaluar las dimensiones de: Enfoque, implementación y resultados, de cada uno de los estándares de Direccionamiento y Gerencia del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario frente a la gestión del proceso de Gestión Estratégica, mediante la realización de una evaluación cuantitativa para evidenciar el estado de cumplimiento de cada uno de los estándar.
- Determinar las acciones de mejora a implementar y los elementos que consolidan dichas acciones (responsables, fechas de ejecución, recursos necesarios, seguimientos a realizar e indicadores de seguimiento a las acciones), con los cuales se pretende dar cumplimiento a las oportunidades de mejora identificadas para cada uno de los estándares de Direccionamiento y Gerencia del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario.
- Realizar Análisis Costo- Beneficio que generará la implementación del Plan de mejoramiento para el Proceso de Gestión Estratégica.
- Presentar y socializar a la Gerencia el documento con las acciones de mejoramiento y los elementos que consolidan dichas acciones para la aprobación del plan.

- Ejecutar el plan de mejoramiento de acuerdo a las fechas establecidas con un porcentaje de cumplimiento de las acciones de mejora de un 60% a Octubre 30 de 2012.

4. JUSTIFICACIÓN

Salud-Trec S.A contempla desde el direccionamiento estratégico, el enfoque de seguridad explícito en su Misión, Visión, Políticas y Objetivos de Calidad; la existencia y despliegue de un enfoque sistémico e integral en el área asistencial y administrativa, así como demostrar desarrollos y mejora continua en el tiempo, han sido el foco y prioridad en el desarrollo del modelo de prestación del servicio en la institución. El marcado compromiso desde la Junta Directiva y la Gerencia de la compañía para la prestación de un servicio basado en las mejores prácticas clínicas (medicina basada en la evidencia), una atención con barreras de seguridad, la humanización del servicio y unos costos que hagan financieramente viables la atención, han creado la necesidad de seguir los más altos estándares calidad para la prestación de sus servicios.

Formular e implementar un plan de mejoramiento para el proceso de Gestión Estratégica, basado en los estándares de Direccionamiento y Gerencia del Manual de acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario del Ministerio de la Protección Social; constituye la mejor oportunidad para Salud-Trec de adecuar y alinear su estructura organizacional (Conjunto de prácticas y conductas, capacidad del recurso humano, capacidad de recursos operativos, procesos sistemas, conocimiento, perfiles, etc.) a los enunciados estratégicos y a la cultura definida en el direccionamiento estratégico para el logro de los resultados institucionales, basados en un enfoque centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad.

Aquellas instituciones que no mejoren y no demuestren la buena calidad de los servicios que prestan, verán su viabilidad y permanencia en el mercado cada vez más comprometida en la medida que los usuarios mejor informados, acudan a aquellos prestadores que si han demostrado tener buena calidad en sus servicios. En este orden de ideas, el Dr. Wbeimar Pavas (Salud-Trec, Envigado, Antioquia, entrevista 2012) señaló la necesidad de obtener un margen de rentabilidad estimando por encima del 35% (TMAR) y un WACC no superior al 28%, basándose en un pronóstico de ventas con un crecimiento estimado del 10% tomando como referencia el valor obtenido en ventas en el programa a impactar (PHD) durante los dos últimos años.

4.1 PERTINENCIA

En la actualidad Salud- Trec S.A está experimentando una transformación muy importante en su modelo de prestación de servicios que hace imperativo que la institución logre la concepción, desarrollo y mantenimiento de ventajas competitivas sostenibles que garanticen su permanencia en el tiempo, un equipo

humano con propósitos comunes, y donde la institución se proyecte como un espacio vital donde las personas que lo integran se desarrollen, así como la obtención de los mejores resultados para sus grupos de interés.

4.2 RELEVANCIA E IMPORTANCIA

El diseño e implementación del plan de mejoramiento para el proceso de Gestión Estratégica de Salud-Trec S.A basado en los estándares de Direccionamiento del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario del Ministerio de la Protección Social, constituye una oportunidad para que en forma paulatina los procesos de la institución se ejecuten bajo los mejores estándares de calidad, dando de esta forma, los primeros pasos para preparar a la institución en un futuro proceso de acreditación. Si bien el proceso de Acreditación implica hacer inversiones económicas, no es exclusivo para las instituciones que tengan los recursos disponibles para su implementación, puesto que el proceso implica la transformación cultural a largo plazo y el compromiso de la generalidad de la organización en todos los niveles. Generando de esta forma, diferenciación competitiva dentro de los prestadores de servicios de salud, y a su vez, más confianza en los usuarios.

4.3 ALCANCE Y LIMITACIONES

El Plan de mejoramiento aplica al proceso de Gestión Estratégica de Salud-Trec S.A. y su diseño estará basado en los estándares de Direccionamiento del “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario del Ministerio de la Protección Social”³.

³Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. Versión 003. Año 2012. <http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Manual%20AcreditSalud%20AmbulyHosp2012.pdf>; [consulta: 10 de junio del 2012 2:10 a.m.]

5. MARCO TEÓRICO

5.1 MARCO REFERENCIAL

5.1.1 Historia de la Acreditación 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 Health Care 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 1959.

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 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 International Society for Quality in Health Care Inc. (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.

5.2 MARCO LEGAL

Marco Legal del Sistema de Calidad en Salud en Colombia:

- Constitución Política de Colombia de 1991. Por la cual se fijan los límites y define las relaciones entre los poderes del Estado (poderes que, en los países occidentales modernos, se definen como poder legislativo, ejecutivo y judicial) y de éstos con sus ciudadanos, estableciendo así las bases para su gobierno y para la organización de las instituciones en que tales poderes se asientan. También garantiza al pueblo derechos y libertades. Derecho Fundamental a la Vida y a la Salud.
- Ley 100 de 1993 (Ley estatutaria): Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
- Ley 715 de 2001 (Ley orgánica): Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

- Decreto 2309 de 2002. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1474 de 2002. Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.
- Decreto 1011 de 2006: Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece es Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Resolución 1043 de 2006: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
- Resolución 1445 de 2006: Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones.
- Resolución 123 de 2012: Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006.
- Resolución 1446 de 2006: Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

5.3 MARCO CONCEPTUAL

5.3.1 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS). El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) “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”⁴.

Se entiende la Calidad de la Atención en Salud como la “Provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre

⁴COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 (3, abril, 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. **Diario Oficial. Bogotá**, D.C.: El Ministerio, 2006. p. 2.

beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.”⁵

“El SOGCS deberá cumplir con las siguientes características.”⁶

- *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.”

5.3.1.1 Componentes del SOCG. El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS) está conformado por cuatro (4) componentes:

El Sistema Único de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB (Empresas Administradoras de Planes de beneficios)⁷.

⁵Ibíd., p. 2.

⁶Ibíd., p. 3.

⁷Ibíd., p. 4.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad. 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.

Sistema de información para los usuarios. 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 del Régimen contributivo y 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 Salud⁸.

El Sistema Único de Acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso⁹.

ICONTEC, como entidad acreditadora lidera el proceso de transformación cultural de las organizaciones de salud, orienta la implementación y desarrollo del Sistema, promoviendo la participación voluntaria y consciente de las organizaciones de salud en los procesos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, con la finalidad de que progresivamente, un mayor número de organizaciones de salud mejore su gestión, supere los estándares mínimos definidos en el Sistema de Habilitación y alcance niveles superiores de desempeño primordialmente en beneficio de los usuarios, afiliados y beneficiarios de los servicios de salud; todas las acciones mencionadas se orientan al logro de la eficacia en las organizaciones en cuanto a su productividad y utilización de los recursos en aras de alcanzar el equilibrio social y económico que requiere el Sistema General de Seguridad Social de Salud.

Para efectos que el ente Acreditador evalúe el nivel de calidad de la atención alcanzadas por las Instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Administradoras de planes de Beneficios y las Direcciones Territoriales de Salud se adoptaron los siguientes Manuales:

⁸COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 (3, abril, 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. Bogotá, D.C.: El Ministerio, 2006. p. 14.

⁹Ibíd., p. 13.

- Manual de Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios- EAPB.
- Manual de Estándares de Acreditación para los Laboratorios Clínicos.
- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de imagenología.
- Manual de Estándares de Acreditación para las instituciones que ofrecen servicios de Habilitación y Rehabilitación.
- Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario.

Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario. Es un documento que presenta los lineamientos que guiarán el proceso de acreditación para las instituciones hospitalarias y ambulatorias y los estándares de acreditación correspondientes. Los estándares se basan en un enfoque sistémico que entiende la atención en salud como centrada en el usuario y su familia, en el mejoramiento continuo de la calidad y en el enfoque de riesgo¹⁰. Este manual aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofrecen servicios ambulatorios, hospitalarios o ambos. Están excluidas las instituciones que ofrecen servicios de habilitación y rehabilitación, a las cuales se les aplicará el manual específico para este tipo de instituciones. Igualmente, en el caso de los laboratorios clínicos y las instituciones que ofrecen servicios de imagenología exclusivamente, se les aplicará el manual específico para esta clase de entidades.

Los estándares se encuentran ordenados de la siguiente manera: una primera sección en la que aparece el Grupo de Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, una segunda sección en la que se encuentran los Grupos de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial a dichos procesos asistenciales y una tercera sección en la cual se encuentran los estándares de mejoramiento de la calidad.

La primera sección está diseñada de acuerdo con el proceso de atención genérico de un paciente en una institución hospitalaria o ambulatoria. Está compuesta por los subgrupos de estándares: derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida y seguimiento, y contra referencia. Finaliza con el subgrupo Sedes Integradas en

¹⁰Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. Versión 003. Año 2012. <http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Manual%20AcreditSalud%20AmbulyHosp2012.pdf>; [consulta: 10 de junio del 2012 2:10 a.m.]

Red, el cual incluye los procesos de articulación de las diferentes sedes tomando como base la gestión de calidad superior propuesta por la acreditación en salud.

La segunda sección de los estándares incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos en la organización para el apoyo de los procesos asistenciales. Esta sección se subdivide en seis grupos de estándares:

- **Direccionamiento:** es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la organización. El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es que la organización este alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad.
- **Gerencia:** es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución. El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es que los procesos organizacionales lleven a la operación los lineamientos estratégicos orientados hacia el logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad.
- **Gerencia del Talento Humano:** se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo.
- **Gerencia de la Información:** se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel de la organización.
- **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.
- **Gestión de Tecnología:** se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización.

La tercera sección de los estándares está constituida por los cinco estándares de mejoramiento de la calidad que aplican a todos los procesos evaluados tanto en los estándares asistenciales como en los de apoyo.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

El tipo de estudio a emplearse para el desarrollo del proyecto es de carácter descriptivo. Inicialmente se realizara una Autoevaluación (Básico general del proceso de gestión estratégica) para identificar las oportunidades de mejora, seguido a esto, se deben generar unas acciones de mejora, las cuales, serán definidas a partir de los criterios establecidos para cada uno de los estándares de Direccionamiento y Gerencia contenidos en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario del Ministerio de la Protección Social. Para el realizar el autodiagnóstico se debe conformar un equipo de Autoevaluación, el cual, estará conformado por el Gerente General y la Coordinadora Administrativa. Las reuniones para el desarrollo de la Autoevaluación deben contar con la presencia de un líder de proceso y en la medida de lo posible con un miembro de la Junta Directiva.

6.1 AUTOEVALUACIÓN (DIAGNOSTICO BASICO GENERAL DEL PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA)

Previo al desarrollo del proceso de Autoevaluación se debe desarrollar una charla educativa al equipo de Autoevaluación para hacer una conceptualización teórica en donde se profundice sobre los elementos estructurales de gestión en un esquema de mejoramiento de la calidad de la atención en salud y sobre la metodología para realizar la Autoevaluación y la formulación de los planes de mejoramiento en Acreditación.

6.1.1 Evaluación cualitativa. En el proceso de evaluación cualitativa se deben realizar las siguientes actividades:

1. Lectura de intencionalidad del grupo de estándares.
2. Lectura del estándar a calificar e interpretación de dicho estándar.
3. Identificación y registro de las fortalezas de la institución asociadas a cada estándar. Dichas fortalezas deben ser formuladas a partir de los siguientes criterios:
 - Deben contener el nombre del proceso en cual se presenta la fortaleza.
 - Deben iniciar con un verbo en infinitivo.
 - Deben ser siempre positivas.

4. Identificación de los soportes o evidencias de las fortalezas, revisión y registro de su ruta de acceso.
5. Formulación de las oportunidades de mejora para el logro del estándar.
6. Identificar el proceso al cual pertenece la oportunidad de mejora.

6.1.2 Evaluación cuantitativa

6.1.2.1 Escala de calificación¹¹. En el proceso de evaluación cuantitativa se emplea la hoja radar...Ver Anexo A..., con la cual, se realiza la calificación numérica a cada estándar. Cada estándar es evaluado en tres dimensiones: Enfoque, implementación y resultados. A continuación se describe cada una de las dimensiones a evaluar por la Hoja Radar:

1. *Enfoque.* Son las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.
2. *Implementación.* Es la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.
3. *Resultados.* Son los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

Cada una de las dimensiones definidas anteriormente contiene una serie de variables, las cuales, se describen a continuación:

1. Enfoque
 - *Sistematicidad y amplitud.*
 - *Sistematicidad.* Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
 - *Amplitud.* Grado en que el enfoque está presente y orienta a las diferentes áreas de la organización o distintos puntos de capítulo.
 - *Proactividad.* Grado en que el enfoque es preventivo y proactivo.

¹¹ COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1445 (8, mayo, 2006). Artículo N° 3. Escala de calificación para efecto de que el ente acreditador evalúe el cumplimiento de los estándares de acreditación. Diario Oficial. Bogotá, D.C.: El Ministerio, 2006. p. 5.

- *Ciclo de evaluación y mejoramiento.* Forma en que se evalúa y mejora el enfoque

2. Implementación

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

3. Resultados

- *Pertinencia.* Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área o punto del capítulo y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
- *Consistencia.* Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.
- *Avance de la Medición.* Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un periodo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área o punto del capítulo, calidad y pertinencia de los mismos.
- *Tendencia.* Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.
- *Comparación.* Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos con respecto de esas comparaciones.

Cuadro 1. Variables a evaluar en la dimensión Enfoque

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

Cuadro 2. Variables a evaluar en la dimensión Implementación

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

Cuadro 3. Variables a evaluar en la dimensión Resultado

Variable	Escala de calificación				
	1	2	3	4	5
Resultado					
Pertinencia	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados .	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área , factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
Consistencia	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Avance de la Medición	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos
Tendencia	El estado de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
Comparación	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistémicas	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.
Fuente Anexo Técnico N°2. Escala de Calificación					

6.1.2.2 Niveles de Calificación¹². Para calificar los estándares se deben dar dos procesos de agregación: El primero desde la valoración del cumplimiento de cada una de las variables de la escala de calificación hasta la obtención de una única calificación por cada estándar y, el segundo, desde la calificación individual de cada estándar hasta la obtención de una única calificación para el grupo de estándares.

Para obtener el cumplimiento del estándar, este debe analizarse teniendo en cuenta el enfoque, la implementación y el resultado como un todo. No se califican por separado. Para desarrollar este proceso el equipo evaluador debe seguir los siguientes pasos:

1. Realizar lectura de las oportunidades de mejoramiento y las fortalezas señaladas por la institución y remitirse a la hoja radar.
2. Definir el grado de desarrollo de la institución:
 - Ubicarse en la escala del numeral 3 (organización en un grado mediano de madurez del enfoque y de la implementación), leer cada una de las variables del enfoque y de la implementación del mismo.
 - Comparar la institución con las características del numeral 3. Evaluar si la variable corresponde a este numeral. Si corresponde a este, se califica como 3.
 - Si la variable no corresponde al numeral 3, porque se considera que la institución supera las características de este numeral, desplazarse hacia el numeral 4. Si está acorde con este numeral, se califica como 4.
 - Si considera que la organización tiene un grado de madurez menor que el numeral 3, desplazarse hacia el numeral 2. Si está acorde con este numeral, se califica como 2.
 - Y así sucesivamente se sigue hacia arriba o hacia abajo.
3. Asigne a cada estándar como calificación el mínimo valor alcanzado de las calificaciones asignadas a cada variable.

El cumplimiento del grupo de estándares se obtiene asignando como calificación el mínimo valor alcanzado en las calificaciones obtenidas en cada uno de los estándares.

¹² Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud. Año 2007. <http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Gu%C3%ADa%20preparaci%C3%B3n%20acreditaci%C3%B3n%20MPS.pdf>. [consulta: 26 de agosto del 2012 1:20 a.m.]

6.1.3 Formulación del Plan de Mejoramiento¹³. El plan de mejoramiento para el proceso de Gestión Estratégica se origina a partir de las oportunidades de mejora identificadas para el proceso en la etapa de evaluación cualitativa. Para un mismo estándar pueden ser identificadas varias oportunidades de mejora. Dichas oportunidades de mejora, deben ser priorizadas por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo, las cuales se aplican de la siguiente forma:

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

Cada variable se calificará de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor.

Cuadro 4. Criterios de priorización de oportunidades de mejora

Riesgo	Costo	Volumen
Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve.
Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución	Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.
Fuente. Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación.		

Para cada grupo de estándares (Direccionamiento y Gerencia) se deben priorizar las oportunidades de mejoramiento con las más altas calificaciones. La calificación

¹³ Manual para la elaboración de Planes de Mejoramiento en Acreditación. Ministerio de la Protección Social.

más alta es 125, pero en general serán consideradas de mejoramiento crítico aquellas oportunidades de mejora con calificaciones superiores a 80 puntos, esto es simplemente una guía, dado que la directriz es seleccionar las oportunidades de mejora con las más altas calificaciones, no sólo las que obtuvieron 125 puntos.

Luego priorizar las oportunidades de mejora deben ser identificadas las acciones de mejoramiento con las cuales se pretende cumplir o hacer realidad las oportunidades de mejora. Por otro lado se deben identificar:

- Persona responsable de la ejecución de la acción.
- El tiempo en el cual se va a ejecutar cada acción de mejoramiento.
- Como ejecutar las acciones de mejora.
- Los recursos económicos para la ejecución de las acciones de mejoramiento.
- Las fechas para realizar seguimiento al plan de mejoramiento.
- Los indicadores de cumplimiento del plan de mejoramiento.

6.2 PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL MÉTODO

El proceso de Autoevaluación será más efectivo para la institución en la medida que se involucre a la mayoría de los miembros de la Junta Directiva y líderes de procesos. En este aspecto se podrían presentar inconvenientes por falta de disponibilidad de los miembros de la Junta Directiva para acudir a las sesiones de Brainstorming. Por otro lado se pueden presentar inconvenientes a la hora de la interpretación de los estándares por parte del equipo autoevaluador.

6.3 TÉCNICAS A UTILIZAR PARA LA RECOPIACIÓN DE DATOS

La recopilación de la información necesaria para generar el plan de mejoramiento está ligada al desarrollo de las sesiones grupales realizadas, en las cuales, a través del Brainstorming se podrán identificar las oportunidades de mejora y las acciones de mejoramiento asociadas a cada estándar. Debido a que existen distintos tipos de Brainstorming: no Estructurado (Flujo libre) y Estructurado (En círculo), se realizará el Brainstorming no estructurado, debido a que se quiere lograr una participación activa y abierta del personal, creando además un ambiente relajado, en el cual no se sientan bajo ningún tipo de intimidación o presión. Esto proporcionará un panorama más amplio de la situación del proceso,

que permitirá analizar aspectos que quizá las personas encargadas del área no reconozcan.

A través de la observación directa se validará la información relacionada con los soportes existentes de las fortalezas del proceso frente a cada uno de los estándares.

7. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

7.1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El desarrollo de las actividades para la desarrollo del proyecto, se llevará a cabo de acuerdo al cronograma de actividades establecido...Ver Anexo B..., en este se relaciona cada una de las actividades del proyecto con su respectiva fecha de ejecución.

7.2 PRESUPUESTO

Los costos asociados con el desarrollo del Trabajo de Grado son los siguientes:

Cuadro 5. Presupuesto para el desarrollo del Trabajo de Grado

DESCRIPCIÓN	VALOR
Honorarios tutorías	2400000
Honorarios Estudiante	1200000
Impresión de Informes	55000
Impresión proyecto final	95000
Empastado	30000
Imprevistos (5%)	189000
Valor total	3969000
Fuente El autor	

7.3 RECURSOS NECESARIOS

Para el desarrollo del trabajo de grado serán necesarios los siguientes recursos:

- Equipos: Impresora, internet, cámara fotográfica.
- Hardware y software actualizado
- Materiales: Guías, Libros.

8. DESARROLLO DEL PROYECTO

8.1 AUTOEVALUACIÓN

De acuerdo a lo descrito en el “Diseño metodológico” se realizó una charla educativa a los asistentes a la reunión sobre los lineamientos para realizar la autoevaluación. En esta etapa se realizaron dos reuniones, las cuales tuvieron una duración aproximada de 3 hrs. cada una con una y las cuales contaron con la presencia de la Coordinadora Administrativa y la Coordinadora Clínica.

En la primera reunión se realizó la evaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares de Direccionamiento y en la segunda reunión se realizó la evaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares de Gerencia, identificando de esta forma las fortalezas de la institución frente a cada uno de estos estándares, los soportes de las fortalezas, las oportunidades de mejora para cada estándar y la calificación de cada una de las variables de las dimensiones (Enfoque, implementación y resultado).

8.1.1 Resultados de la autoevaluación

8.1.1.1 Resultados de la evaluación Cualitativa y Cuantitativa. Los resultados de la evaluación cualitativa y cuantitativa de los estándares de Direccionamiento y Gerencia del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario del Ministerio de la Protección Social se presentan a continuación:

Cuadro 6. Evaluación Cualitativa- Estándares de Direccionamiento

Grupo	Estándares	Aspectos Cualitativos			Proceso al que pertenece
		Fortalezas	Soportes de las fortalezas	Oportunidades de mejora	
Estándares de Direccionamiento	<p>Estándar 75. Código: (DIR1) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios: Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico. • Aspectos éticos y normativos. • Los cambios del entorno. • La seguridad del paciente y los colaboradores. • El enfoque y la gestión de riesgo. • La humanización durante la atención del usuario y su familia. • La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud. • Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios. • La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios. • Responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad y el medio ambiente. • La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. • La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios. • La voz del cliente interno y su responsabilidad frente a sus colaboradores. • Las necesidades del usuario y su familia. • La organización identifica e interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable • Ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento. 	No hay	No hay	Establecer los lineamientos para definir y replantear el direccionamiento estratégico en la institución.	Gestión Estratégica
	<p>Estándar 76. Código: (DIR2) La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación. Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados. • La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización. • Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda. • Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación. • Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico. • La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico. 	GESTIÓN ESTRATÉGICA: Se tiene documentado el procedimiento para la formulación del plan estratégico.	PR-GE-001 Procedimiento Planeación Estratégica. Ruta de acceso: Servidor/HABILITACIÓN/SGC/Carpeta GESTIÓN ESTRATÉGICA/Carpeta PROCEDIMIENTOS	Establecer los lineamientos para realizar seguimiento y evaluación del plan estratégico.	Gestión Estratégica
	<p>Estándar 77. Código: (DIR3) La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas. Criterio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se evalúan las desviaciones encontradas y se implementan las acciones de mejora. 	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: En las inducciones al personal se realiza difusión de la plataforma estratégica de la institución.	Presentación Institucional. Documento en PPT. Ruta de acceso: Servidor/HABILITACIÓN/SGC/Carpeta PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO/Carpeta INDUCCIÓN	Asegurar la comprensión e interiorización del personal de los elementos que componen el Direccionamiento estratégico de la institución.	Gestión Estratégica

Fuente El autor

Cuadro 6. (Continuación)

Grupo	Estándares	Aspectos Cualitativos			Proceso al que pertenece
		Fortalezas	Soportes de las fortalezas	Oportunidades de mejora	
Estándares de Direccionamiento	<p>Estándar 78. Código: (DIR4) La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.</p>	<p>GESTIÓN ESTRATÉGICA: La alta Dirección promueve a través de la Política de Calidad la seguridad del paciente.</p> <p>PHD: Esta formulada la política de Seguridad y la institución cuenta con un programa de seguridad del paciente en donde se establece la metodología para el seguimiento a eventos adversos.</p> <p>GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: Se realiza medición y seguimiento a eventos adversos: Caídas, UPP y administración de medicamentos, gestión de eventos adversos relacionados con medicamentos, eventos adversos relacionados al uso de equipos y dispositivos médicos.</p>	<p>Publicación de política de calidad en tableros y carteleras informativas.</p> <p>Programa de seguridad del paciente. Ruta de acceso: Servidor/HABILITACIÓN/GC/Carpeta PROCESO VIGILANCIA Y CONTROL/Carpeta PROGRAMAS</p> <p>Indicadores: Índice de eventos adversos: Caídas, índice de eventos adversos: UPP, índices de eventos adversos: Administración de medicamentos, gestión de eventos adversos relacionados con medicamentos y % de eventos adversos relacionados al uso de equipos y dispositivos médicos. Ruta de acceso: Servidor/HABILITACIÓN/GC/Carpeta PROCESO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN/Carpeta INDICADORES</p>	<p>Establecer marco de orientación para la humanización de la atención en la prestación del servicio.</p>	Gestión Estratégica
	<p>Estándar 79. Código: (DIR5) La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p>	No hay	No hay	Promover política de Humanización de la Atención en toda la institución.	Gestión Estratégica
	<p>Estándar 80. Código: (DIR6) La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, sin discriminación. La política es parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución. Criterios: • La política de prestación de servicios está dirigida a usuarios, familiares y colaboradores. • La política refleja las necesidades en salud del tipo de usuarios o de la población a la que presta sus servicios y promueve el uso de la evidencia y de buenas prácticas en atención primaria en salud y salud pública, según corresponda. • La organización asegura que las políticas, las directrices, los procesos y los procedimientos de prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública. • Tiene definidos el despliegue y la asignación de recursos y responsabilidades para su aplicación, evaluación y revisión. • El personal está familiarizado con la política de prevención de enfermedades y promoción de la salud y se incluye en los procesos de inducción del personal nuevo. • Se asegura un plan para la evaluación de la política, incluidas las directrices para la recolección y el análisis de datos sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud y se verifica su cumplimiento. • Se asegura la competencia necesaria del personal asistencial y de apoyo que tiene a su cargo la implementación de la política para llevar a cabo la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. • Se asegura la presencia de estructuras e instalaciones, incluidos los recursos, espacio, equipo, etc., a fin de aplicar la prevención de las enfermedades y las actividades de promoción de la salud.</p>	No hay	No hay	Establecer marco de orientación para coordinar las acciones encaminadas a la prestación del servicio de la institución	Gestión de la Calidad

Fuente: El autor

Cuadro 6. (Continuación)

Grupo	Estándares	Aspectos Cualitativos			Proceso al que pertenece
		Fortalezas	Soportes de las fortalezas	Oportunidades de mejora	
Estándares de Direccionamiento	Estándar 81. Código: (DIR7) Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	No hay	No hay	Asegurar los recursos necesarios para la ejecución del plan estratégico y los planes operativos	Gestión Financiera
	Estándar 82. Código: (DIR8) Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento a: Criterios: • Resultado de los indicadores del sistema de información para la calidad. • Evaluación de la gestión clínica incluyendo los resultados clínicos ajustados. • Evaluación de los atributos de la calidad y su mejoramiento • Evaluación de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización • El enfoque y los resultados de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la organización. • Evaluación de gestión de riesgo. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	GESTIÓN DE LA CALIDAD: Se encuentra estandarizados los lineamientos para realizar las auditorias internas en la institución, se cuenta con indicadores de monitoria del sistema. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN: Se realiza medición de los indicadores de monitoria del sistema	PR-CA-003 PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS. Ruta de acceso: Ruta de Acceso: Servidor/HABILITACIÓN/Carpeta SGC/Carpeta PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD/Carpeta PROCEDIMIENTOS Medición de indicadores de Monitoria del Sistema. Ruta de acceso: Servidor/HABILITACIÓN/Carpeta SGC/Carpeta PROCESO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN/Carpeta INDICADORES	Establecer los lineamientos para realizar la evaluación de la Gestión Clínica.	Gestión de la Calidad
	Estándar 83. Código: (DIR9) La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización. Criterios: • Desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Inducción y reinducción. • Evaluación de la aplicación del direccionamiento estratégico en el desempeño del colaborador. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: La institución tiene estandarizado el proceso para realizar la Formación y Capacitación al personal. Cuenta con cronograma de capacitaciones.	PR-TH-003 Procedimiento formación y capacitación. Ruta de acceso: Servidor/HABILITACIÓN/SGC/Carpeta PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO/Carpeta PROCEDIMIENTOS Cronograma de Capacitaciones. Ruta de acceso: Servidor/HABILITACIÓN/SGC/Carpeta PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO/Carpeta REGISTROS	Fortalecer el proceso de desarrollo de competencias en el personal asegurando que este articulado al direccionamiento estratégico.	Gestión del Talento Humano
	Estándar 84. Código: (DIR10) Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva. Criterios: • Todos los integrantes de la junta directiva reciben a su ingreso orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así como sobre cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo. • La educación continuada debe estar en el contexto de la filosofía, las políticas y los procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias. • Está definido cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	No hay	No hay	Establecer y estandarizar proceso para la educación continuada a la Junta Directiva.	Gestión de la Calidad

Fuente El autor

Cuadro 6. (Continuación)

Grupo	Estándares	Aspectos Cualitativos			Proceso al que pertenece
		Fortalezas	Soportes de las fortalezas	Oportunidades de mejora	
Estándares de Direccionamiento	<p>Estándar 85. Código: (DIR11) En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red, mencionado anteriormente.</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se generan la sinergia y la coordinación en torno al usuario entre las diferentes sedes. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. • El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos. • El presente estándar no exime a cada uno de los diferentes prestadores que hacen parte de la red de cumplir con los demás estándares y secciones descritos en este manual. • La planeación y el gerenciamiento del estándar, si bien deben ser centralizados en cabeza de una red, no implica que las instituciones que la conforman no hagan parte de la planeación, la monitorización y la mejora de dichos procesos, de acuerdo con las directrices emanadas de la gerencia de la red. • El estándar debe ser cumplido sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red. 	N.A	N.A	N.A	N.A
	<p>Estándar 86. Código: (DIR12) Existe un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización. Esto incluye:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personal clínico-docente con formación en pedagogía. • Experiencia docente. • Políticas de formación y educación continuada. • Políticas de investigación. • Plan de desarrollo docente. • Definición clara de roles. • Asignación de responsabilidades. • Definición de recursos aportados por las partes. Evaluación de competencias. • Evaluación de la relación docencia-servicio por parte de la alta dirección. 	N.A	N.A	N.A	N.A
Estándar de Mejoramiento	<p>Estándar 87. Código: (DIRMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. • La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización. • La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares. • El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad. 	GESTIÓN DE LA CALIDAD: Se encuentra documentado el procedimiento Acciones correctivas, preventivas y de mejora.	Manual de Calidad. Ruta de acceso: Ruta de Acceso: Servidor/HABILITACIÓN/Carpeta SGC/Carpeta PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD/Carpeta DOCUMENTOS /Carpeta MANUALES	Fortalecer la gestión de las oportunidades de mejora.	Gestión de la Calidad
Fuente El autor					

Cuadro 7. Evaluación Cuantitativa- Estándares de Direccionamiento

Grupo	Estándares	Aspectos cuantitativos										Calificación
		Enfoque			Implementación			Resultados				
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
Estándares de Direccionamiento	Estándar 75. Código: (DIR1) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios: Criterios: • La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico. • Aspectos éticos y normativos. • Los cambios del entorno. • La seguridad del paciente y los colaboradores. • El enfoque y la gestión de riesgo. • La humanización durante la atención del usuario y su familia. • La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud. • Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios. • La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios. • Responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad y el medio ambiente. • La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. • La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios. • La voz del cliente interno y su responsabilidad frente a sus colaboradores. • Las necesidades del usuario y su familia. • La organización identifica e interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable • Ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Estándar 76. Código: (DIR2) La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación. Criterios: • Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados. • La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización. • Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda. • Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación. • Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico. • La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Estándar 77. Código: (DIR3) La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas. Criterio: • Se evalúan las desviaciones encontradas y se implementan las acciones de mejora.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total calificación estándares de Direccionamiento											1	
Fuente El autor												

Cuadro 7. (Continuación)

Grupo	Estándares	Aspectos cuantitativos										Calificación
		Enfoque			Implementación			Resultados				
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
Estándares de Direccionamiento	<p>Estándar 78. Código: (DIR4) La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.</p>	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
	<p>Estándar 79. Código: (DIR5) La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<p>Estándar 80. Código: (DIR6) La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, sin discriminación. La política es parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución. Criterios: • La política de prestación de servicios está dirigida a usuarios, familiares y colaboradores. • La política refleja las necesidades en salud del tipo de usuarios o de la población a la que presta sus servicios y promueve el uso de la evidencia y de buenas prácticas en atención primaria en salud y salud pública, según corresponda. • La organización asegura que las políticas, las directrices, los procesos y los procedimientos de prevención de enfermedades y promoción de la salud están alineados con las normas nacionales y territoriales de salud pública. • Tiene definidos el despliegue y la asignación de recursos y responsabilidades para su aplicación, evaluación y revisión. • El personal está familiarizado con la política de prevención de enfermedades y promoción de la salud y se incluye en los procesos de inducción del personal nuevo. • Se asegura un plan para la evaluación de la política, incluidas las directrices para la recolección y el análisis de datos sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud y se verifica su cumplimiento. • Se asegura la competencia necesaria del personal asistencial y de apoyo que tiene a su cargo la implementación de la política para llevar a cabo la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. • Se asegura la presencia de estructuras e instalaciones, incluidos los recursos, espacio, equipo, etc., a fin de aplicar la prevención de las enfermedades y las actividades de promoción de la salud.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Total calificación estándares de Direccionamiento											1	

Cuadro 7. (Continuación)

Grupo	Estándares	Aspectos cuantitativos										Calificación
		Enfoque			Implementación			Resultados				
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
Estándares de Direccionamiento	Estándar 81. Código: (DIR7) Existe un proceso para establecer los parámetros a partir de los cuales el plan estratégico y los planes operativos son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Estándar 82. Código: (DIR8) Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización, le hace seguimiento a: Criterios: • Resultado de los indicadores del sistema de información para la calidad. • Evaluación de la gestión clínica incluyendo los resultados clínicos ajustados. • Evaluación de los atributos de la calidad y su mejoramiento • Evaluación de la revisión de utilización de los servicios: Sobreutilización y subutilización • El enfoque y los resultados de la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la organización. • Evaluación de gestión de riesgo. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Estándar 83. Código: (DIR9) La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización. Criterios: • Desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Inducción y reinducción. • Evaluación de la aplicación del direccionamiento estratégico en el desempeño del colaborador. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Estándar 84. Código: (DIR10) Existen procesos y procedimientos de asesoría y educación continuada a la junta directiva. Criterios: • Todos los integrantes de la junta directiva reciben a su ingreso orientación de la organización y sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud, así como sobre cómo realizar reuniones exitosas. Esta orientación está soportada con educación continuada en el tiempo. • La educación continuada debe estar en el contexto de la filosofía, las políticas y los procesos inherentes a la atención de los clientes y sus familias. • Está definido cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran a la junta. • Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total calificación estándares de Direccionamiento											1	
Fuente El autor												

Cuadro 7. (Continuación)

Grupo	Estándares	Aspectos cuantitativos									Calificación	
		Enfoque			Implementación		Resultados					
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación
Estándares de Direccionamiento	<p>Estándar 85. Código: (DIR11) En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbito para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red, mencionado anteriormente. Criterios: • El direccionamiento estratégico, en sus objetivos y estrategias, establece cómo se generan la sinergia y la coordinación en torno al usuario entre las diferentes sedes. La gerencia de la red cuenta con mecanismos para demostrar los resultados de dicha sinergia. • El sistema de información debe proveer los datos para la evaluación de estos mecanismos. • El presente estándar no exige a cada uno de los diferentes prestadores que hacen parte de la red de cumplir con los demás estándares y secciones descritos en este manual. • La planeación y el gerenciamiento del estándar, si bien deben ser centralizados en cabeza de una red, no implica que las instituciones que la conforman no hagan parte de la planeación, la monitorización y la mejora de dichos procesos, de acuerdo con las directrices emanadas de la gerencia de la red. • El estándar debe ser cumplido sin importar si las instalaciones físicas de los diferentes prestadores son propiedad o no de la organización que gerencia la red.</p>	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
	<p>Estándar 86. Código: (DIR12) Existe un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización. Esto incluye: Criterios: • Personal clínico-docente con formación en pedagogía. • Experiencia docente. • Políticas de formación y educación continuada. • Políticas de investigación. • Plan de desarrollo docente. • Definición clara de roles. • Asignación de responsabilidades. • Definición de recursos aportados por las partes. Evaluación de competencias. • Evaluación de la relación docencia-servicio por parte de la alta dirección.</p>	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
Estándar de Mejoramiento	<p>Estándar 87. Código: (DIRMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta: Criterios: • El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. • La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización. • La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares. • El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo y el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad. • La comunicación de los resultados.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total calificación estándares de Direccionamiento											1	

Fuente El autor

Cuadro 8. Evaluación Cualitativa- Estándares de Gerencia

Grupo	Estándares	Aspectos Cualitativos			Proceso al que pertenece
		Fortalezas	Soportes de las fortalezas	Oportunidades de mejora	
Estándares de Gerencia	<p>Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos. Criterios: • Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores. • Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de las respuestas. • La descripción del proceso de atención al cliente.</p>	<p>Gestión de la Calidad: Se tienen identificados los requisitos para la prestación del servicio</p> <p>Gestión de la Información: La institución tiene implementado el Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU)</p>	<p>Manual de Calidad. Ruta de Acceso: Servidor/HABILITACIÓN/Carpeta SGC/Carpeta PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD/Carpeta DOCUMENTOS/Manuales</p> <p>Manua del Servicio de Información y Atención al Usuario. Ruta de Acceso: Servidor/HABILITACIÓN/Carpeta SGC/Carpeta PROCESO GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN/Carpeta DOCUMENTOS/Carpeta MANUALES</p>	<p>Fortalecer el proceso para identificar las necesidades y las expectativas de los usuarios</p>	Gestión de la Calidad
	<p>Estándar 89. Código: (GER2) La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p>	No hay	No hay	<p>Desarrollar acciones para la educación y promoción de comportamientos saludables en los usuarios del servicio.</p>	PHD
	<p>Estándar 90. Código: (GER3) Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.</p>	No hay	No hay	<p>Establecer marco de referencia para especificar el tipo y amplitud del servicio a proveer en función de la capacidad del recurso humano, capacidad operativa, procesos y sistemas.</p>	Gestión de la Calidad
	<p>Estándar 91. Código: (GER4) La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual: Criterios: • Responde a una política organizacional. • Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos. • Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos. • Realiza acciones de evaluación y mejora.</p>	<p>GESTIÓN DE LA CALIDAD: Se encuentra documentado el procedimiento Gestión de riesgo.</p>	<p>PR-GE-003 Procedimiento Gestión del riesgo. Ruta de acceso: Servidor/HABILITACIÓN/Carpeta SGC/Carpeta PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD/Carpeta DOCUMENTOS /Carpeta MANUALES</p>	<p>Fortalecer el sistema de Gestión del Riesgo.</p>	Gestión Estratégica
	<p>Estándar 92. Código: (GER5) La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye: Criterios: • Un proceso planificado para la referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de esta referenciación. • Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.). • Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros. • Evaluación de resultados ajustados por riesgo. • Eventos adversos. • Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referenciación realizado.</p>	No hay	No hay	<p>Estandarizar proceso para realizar la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales.</p>	Gestión Calidad

Fuente El autor

Cuadro 8. (Continuación)

Grupo	Estándares	Aspectos Cualitativos			Proceso al que pertenece
		Fortalezas	Soportes de las fortalezas	Oportunidades de mejora	
Estándares de Gerencia	Estándar 93. Código: (GER6) Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de: Criterios: • Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. • Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación. • Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. • Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.	No hay	No hay	Asegurar la asignación de recursos que apoyen las acciones de monitorización y mejoramiento de la calidad.	Gestión Financiera
	Estándar 94. Código: (GER7) La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos. Criterios: • Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. • Proveen orientación para el proceso de atención del cliente. • Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia. • Cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento	No hay	No hay	Estandarizar el proceso para la formulación y seguimiento de los planes operativos.	Gestión Estratégica
	Estándar 95. Código: (GER8) La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.	No hay	No hay	Implicar al personal en el despliegue de la política y objetivos organizacionales	Gestión Estratégica
				Promover sistemáticamente la política y objetivos organizacionales a todo el colectivo institucional.	Gestión Estratégica
	Estándar 96. Código: (GER9) La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia. Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia incluyen: Criterios: • Dignidad personal. • Privacidad. • Seguridad. • Respeto. • Comunicación.	No hay	No hay	Formular los elementos para el despliegue de la política de humanización.	PHD
Formular Directrices para gestionar la ética en el día a día de la institución y demás compromisos éticos de la alta Dirección respecto a la gestión, íntegra, eficiente y transparente en su labor de dirección y/o gobierno.	Vigilancia y Control				

Fuente El autor

Cuadro 8. (Continuación)

Grupo	Estándares	Aspectos Cualitativos			Proceso al que pertenece
		Fortalezas	Soportes de las fortalezas	Oportunidades de mejora	
Estándares de Gerencia	<p>Estándar 97. Código: (GER10) Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores. El proceso contempla:</p> <p>Criterios:</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 los compañeros de trabajo. • Una política clara de protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos de los clientes. • Un mecanismo para evaluar los casos y establecer las acciones a que haya lugar • Un mecanismo para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro su estancia en la institución. Esto incluye a todos los colaboradores de la organización, personal en práctica formativa, docentes e investigadores. • Un mecanismo explícito para reportar a las autoridades competentes los comportamientos agresivos y abusos. • Los clientes internos y el paciente y su familia o responsable, conocen el mecanismo para reportar cuando son agredidos durante su estancia en la organización. • La organización cuenta con una estrategia para educar a los colaboradores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. Esto incluye a personal en prácticas formativas, docentes e investigadores. • La organización cuenta con un mecanismo de seguimiento de estos casos y una estrategia para manejar las reincidencias. 	<p>GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO: Dentro de los deberes de los trabajadores declarados en el Reglamento interno de trabajo se encuentra el respeto a los compañeros de trabajo, el trato armonioso con los superiores y demás compañeros, procurar la buena conducta en todo sentido y obrar con espíritu de colaboración.</p>	<p>Reglamento Interno de Trabajo Art. 38 numerales a, b, c y d.</p>	<p>Establecer elementos y mecanismos para la prevención del comportamiento agresivo en los colaboradores de la institución, el paciente y su familia.</p> <p>Estandarizar el proceso para el tratamiento de los casos de comportamiento agresivo.</p>	<p>Gestión del Talento Humano</p>
	<p>Estándar 98. Código: (GER11) Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional. Lo anterior se logra a través de:</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de prioridades en el plan estratégico. • Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención. • Evaluación de los recursos disponibles. • Balance oferta-demanda. • Análisis de los presupuestos. • Evaluación de costos. 	<p>Se realiza asignación de recursos financieros para el mantenimiento de la dotación, a partir de la revisión del plan de mantenimiento para la dotación y el análisis del presupuesto para el mantenimiento de la dotación.</p>	<p>Plan de mantenimiento para la dotación. Ruta de acceso: servidor/HABILITACIÓN/SGC/Carpeta PROCESOS GESTIÓN ADMINISTRATIVA/Carpeta SUBPROCESOS Mantenimiento/Carpeta REGISTROS</p>	<p>Fortalecer el proceso de asignación de recursos (Financieros, físicos, tecnológicos y de Talento Humano) para la operación de los procesos.</p>	<p>Gestión Financiera</p>
	<p>Estándar 99. Código: (GER12) Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante :</p> <p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo • Monitorización y gestión de la cartera. • Análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros. • Evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos. • Análisis de la productividad. • Análisis de costos. • Gestión de inventarios. • Gestión de seguros. • Fomento de la cultura del buen uso de los recursos. • Aplicación del código de ética en el uso de los recursos. • Auditoría y mejoramiento de procesos. • Seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros, • Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades. 	<p>GESTIÓN ESTRATÉGICA: Se encuentra documentado el Procedimiento Gestión del Riesgo</p> <p>TODOS LOS PROCESOS: Cada proceso tiene identificados, analizados y evaluados los riesgos asociados a cada proceso.</p>	<p>PR-GE-003 Procedimiento Gestión del Riesgo . Ruta de Acceso: Servidor/HABILITACIÓN/Carpeta SGC/Carpeta PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD/Carpeta DOCUMENTOS /Carpeta MANUALES</p> <p>Mapa de riesgos. Ruta de acceso: Servidor/HABILITACIÓN/Carpeta SGC /En la carpeta DOCUMENTOS de cada proceso</p>	<p>Diseñar e implementar un Sistema de Control Interno</p>	<p>Vigilancia y Control</p>

Fuente El autor

Cuadro 8. (Continuación)

Grupo	Estándares	Aspectos Cualitativos			Proceso al que pertenece
		Fortalezas	Soportes de las fortalezas	Oportunidades de mejora	
Estándares de Gerencia	<p>Estándar 100. Código: (GER13) Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar que: Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Previamente a la contratación de un tercero, la organización tiene definidos los requisitos, acuerdos de los servicios, procesos para la resolución de conflictos y los mecanismos de evaluación de la calidad de la prestación. El tercero conoce previamente los criterios con los cuales va a ser evaluado. • El tercero contratado se articula y alinea con la filosofía de acreditación e integra en los servicios prestados administrativos y asistenciales los estándares aplicables según corresponda, en coordinación con la organización. • La organización realiza sistemáticamente evaluaciones a los terceros y, de acuerdo con los resultados, el tercero genera un plan de mejoramiento al cual la organización le hace seguimiento en el tiempo. • Se cuentan con mecanismos participativos de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el tercero. 	<p>GESTIÓN ADMINISTRATIVA: Se tiene documentado el procedimiento de contratación y el procedimiento para realizar auditorías de segunda parte.</p>	<p>PR-GA-001 Procedimiento Gestión del Riesgo y PR-GA-004 Procedimiento auditorías de segunda parte . Ruta de Acceso: Servidor/HABILITACIÓN/Carpeta SGC/Carpeta PROCESO GESTIÓN ADMINISTRATIVA/Carpeta DOCUMENTOS /Carpeta PROCEDIMIENTOS</p>	<p>Definir lineamientos para la gestión y resolución de conflictos con los terceros contratado.</p>	<p>Gestión Administrativa</p>
	<p>Estándar 101. Código: (GER14) La organización planea, desarrolla y evalúa la relación docencia-servicio, prácticas formativas y la investigación. Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considera requisitos y normatividad vigente, especialmente la relacionada con acreditación educativa. • Identificación de recursos para la práctica formativa. • Desarrollo de investigaciones acorde con su complejidad y vocación institucional que generen conocimiento. • Actividades específicas para el seguimiento de la relación docencia-servicio y al personal en prácticas formativas. • Balance y costo-beneficio de la relación docencia-servicio y de la investigación. 	<p>N.A</p>	<p>N.A</p>	<p>N.A</p>	<p>N.A</p>
Estándar de Mejoramiento	<p>Estándar 102. Código: (GERMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta: Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. • La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización. • La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares. • El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad. • La comunicación de los resultados. 	<p>GESTIÓN DE LA CALIDAD: Se encuentra documentado el procedimiento Acciones correctivas, preventivas y de mejora.</p>	<p>M-CA-001 MANUAL DE CALIDAD. Ruta de acceso: Ruta de Acceso: Servidor/HABILITACIÓN/Carpeta SGC/Carpeta PROCESO GESTIÓN DE LA CALIDAD/Carpeta DOCUMENTOS /Carpeta MANUALES</p>	<p>Fortalecer la gestión de las oportunidades de mejora.</p>	<p>Gestión de la calidad</p>

Fuente El autor

Cuadro 9. Evaluación Cuantitativa- Estándares de Gerencia

Grupo	Estándares	Aspectos cuantitativos									Calificación	
		Enfoque			Implementación		Resultados					
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación
Estándares de Gerencia	Estándar 88. Código: (GER1) Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos. Criterios: • Una metodología para identificar y actualizar periódicamente las necesidades y las expectativas de sus clientes y proveedores. • Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades y evaluar la efectividad de	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Estándar 89. Código: (GER2) La alta dirección promueve, despliega y evalúa que, durante el proceso de atención, los colaboradores de la organización desarrollan en el usuario y familia competencias sobre el autocuidado de su salud mediante el entrenamiento en actividades de promoción de la	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Estándar 90. Código: (GER3) Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Estándar 91. Código: (GER4) La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual: Criterios: • Responde a una política organizacional. • Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos. • Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Estándar 92. Código: (GER5) La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye: Criterios: • Un proceso planificado para la referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de esta referenciación. • Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.). • Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros. • Evaluación de resultados ajustados por riesgo. • Eventos adversos. • Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referenciación realizado.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total calificación estándares de Gerencia											1	
Fuente El autor												

Cuadro 9. (Continuación)

Grupo	Estándares	Aspectos cuantitativos									Calificación	
		Enfoque			Implementación		Resultados					
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avances de la medición	Tendencia		Comparación
Estándares de Gerencia	Estándar 93. Código: (GER6) Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de: Criterios: • Promover la interacción de la alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades. • Un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación. • Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. • Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento. • Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Estándar 94. Código: (GER7) La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos. Criterios: • Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. • Proveen orientación para el proceso de atención del cliente. • Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia. • Cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Estándar 95. Código: (GER8) La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Estándar 96. Código: (GER9) La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia. Algunos de los derechos de los clientes internos y del paciente y su familia incluyen: Criterios: • Dignidad personal. • Privacidad. • Seguridad. • Respeto. • Comunicación.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total calificación estándares de Gerencia											1	
Fuente El autor												

Cuadro 9. (Continuación)

Grupo	Estándares	Aspectos cuantitativos									Calificación	
		Enfoque			Implementación		Resultados					
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación
Estándares de Gerencia	<p>Estándar 97. Código: (GER10) Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores. El proceso contempla: Criterios: • Una política clara emanada de la alta gerencia que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y los compañeros de trabajo. • Una política clara de protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos de los clientes. • Un mecanismo para evaluar los casos y establecer las acciones a que haya lugar • Un mecanismo para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro su estancia en la institución. Esto incluye a todos los colaboradores de la organización, personal en práctica formativa, docentes e investigadores. • Un mecanismo explícito para reportar a las autoridades competentes los comportamientos agresivos y abusos. • Los clientes internos y el paciente y su familia o responsable, conocen el mecanismo para reportar cuando son agredidos durante su estancia en la organización. • La organización cuenta con una estrategia para educar a los colaboradores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas. Esto incluye a personal en prácticas formativas, docentes e investigadores. • La organización cuenta con un mecanismo de seguimiento de estos casos y una estrategia para manejar las reincidencias.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<p>Estándar 98. Código: (GER11) Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional. Lo anterior se logra a través de: Criterios: • Revisión de prioridades en el plan estratégico. • Evaluación de la calidad provista a los clientes durante el proceso de atención. • Evaluación de los recursos disponibles. • Balance oferta-demanda. • Análisis de los presupuestos. • Evaluación de costos.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	<p>Estándar 99. Código: (GER12) Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo. Se logra mediante : Criterios: • Monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo • Monitorización y gestión de la cartera. • Análisis sistemático y gestión sobre resultados de indicadores financieros. • Evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos. • Análisis de la productividad. • Análisis de costos. • Gestión de inventarios. • Gestión de seguros. • Fomento de la cultura del buen uso de los recursos. • Aplicación del código de ética en el uso de los recursos. • Auditoría y mejoramiento de procesos. • Seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo, enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros, • Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total calificación estándares de Gerencia											1	
Fuente El autor												

Cuadro 9. (Continuación)

Grupo	Estándares	Aspectos cuantitativos									Calificación	
		Enfoque			Implementación		Resultados					
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación
Estándares de Gerencia	Estándar 100. Código: (GER13) Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar que: Criterios: • Previamente a la contratación de un tercero, la organización tiene definidos los requisitos, acuerdos de los servicios, procesos para la resolución de conflictos y los mecanismos de evaluación de la calidad de la prestación. El tercero conoce previamente los criterios con los cuales va a ser evaluado. • El tercero contratado se articula y alinea con la filosofía de acreditación e integra en los servicios prestados administrativos y asistenciales los estándares aplicables según corresponda, en coordinación con la organización. • La organización realiza sistemáticamente evaluaciones a los terceros y, de acuerdo con los resultados, el tercero genera un plan de mejoramiento al cual la organización le hace seguimiento en el tiempo. • Se cuentan con mecanismos participativos de mejoramiento de la calidad de los servicios prestados por el tercero.	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2
	Estándar 101. Código: (GER14) La organización planea, desarrolla y evalúa la relación docencia-servicio, prácticas formativas y la investigación. Criterios: • Considera requisitos y normatividad vigente, especialmente la relacionada con acreditación educativa. • Identificación de recursos para la práctica formativa. • Desarrollo de investigaciones acorde con su complejidad y vocación institucional que generen conocimiento. • Actividades específicas para el seguimiento de la relación docencia-servicio y al personal en prácticas formativas. • Balance y costo-beneficio de la relación docencia-servicio y de la investigación. • Balance y adecuación de la infraestructura para la prestación de servicios y el desarrollo de actividades de personal en práctica formativa.	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A
Estándar de Mejoramiento	Estándar 102. Código: (GERMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares, se desarrolla teniendo en cuenta: Criterios: • El enfoque organizacional del mejoramiento continuo. • La implementación de oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización. • La articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares. • El seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad. • La comunicación de los resultados.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total calificación estándares de Gerencia											1	
Fuente El autor												

Estándares de Direccionamiento. En total fueron identificadas 11 oportunidades de mejoramiento relacionadas a los Estándares de Direccionamiento, las cuales están relacionadas a los siguientes procesos:

Gestión Estratégica: 6
Gestión de la Calidad: 4
Gestión del Talento Humano: 1
Gestión Financiera: 1

De estas oportunidades de mejora identificadas solo serán gestionadas las que aplican al proceso de Gestión Estratégica.

Estándares de Direccionamiento que no aplican (Justificación). A continuación se relacionan los estándares de Direccionamiento que no aplican y su respectiva justificación:

– **Estándar 85. Código: (DIR11).**

En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la consecución de los logros comunes. Lo anterior no es óbice para que cada uno de los prestadores posea un plan estratégico de trabajo fundamentado en los objetivos y metas del direccionamiento estratégico de la red, mencionado anteriormente.

Justificación: Este estándar no aplica dado que la institución no está conformada por sedes integradas en red.

– **Estándar 86. Código: (DIR12)**

Existe un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización.

Justificación: Este estándar no aplica dado que la institución no tiene vínculos funcionales con instituciones educativas para formar talento humano en salud.

Estándares de Gerencia. En total fueron identificadas 15 oportunidades de mejoramiento relacionadas a los Estándares de Gerencia las cuales están relacionadas a los siguientes procesos:

Gestión Estratégica: 3

Gestión de la Calidad: 4
PHD (Hospitalización Domiciliaria): 2
Gestión del Talento Humano: 1
Gestión Financiera: 2
Gestión Administrativa: 1
Vigilancia y Control: 2

De estas oportunidades de mejora identificadas, solo serán gestionadas las que aplican al proceso de Gestión Estratégica.

Estándares de Gerencia que no aplican (Justificación). A continuación se relacionan los estándares de Gerencia que no aplican y su respectiva justificación:

Estándar 101. Código: (GER14)

“La organización planea, desarrolla y evalúa la relación docencia-servicio, prácticas formativas y la investigación”.

Justificación: Este estándar no aplica dado que la institución no tiene vínculos funcionales con instituciones educativas para formar talento humano en salud.

8.2 FORMULACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

De acuerdo a los resultados de la Autoevaluación, se formuló el Plan de Mejoramiento para el proceso de Gestión Estratégica. Para esto fueron tomadas las oportunidades de mejora aplicables al proceso Gestión Estratégica, las cuales fueron priorizadas de acuerdo a los criterios: riesgos, costo volumen. El resultado de esta priorización indica aquellas oportunidades de mejora cuya intervención y gestión es primordial para el mejoramiento del proceso, y de acuerdo a ese resultado serán gestionadas. Posterior a esta priorización, se identificaron y formularon las acciones de mejoramiento con las cuales se pretendía el logro de las oportunidades de mejora, el responsable de ejecutar la acción, las fechas de ejecución de estas y los recursos para ejecutar las acciones. A continuación se presenta el plan de mejoramiento formulado.

Cuadro 10. Plan de mejoramiento Proceso Gestión Estratégica

Estándar/Calidad esperada	Oportunidad de mejora	Criterios de priorización				Acciones de mejoramiento	Responsable de ejecutar la acción	Fecha inicio	Fecha fin
		Riesgo	Costo	Volumen	Total				
Estándar 75. Código: (DIR1) Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización, el cual debe incluir entre otros los siguientes criterios: Criterios: • La junta directiva, el equipo directivo y las personas claves de la organización participan en la definición, la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico. • Aspectos éticos y normativos. • Los cambios del entorno. • La seguridad del paciente y los colaboradores. • El enfoque y la gestión de riesgo. • La humanización durante la atención del usuario y su familia. • La planeación, el desarrollo y la gestión de la tecnología en salud. • Análisis de los aspectos de la comunidad (valores, creencias, costumbres, barreras económicas, geográficas, sociales, culturales) que orienten la prestación de los servicios. • La sinergia y la coordinación entre los diferentes prestadores para la atención de los usuarios. • Responsabilidad social con el usuario, los colaboradores, la comunidad y el medio ambiente. • La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve. • La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios. • La voz del cliente interno y su responsabilidad frente a sus colaboradores. • Las necesidades del usuario y su familia. • La organización identifica e interactúa con las principales organizaciones dentro y fuera del sector para la cooperación en el desarrollo de un medio ambiente saludable • Ejercicios sistemáticos de referenciación comparativa y competitiva que fortalezcan el mejoramiento.	Establecer los lineamientos para definir y replantear el direccionamiento estratégico en la institución.	4	4	5	80	Documentar Guía metodológica para la revisión y actualización de la Plataforma estratégica.	Annya Sayago	27/09/2012	01/10/2012
Estándar 76. Código: (DIR 2) La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación. Criterios: • Los objetivos contenidos en el plan estratégico son priorizados, ejecutados y evaluados. • La organización garantiza la formulación participativa del plan estratégico, a partir del cual se formulan los planes operativos, en coherencia con el marco estratégico de la organización. • Los planes estratégicos y operativos son aprobados en la instancia que corresponda. • Se han asignado y aprobado recursos financieros, físicos y talento humano al plan estratégico para su implementación. • Existe un sistema de difusión, seguimiento y monitoreo de los resultados del plan estratégico. • La junta directiva evalúa el cumplimiento del plan estratégico.	Establecer los lineamientos para realizar seguimiento y evaluación del plan estratégico.	4	4	5	80	Documentar en el procedimiento PR-GE-001 Procedimiento Planeación Estratégica, las actividades de seguimiento, y evaluación del Plan Estratégico.	Annya Sayago	01/10/2012	03/10/2012
	Orientar el procesos de desarrollo institucional en los próximos años	4	4	5	80	Formular Plan Estratégico	Annya Sayago	07/09/2012	24/09/2012
Estándar 77. Código: (DIR3) La organización garantiza el despliegue y la comprensión del direccionamiento y el plan estratégico a todos los niveles de la organización y partes interesadas. Criterio: • Se evalúan las desviaciones encontradas y se implementan las acciones de mejora.	Asegurar la comprensión e interiorización del personal de los elementos que componen el Direccionamiento estratégico de la institución.	4	5	5	100	Establecer los tipos de comunicación en la institución asegurando que estén alineados con el Direccionamiento Estratégico.	Annya Sayago	11/09/2012	13/09/2012
						Establecer los elementos a comunicar al interior de la institución del Direccionamiento y Planeación Estratégica.	Annya Sayago	14/09/2012	18/09/2012

Fuente El autor

Cuadro 10. (Continuación)

Estándar/Calidad esperada	Oportunidad de mejora	Criterios de priorización				Acciones de mejoramiento	Responsable de ejecutar la acción	Fecha inicio	Fecha fin
		Riesgo	Costo	Volumen	Total				
Estándar 78. Código: (DIR4) La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.	Establecer marco de orientación para la humanización de la atención en la prestación del servicio.	3	4	5	60	Formular política de Humanización de la Atención como elemento base para la promoción del respeto, privacidad y dignidad del usuario.	Annya Sayago	22/10/2012	23/10/2012
Estándar 79. Código: (DIR.5) La política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovida, desplegada y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación. Se toman correctivos frente a las desviaciones encontradas.	Promover la política de Humanización de la Atención en toda la institución.	3	4	5	60	Difundir e interiorizar política de Humanización de la atención.	Annya Sayago	23/10/2012	25/10/2012
Estándar 91. Código: (GER. 4) La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico el cual: Criterios: • Responde a una política organizacional. • Cuenta con herramientas y metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos. • Incluye los riesgos relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos. • Realiza acciones de evaluación y mejora.	Fortalecer el sistema de Gestión del Riesgo.	5	5	5	125	Formular política de Gestión del Riesgo que este articulada al direccionamiento estratégico.	Annya Sayago	05/09/2012	07/09/2012
						Definir los tipos de riesgos y los criterios para su evaluación	Annya Sayago	08/09/2012	10/09/2012
Estándar 94. Código: (GER.7) La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos. Criterios: • Son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. • Proveen orientación para el proceso de atención del cliente. • Son consistentes con el proceso de atención del cliente y su familia. • Cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento	Estandarizar el proceso para la formulación y seguimiento de los planes operativos.	3	4	5	60	Documentar procedimiento para la formulación, seguimiento y evaluación de Planes Operativos	Annya Sayago	04/10/2012	06/09/2012
Estándar 95. Código: (GER.8) La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos. La gerencia deberá garantizar el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.	Promover sistemáticamente las políticas globales a todo el colectivo institucional.	4	5	5	100	Establecer modelo de políticas y como es su despliegue en la institución.	Annya Sayago	21/09/2012	25/09/2012
						Divulgar e interiorizar en todo el colectivo institucional los modelos de las políticas.	Annya Sayago	25/09/2012	27/09/2012
Total oportunidades de mejora		9				Total acciones de mejoramiento		12	
Fuente El autor									

8.3 ANALISIS COSTO/BENEFICIO

El costo de implementación del Plan de mejoramiento para el proceso de Gestión Estratégica en la institución se muestra a continuación:

Cuadro 11. Costo total Horas-Hombre implementación Plan de Mejoramiento

Acción de mejoramiento	Funcionario	Costo Hora-Hombre	Número horas/día	Número de días	Costo Total
Documentar Guía metodológica para la revisión y actualización de la Plataforma estratégica.	-	-	-	-	-
Documentar en el procedimiento PR-GE-001 Procedimiento Planeación Estratégica, las actividades de seguimiento, y evaluación del Plan Estratégico.	-	-	-	-	-
Formular Plan Estratégico	Gerente	18750	1	4	75000
	Coordinadora Administrativa	12500	1	6	75000
	Coordinadora Clínica	10250	1	6	61500
Establecer los tipos de comunicación en la institución asegurando que estén alineados con el Direccionamiento Estratégico.	Gerente	18750	1	2	37500
	Coordinadora Administrativa	12250	1	2	24500
Establecer los elementos a comunicar al interior de la institución del Direccionamiento y Planeación Estratégica.	Gerente	18750	1	3	56250
Formular política de Humanización de la Atención como elemento base para la promoción del respeto, privacidad y dignidad del usuario.	-	-	-	-	-
Difundir e interiorizar política de Humanización de la atención.	-	-	-	-	-
Formular política de Gestión del Riesgo que este articulada al direccionamiento estratégico.	-	-	-	-	-
Definir los tipos de riesgos y los criterios para su evaluación	-	-	-	-	-
Documentar procedimiento para la formulación, seguimiento y evaluación de Planes Operativos	-	-	-	-	-
Establecer modelo de políticas y como es su despliegue en la institución.	-	-	-	-	-
Divulgar e interiorizar en todo el colectivo institucional los modelos de las políticas.	-	-	-	-	-
Costo Total Horas-Hombre implementación Plan de Mejoramiento					329750
Fuente: El autor					

Los costos descritos en el cuadro 11 se asocian al tiempo que el personal involucrado tiene que invertir en brindar la información necesaria para el desarrollo de las acciones de mejoramiento.

Los beneficios de la implementación del plan de mejoramiento son los siguientes son los siguientes:

- Formulación de los grandes propósitos institucionales: misión, visión, principios y valores, y las políticas y directrices en términos de objetivos, estrategias y metas cuantificables.
- Apropiación de los grandes propósitos y políticas institucionales por parte del personal.

- Adecuación y alineación de la estructura organizacional a los enunciados estratégicos y a la cultura definida en el Direccionamiento Estratégico.
- El establecimiento de directrices que generen la creación, comunicación, implementación y difusión de los grandes propósitos institucionales entre las distintas áreas y niveles de la institución: visión, misión, políticas, principios y valores, que contribuyan a la construcción de una cultura de calidad en la en la institución.

Los costos de implementación del Plan de mejoramiento son muy bajos a comparación de los beneficios que se pueden obtener, ya que con este se están estableciendo los elementos para orientar la institución hacia el futuro y focalización de todo el colectivo institucional hacia el logro de propósitos comunes, obteniendo de esta forma una congruencia entre el Direccionamiento Estratégico, la cultura y la gerencia del día a día en la institución.

8.4 IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

8.4.1 Estándar 91. Código: (GER. 4)

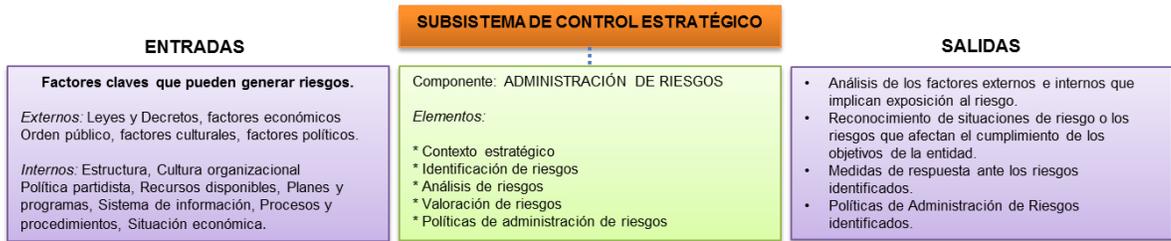
Oportunidad de mejora. Fortalecer el sistema de Gestión del Riesgo.

Acción de mejoramiento 1. Formular política de Gestión de Riesgo que este articulada al direccionamiento estratégico.

Justificación de la acción de mejoramiento. La formulación de la Política de Gestión del Riesgo es necesaria para orientar las acciones necesarias que conduzcan a disminuir la vulnerabilidad de la institución frente a situaciones que puedan interferir en el cumplimiento de sus funciones y en el logro de sus objetivos organizacionales.

Salud-Trec S.A., en miras de diseñar e implementar un Sistema de Control Interno en la institución que permita el logro de los objetivos institucionales dentro del marco legal vigente, decidió adoptar la metodología para desplegar el componente “Gestión del Riesgo” del subsistema *Control Estratégico* del *Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano-MECI 1000*.

Figura 2. Entradas y salidas para el componente Administración del Riesgo



En el desarrollo de la acción de mejoramiento se realizó revisión del componte “Administración del Riesgo” del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 para así conocer el alcance de este y también se realizó revisión del procedimiento establecido en la institución para la Gestión del Riesgo el *PR-GE-003 Procedimiento Gestión del Riesgo*, y de esta forma tener una idea global del alcance de la gestión del riesgo en la institución. Es así que se reúnen los elementos necesarios para hacer una propuesta formal a la Gerencia de la *Política para la Gestión del Riesgo* en la institución, la cual se describe a continuación:

Política para la gestión del riesgo: “En Salud-Trec S.A., la gestión del riesgo está encaminada al desarrollo de acciones para la prevención, reducción y control de los riesgos a los cuales estén expuestos los usuarios del servicio, los trabajadores y demás grupos de interés de la institución; a través de la generación de una cultura de monitorización permanente del riesgo, como herramienta básica para la implementación de acciones para el tratamiento de los riesgos en la institución”.

La alta Dirección se compromete a liderar y apoyar la Gestión del Riesgo brindando los mecanismos y recursos necesarios para mantener el control adecuado sobre todos los procesos.

Para llevar a cabo este compromiso se designan los siguientes responsables de la Gestión de Riesgos en la institución:

El Gerente es quien aprueba la política de Gestión del Riesgo y las políticas particulares para tratar los riesgos más importantes en cada proceso.

Los líderes de proceso, dirigen la Gestión de Riesgos en cada uno de los procesos/subprocesos que lideran y son los responsables por la implementación de controles y mecanismos para evaluar la efectividad de dichos controles.

Los procesos que hayan identificado riesgos que no posean controles, deben implementar controles para evitar que estos se materialicen o establecer acciones preventivas para eliminar la no conformidad potencial (riesgo).

Todos los colaboradores de Salud-Trec, son responsables de la reducción de los riesgos y deben velar por la eficacia de los controles implementados en los procesos/subprocesos, actividades y tareas a su cargo.

Con base en la valoración del riesgo, los líderes de procesos deben tomar decisiones para el tratamiento de los riesgos, para lo cual se deben utilizar las siguientes medidas de respuesta:

- Asumir riesgo: sólo se asumen o aceptan los riesgos cuya frecuencia es calificada como baja y su impacto leve.
- Reducir riesgo: los riesgos cuya frecuencia es media o alta deben ser reducidos a través del diseño de medidas de prevención para disminuir la probabilidad de su ocurrencia. Los riesgos cuyo impacto es moderado o catastrófico deben ser reducidos con el diseño de medidas de protección, las cuales contribuyan a disminuir el impacto de los efectos que ellos pueden acarrear a Salud-Trec S.A en caso de su materialización.
- Compartir riesgo: los riesgos se pueden compartir cuando sus efectos son moderados o catastróficos para la institución. Para ello se precisa transferirlos a otras organizaciones, las cuales responderán ante las pérdidas que estos ocasionen, en forma total o conjunta. La opción de compartir el riesgo a través de la compra de seguros, debe tomarse para todo riesgo calificado como catastrófico, siempre que se cuente con esta opción en el mercado.
- Evitar o eliminar riesgo: todo riesgo cuya frecuencia es alta y su impacto catastrófico debe ser evitado. En este caso se debe eliminar la actividad que genera el riesgo. De lo contrario, se deben tomar todas las medidas de tratamiento posibles para su manejo.

Los líderes de procesos que incurran en incumplimiento de esta política, deberán adelantar acciones correctivas que permitan eliminar la causa del incumplimiento.

Por lo menos una vez al año se debe revisar y/o actualizar el Mapa de Riesgos de cada proceso, teniendo en cuenta posibles cambios en estos, nuevos controles y acciones a tomar para la reducción del riesgo.

Acción de mejoramiento 2. Definir los tipos de riesgos y los criterios para la valoración del riesgo e incluir en el procedimiento Gestión del Riesgo de la institución.

Justificación de la acción de mejoramiento. Es necesario que los líderes de procesos como responsables de la Gestión del riesgo en los procesos que lideran

tengan claridad de cada uno de los tipos de riesgos a identificar en los procesos para hacer una correcta clasificación de estos en el momento de su identificación.

Los tipos de riesgos para hacer su respectiva clasificación en la etapa de identificación del riesgo se definen a continuación:

Riesgo Estratégico (R.E). Este riesgo se relaciona con la forma como es administrada la institución. El manejo de este riesgo se enfoca básicamente a asuntos globales de la institución, los cuales se relacionan con la misión y el cumplimiento de los objetivos estratégicos, la definición clara de políticas, el diseño y conceptualización de la institución por parte de la Alta Dirección.

Riesgo Operacional (R.O). Este riesgo comprende aquellos riesgos relacionados tanto con la parte operativa como con la técnica de la IPS e incluye los riesgos provenientes de deficiencias en el Sistema de Información de la institución, en la definición de los procesos, en la estructura organizacional de la institución, la desarticulación entre las coordinaciones de área, lo cual conduce a ineficiencias e incumplimientos de los compromisos institucionales.

Riesgo Tecnológico (R.T). Este riesgo comprende aquellos riesgos relacionados con la capacidad de la institución para que la tecnología con la cual dispone satisfaga sus necesidades actuales y futuras y además soporte el cumplimiento de la misión.

Riesgo Financiero (R.F). Este riesgo está asociado con el manejo de los recursos institucionales, esto incluye la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes y el manejo sobre bienes.

Riesgo de Cumplimiento (R.C). Este riesgo comprende aquellos que relaciona con la capacidad de la institución para cumplir con los requisitos legales, contractuales y en general con el compromiso de la institución ante la comunidad.

Criterios para evaluar el riesgo: Los niveles de exposición al riesgo definidos por la institución permiten la ubicación del riesgo en una zona de riesgo, las cuales se relaciona a continuación:

- Zona de riesgo tolerable
- Zona de riesgo Moderado
- Zona de riesgo importante

Los criterios para la evaluación del riesgo propuestos se describen a continuación:

- Si el riesgo se ubica en la Zona de Riesgo Tolerable, la institución puede asumirlo, sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que ya poseen.
- Si el riesgo se encuentra en la Zona de Riesgo Moderado, deben tomarse medidas para llevar a la zona Tolerable.
- Si el riesgo se encuentra en la Zona de Riesgo Importante, se aconseja en lo posible, eliminar la actividad u ente generador del riesgo, de lo contrario, se deberán implementar controles para prevenir el riesgo y/o reducirlo.

8.4.2 Estándar 77. Código: (DIR3)

Oportunidad de mejora. Asegurar la comprensión e interiorización del personal de los elementos que componen el Direccionamiento estratégico de la institución.

Acción de mejoramiento 1. Establecer los tipos de comunicación en la institución asegurando que estén alineados con el Direccionamiento Estratégico.

Justificación de la acción de mejoramiento. Un adecuado flujo de comunicación que de soporte al proceso de despliegue del Direccionamiento estratégico de la institución, permitirá movilizar a todos los colaboradores hacia el logro de los objetivos institucionales; que haga cada vez más rentable, competitiva y sostenible a la institución.

En el desarrollo de esta acción de mejoramiento se sostuvo charla con la Gerencia y la Coordinación Administrativa para identificar la forma en que se da la comunicación en el interior de la institución. La comunicación en Salud-Trec S.A debe ser entendida como el eje central de difusión, divulgación y orientación frente a los servicios, políticas, objetivos, valores y principios institucionales tanto al interior como al exterior de la institución. Esta comunicación debe ser transparente, veraz y dinámica.

En este sentido, la comunicación en la institución debe ocuparse de mucho más que solo la difusión de información o del manejo de equipos, técnicas o medios, para situarse además como una estrategia de apoyo para la conducción, organización y proceso de planeación institucional.

Por lo anterior, se proponen utilizar los siguientes tipos de comunicación en la institución:

1. *Comunicación Vertical Descendente.* Desde la Gerencia, hacia Coordinadores de Área, líderes de proceso y en general a todos los

colaboradores de la institución. Se utiliza cuando la Gerencia necesita mantener informados al colectivo institucional con el propósito de mantener un buen desarrollo en la institución. Esta comunicación se realiza a través de reuniones, comunicados, etc.

2. *Comunicación Vertical Ascendente.* Desde los niveles más bajos de la institución a los líderes de procesos, Coordinadores de Área y Gerencia, para transmitirle a la alta Gerencia ideas, inquietudes, propuestas y sugerencias de mejora para los distintos procesos. Esta comunicación se realiza por lo general a través de reuniones generales y personales.
3. *Comunicación Horizontal.* Realizada entre la Gerencia, Coordinadores de Área y Líderes de procesos. El contenido general de la información manejada en este tipo de comunicación debe contener tiene definidos los siguientes estándares de contenido:
 - Objetivos estratégicos y planes de acción y planes de acción definidos a corto, mediano y largo plazo.
 - Avance y grado de cumplimiento de los objetivos.
 - Acciones de mejoramiento implementadas para corregir situaciones no deseadas, así como los beneficios obtenidos con la implementación de dichas acciones.

El contenido y mecanismo específico de acuerdo a los distintos niveles de la institución es el siguiente:

La Gerencia, se involucra en el desarrollo del proceso del Direccionamiento Estratégico de la institución, a través de la participación activa en la formulación y revisión de plataforma estratégica, la formulación del Plan Estratégico y a través de la formulación de políticas que orienten la gestión y toma de decisiones en la institución; Además la Gerencia sustenta su gestión ante las diferentes estancias de la institución, de la siguiente forma:

- Con la Asamblea General de Accionistas: Informado sobre la Gestión de los procesos, y el avance y cumplimiento al Plan Estratégico como representante del Comité de Calidad.
- Con los Coordinadores de Área y líderes de proceso: A través de reuniones primarias (Comité primario) para la difusión del avance y cumplimiento del Plan Estratégico.

- Con los empleados: A través de reuniones administrativas, participación en las jornadas de capacitación para lograr que toda la organización se involucre en el logro de los objetivos estratégicos, memorando, carteleras y boletines informativos.

Acción de mejoramiento 2. Establecer los elementos a comunicar al interior de la institución del *Direccionamiento Estratégico y Planeación* en la institución.

Justificación de la acción de mejoramiento. La comunicación de los elementos que componen el *Direccionamiento Estratégico* en el interior de la organización, es un elemento fundamental para asegurar que todas las personas de todos los niveles, toman decisiones, actúan y trabajan para el logro de la visión, objetivos y metas organizacionales.

En el desarrollo de esta acción de mejoramiento se identificaron los elementos, los responsables de su comunicación, el medio utilizado para comunicar el elemento y a quien se le comunica los elementos que hacen parte del *Direccionamiento y Plan Estratégico* de la institución. A continuación se presentan los elementos para realizar la comunicación de los elementos que componen el *Direccionamiento de Salud-Trec S.A.*:

Cuadro 12. Elementos a comunicar internamente en Salud-Trec S.A

MENSAJE ¿Qué se comunica?	EMISOR ¿Quién Comunica?	MEDIO ¿Cómo se comunica?	FRECUENCIA ¿Cuándo se comunica?	RECEPTOR ¿A quién se comunica?	RESPUESTA ¿Cómo se retroalimenta?	PERIODICIDAD
Plataforma Estratégica (Misión, Visión, principios y valores institucionales)	Alta Dirección	Carteleras y boletines informativos, plataforma Moodle	Publicación permanente	Usuario y su familia, todo el colectivo institucional, proveedores, accionistas.	Despliegue de los elementos de la misión	Permanente
Políticas y directrices	Alta Dirección	Publicación en boletines informativos, folletos y plataforma Moodle.	Publicación permanente	Usuario y su familia, colaboradores, proveedores.	Solicitudes y recomendaciones de los usuarios, resultados revisión por la dirección.	Permanente
Informe para la revisión por la Dirección	Representante de la dirección	Informe escrito, Socialización	Anualmente	Alta Dirección	Acta de revisión por la Dirección	Anual
Objetivos de Estratégicos	Alta Dirección	Comité Primario, publicación en boletines informativos, plataforma Moodle	Publicación permanente	Líderes de proceso, todo el colectivo institucional	Resultados de indicadores	De acuerdo a lo establecido en las ficha técnica del indicador
Objetivos de Calidad	Representante de la Dirección	Comité Primario, Carteleras informativas, plataforma Moodle	Permanente	Todo el colectivo institucional	Resultados de indicadores	De acuerdo a lo establecido en las ficha técnica del indicador
Plan Estratégico	Alta Dirección	Comité Primario, publicación en Plataforma Moodle	Una vez aprobado el Plan. Se publica en forma permanente	Todo el colectivo institucional	Resultados de indicadores	De acuerdo a lo establecido en las ficha técnica del indicador
Plan Operativo	Coordinadores de Área	Comité Primario, publicación en Plataforma Moodle	Una vez aprobado el Plan. Se publica en forma permanente	Todo el colectivo institucional	Resultados de indicadores	De acuerdo a lo establecido en las fichas técnicas del indicador
Código de ética y de buen gobierno	Alta Dirección	Inducción al nuevo personal, charlas de sensibilización, cartilla electrónica Código de ética y buen Gobierno.	Publicación permanente en la plataforma Moodle	Todo el colectivo institucional, accionistas	Verificación cumplimiento código de ética y buen gobierno	Permanente
Fuente El autor						

8.4.3 Estándar 95. Código: (GER.8)

Oportunidad de mejora 1. *Promover sistemáticamente las políticas globales a todo el colectivo institucional.*

Acción de mejoramiento 1. *Establecer los modelos a través de los cuales se realizará el despliegue de las políticas globales en la institución.*

Justificación de la acción de mejoramiento. *Identificar los elementos a través de los cuales se realiza el despliegue de las políticas globales de la institución, constituyen el primer paso para orientar su despliegue en la institución.*

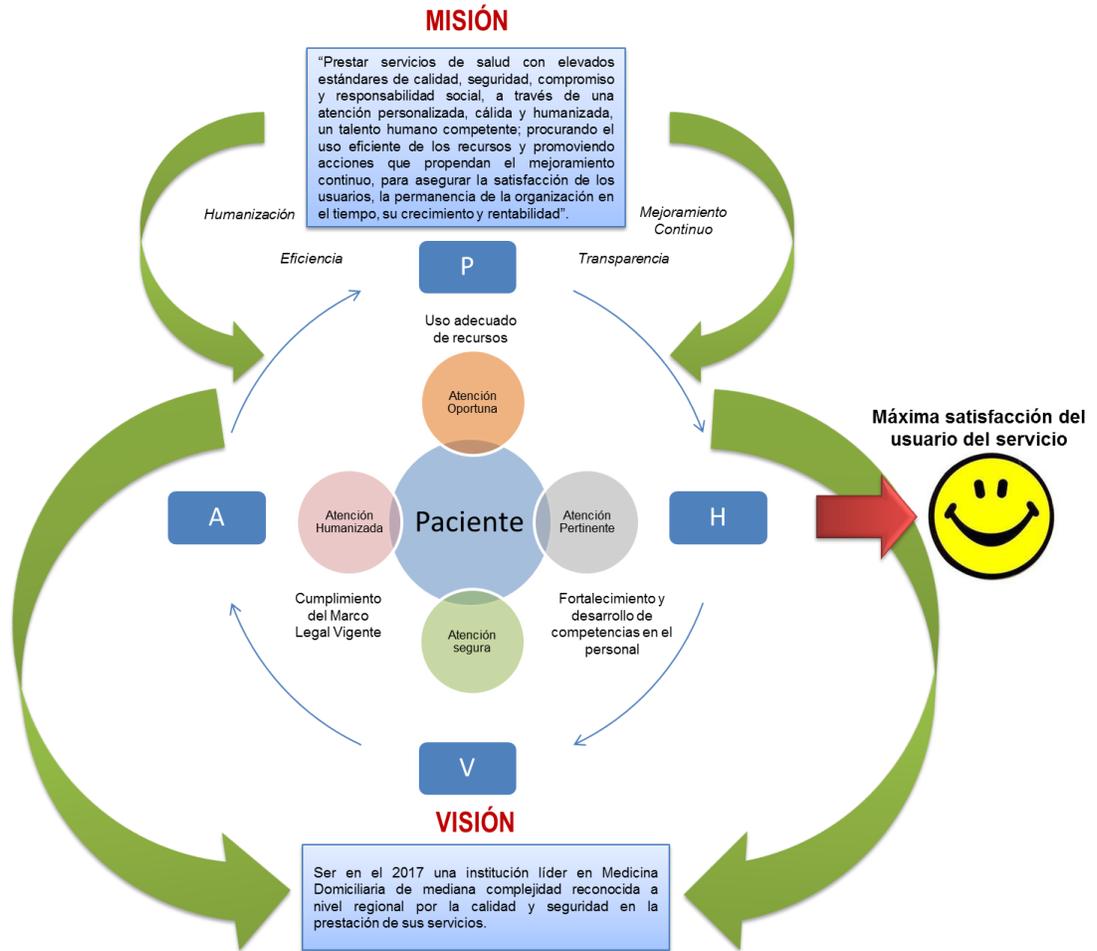
Para el desarrollo de la acción de mejoramiento se realizó una revisión de las políticas globales de la institución (Política de Calidad y la Política de seguridad del paciente), con el objetivo de identificar las directrices que la conforman y como realizar su despliegue en la institución.

Para la Política de Calidad se propone un modelo en donde se muestre como ésta se articula al direccionamiento estratégico de la institución. A continuación se describe dicho modelo:

POLÍTICA DE CALIDAD: *“Es un compromiso para Salud-Trec S.A. garantizar a cada usuario una atención oportuna, pertinente, segura y humanizada. A su vez, hacer uso adecuado de los recursos de la institución, cumplir con el marco legal vigente, promover el fortalecimiento y desarrollo de competencias en el personal, y mejorar continuamente el Sistema de Gestión de la Calidad, para así obtener la máxima satisfacción de los usuarios del servicio”.*

El modelo propuesto tiene un enfoque centrado en el usuario del servicio, en el cual la atención oportuna, pertinente y humanizada son los elementos determinantes de la calidad en la prestación del servicio. La consecución de estos elementos está acompañada por el uso eficiente de los recursos, el fortalecimiento y desarrollo de las competencias del personal, y el cumplimiento de los estándares de habilitación que apliquen a la institución para la prestación del servicio.

Figura 3. Modelo de Articulación de la Política de Calidad al Direccionamiento Estratégico de la institución



A continuación se identifican y describen los principios orientadores de la Política de Calidad y las herramientas o elementos utilizados para hacer su despliegue y operativización.

Cuadro 13. Principios orientadores de la Política de Calidad

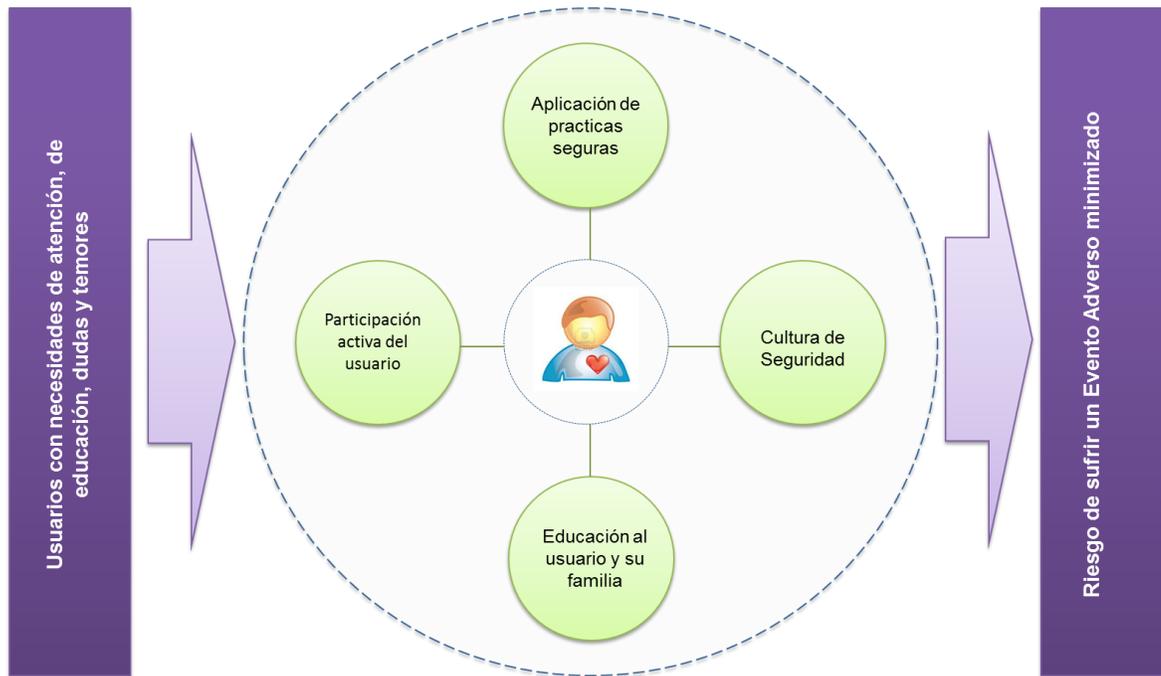
PRINCIPIO ORIENTADOR DE LA POLÍTICA	SIGNIFICADO	COMO SE EVIDENCIA
Atención Oportuna	Consiste en prestar a cada usuario los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.	1. Protocolo de ingreso, atención y egreso. 2. Auditorías médicas concurrentes.
Atención Pertinente	Es la atención específicamente indicada a cada paciente de acuerdo con su enfermedad, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica.	1. Guías de Práctica Clínica. 2. Medición de Adherencia a Guías de Práctica Clínica. 3. Auditorías médicas concurrentes
Atención Segura	Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención o de mitigar sus consecuencias.	1. Política de Seguridad del Paciente. 2. Programa de Seguridad del Paciente. 3. Programa de Tecnovigilancia. 4. Programa de Farmacovigilancia. 5. Guías para la minimización de infecciones.
Atención Humanizada	Es generar vínculos con el paciente que produzcan una sensación de seguridad, abrir una interacción participativa, igualitaria y equitativa, crear una relación comprensiva, empática y comprometida con los usuarios del servicio.	1. Declaración Decálogo de la Calidez
Uso adecuado de los recursos	Consiste en la obtención de los mayores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible de recursos.	1. Código de ética y buen gobierno. 2. Elaboración de presupuesto.
Cumplimiento del marco legal vigente	Cumplimiento con los requisitos contenidos en la normatividad y que son de obligatorio cumplimiento para la prestación del servicio.	1. Verificaciones del ente de Control Territorial. 2. Autoevaluación con estándares de Habilitación.
Fortalecimiento y desarrollo de competencias en el personal	Es generar acciones conjuntas para fortalecer y desarrollar las competencias del personal tanto administrativo como asistencial en la institución. El personal de la institución debe ser competente	1. Metodología definida y aplicada de evaluación del desempeño. 2. Plan de capacitación por competencias definido e impartido, acorde a las necesidades identificadas en la institución.
Mejorar continuamente	Es la capacidad que posee la institución de implementar acciones recurrentes para aumentar la calidad en la prestación de los servicios, a través de los recursos, metodologías, procesos y talento humano con los que dispone.	1. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC). 2. Sistema de Información para la Calidad 3. Revisión de la Política y Objetivos de calidad. 4. Evaluación de resultados de auditorías. 5. Ejecución de las revisiones gerenciales 6. Identificando el producto/servicio no conforme. 7. Formulando e implementando acciones correctivas, preventivas y de mejora.

Fuente El autor

Política de seguridad del paciente: “Salud-Trec S.A. manifiesta su compromiso con una atención segura como característica fundamental de la calidad en la prestación del servicio, propiciando el desarrollo de procesos seguros y promoción de una cultura de seguridad que permita el desarrollo de hábitos y prácticas seguras en los colaboradores, usuarios y sus familias; para la minimización del riesgo en la prestación del servicio”.

A continuación se relacionan los principios orientadores de la política de seguridad del paciente:

Figura 4. Modelo de despliegue de la política de seguridad del paciente



El modelo propuesto para el despliegue de la política de seguridad en la institución sigue los principios orientadores de la política de seguridad del paciente¹⁴ definidos por el Ministerio de la Protección Social, es así como el modelo propuesto parte del enfoque de atención centrada en el usuario, debido a que lo importante son los resultados obtenidos en él y en su seguridad. El logro de estos resultados (Riesgo de sufrir un evento adverso minimizado) se fundamenta en la Gestión de cuatro grandes ejes. El primero de ellos es la “Aplicación de prácticas seguras”, este eje se relaciona básicamente a la aplicación homogénea y coordinada de prácticas seguras por parte de todo el personal asistencial en el proceso de atención; El segundo eje está conformado por la “Cultura de seguridad”, para lo cual la participación y corresponsabilidad de todo el equipo de salud es necesaria para identificar y evaluar en forma permanente y sistemática los riesgos asociados a la atención por cada servicio prestado y de esta forma diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias para minimizar los riesgos inherentes a la prestación del servicio; El tercer eje del modelo, está conformado por la “Educación al usuario y su familia”, este eje propende por mejorar la adherencia del paciente al tratamiento y aumentar la efectividad clínica, para el logro de estos dos elementos la familia se convierte en

¹⁴ COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente. Año 2008. <http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Garantia%20de%20Calidad/Seguridad%20del%20Paciente%20anexos/LINEAMINETOS%20IMPLEMETACI%C3%93N%20%20POLITICA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE,%202008.pdf>. [consulta: 26 de septiembre del 2012 11:20 a.m.]

un aliado para el tratamiento, ya actúa como una agente de apoyo emocional y efectivo, ayudando al cuidado del paciente y facilitando el desarrollo de hábitos y conductas protectoras; Por último, el cuarto eje “Participación activa del usuario” propende por lograr la implicación del paciente en el proceso de atención, puesto que entre más implicado este el paciente, menores son las probabilidades de que se produzcan errores.

Cuadro 14. Principios orientadores de la política de seguridad del paciente seguidos por Salud-Trec S.A

PRINCIPIO ORIENTADOR DE LA POLÍTICA	SIGNIFICADO	COMO SE EVIDENCIA
Enfoque de atención centrado en el usuario	Significa que lo importante son los resultados obtenidos en él y su seguridad, lo cual es el eje alrededor del cual giran todas las acciones de seguridad del paciente	1. Mapa de riesgos por servicio/Coordinadora Clínica 2. Programa de seguridad del Paciente/Coordinadora Clínica 3. Programa de Farmacovigilancia y Teconvigilancia/Química Farmacéutica 4. Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia y desarrolladas de manera interdisciplinaria/Equipo interdisciplinario 5. Medición de Adherencia a Guías de Practica Clínica/Comité de Calidad
Cultura de Seguridad	El ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre pacientes, profesionales, aseguradores y la comunidad. Es deber de los diferentes actores del sistema facilitar las condiciones que permitan dicho ambiente.	1. Despliegue del Programa de seguridad del paciente/Coordinadora Clínica 2. Capacitación del personal para el manejo del riesgo por cada servicio/Coordinadora Clínica 3. Protocolo para el lavado de mano/Equipo de salud 4. Educación al usuario y su familia/Equipo de salud
Integración con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.	La política de seguridad del paciente es parte integral del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y es transversal a todos sus componentes.	1. Medición de indicadores Índice de eventos adversos, índice de eventos adversos: caídas, índice de eventos de adversos aplicación de medicamentos; Índice de eventos adversos: UPP y reporte a la Supersalud/Coordinadora Clínica
Multicausalidad	El problema de la seguridad del paciente es un problema sistémico y multicausal en el cual deben involucrarse las diferentes áreas organizacionales y los diferentes actores.	1. Revisión de los aspectos relacionados con la ocurrencia de eventos adversos en la atención/Comité Técnico Científico
Validez	Para impactarlo se requiere implementar metodologías y herramientas prácticas, soportadas en la evidencia científica disponible.	1. Investigación y análisis de incidentes a través del Protocolo de Londres/Comité Técnico Científico
Alianza con el paciente y su familia.	La política de seguridad debe contar con los pacientes y sus familias e involucrarlos en sus acciones de mejora.	2. Entrega de folletos y volantes informativos al paciente y su familia con información y recomendaciones para su seguridad durante el tratamiento/Equipo de salud
Alianza con el profesional de la salud.	La política de seguridad parte del reconocimiento del carácter ético de la atención brindada por el profesional de la salud y de la complejidad de estos procesos, por lo cual contará con la activa participación de ellos y procurará defenderlo de señalamientos injustificados.	1. Sensibilizaciones realizadas al personal asistencial para fomentar la importancia del reporte de los eventos no para tomar medidas en su contra, sino para intervenir las fallas y evitar que estos eventos vuelvan a ocurrir/Coordinadora Clínica 2. En las capacitaciones y sensibilizaciones realizadas al personal asistencial se fomenta la importancia de una comunicación interdisciplinaria como estrategia para evitar errores/Coordinadora Clínica
Fuente: Ministerio de la Protección Social. Lineamientos para la implementación de la Política de Seguridad del Paciente		

Acción de mejoramiento 2. Divulgar e interiorizar en todo el colectivo institucional los modelos para el despliegue de las políticas globales de la institución.

Justificación de la acción de mejoramiento. La difusión e interiorización de las políticas globales en la institucionales a todo el personal, constituye un papel fundamental como elementos guía y orientadores a través de las cuales se adoptan pautas de actuación y reglas de juego en la institución.

En el desarrollo de esta acción de mejoramiento fueron publicados los modelos de articulación de la política de calidad al Direccionamiento estratégico y su despliegue en la institución, así como el modelo para hacer el despliegue de la Política de Seguridad. A continuación las imágenes de dicha publicaciones:

Imagen 1. Publicación modelos articulación Política de Calidad al Direccionamiento Estratégico.

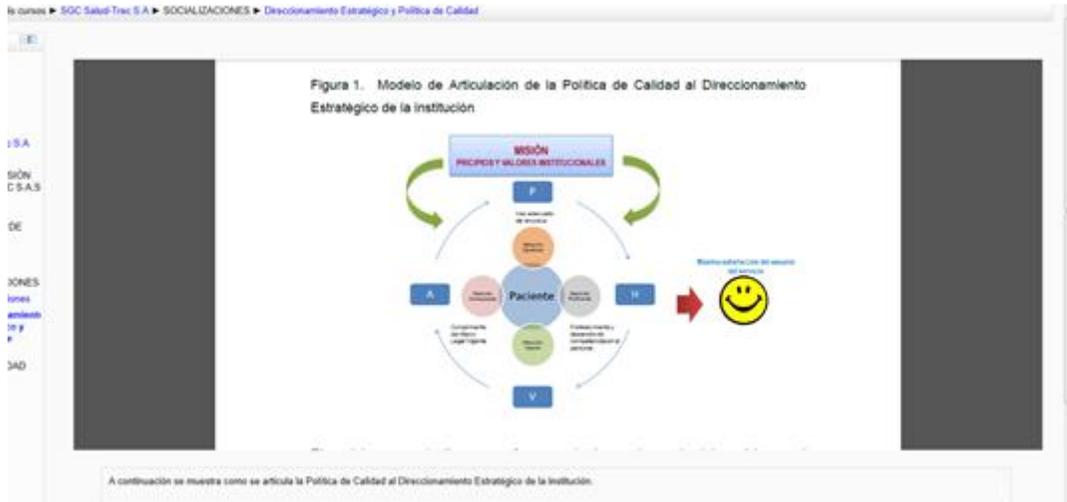


Imagen 2. Publicación principios orientadores de la Política de Calidad

de habilitación que apliquen a la institución para la prestación del servicio.

A continuación se muestra la descripción de la Política de Calidad y las herramientas o elementos utilizados por la institución para hacer su despliegue.

Cuadro 1. Principios orientadores de la Política de Calidad

PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA POLÍTICA	ESQUEMA	CONSEJO EJECUTIVO
Atención Oportuna	Consiste en prestar el servicio que requiere, en que se prioricen aquellos que presentan mayor riesgo a vida o salud.	Proceso de ingreso, atención y egreso. Audiencia médica concurrente.
Atención Eficaz	Es la atención específicamente indicada a cada paciente de acuerdo con su enfermedad, con el mejor uso de los recursos de acuerdo con evidencia científica.	Guía de Práctica Clínica. Selección de Referencia e Guía de Práctica Clínica. Audiencia médica concurrente.
Atención Segura	Conjunto de procesos estructurados, protocolos, instrumentos e investigaciones basados en evidencia científica, probados que permiten reducir el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención o evitarlos por completo.	Política de Seguridad del Paciente. Programa de Seguridad del Paciente. Programa de Tecnología. Programa de Farmacovigilancia. Guía para la inserción de dispositivos.
Atención Humanizada	Es generar calidad con el paciente que produce una atención participativa, equitativa y equitativa con una relación transparente, digna e integrada por los usuarios del servicio.	Declaración Orológica de la Calidad.
Uso eficiente de los recursos	Consiste en la obtención de los mejores y mejores resultados, empleando la menor cantidad posible.	Comité de Alta y Buen Gobierno.

A continuación se muestra como se articula la Política de Calidad al Direccionamiento Estratégico de la Institución.

8.4.4 Estándar 75. Código: (DIR1)

Oportunidad de mejora. Establecer los lineamientos para definir y replantear el direccionamiento estratégico en la institución.

Acción de mejoramiento. Documentar Guía metodológica para la revisión y actualización de la Plataforma estratégica.

Justificación de la acción de mejoramiento. El Direccionamiento Estratégico define la ruta organizacional que debe seguir las instituciones para lograr sus objetivos misionales y estratégicos; de allí la importancia de proporcionar a la alta dirección y demás personas claves en la institución, de un conjunto de herramientas para la revisión y la actualización del direccionamiento estratégico.

Para el desarrollo de esta acción de mejoramiento se realizó una búsqueda sistemática de literatura relacionada, buscando con esto las mejores fuentes de referencia que permitieran definir de la manera más clara y concisa los elementos metodológicos para la revisión y actualización de la plataforma estratégica de la institución. Como resultado se documentó la “Guía para la para la revisión y actualización de la Plataforma Estratégica”.

La guía se desarrolló siguiendo los lineamientos establecidos en la institución para el control de documentos contenidos en el *PR-CA-004 Procedimiento Control de Documentos*, esto es: lineamientos para la codificación de los documentos, su estructura, las secciones a contener para el tipo de documento “Guías” y el formato de la documentación. Los aspectos desarrollados en la Guía para la revisión y formulación de la plataforma estratégica se describen a continuación:

Guía para la revisión y formulación de la plataforma estratégica

Objetivo: Establecer los elementos metodológicos para la revisión y actualización de la plataforma estratégica en Salud-Trec S.A

Alcance: Aplica a los a la alta dirección y demás personas claves en la institución, que participan en el proceso de revisión y actualización de la plataforma estratégica.

Revisión y actualización de los valores y principios institucionales: En este proceso es esencial que participen la Gerencia y los líderes de procesos.

Para la revisión y actualización de los valores y principios de la institución se recomienda:

1. Identificar los grupos de interés de la institución y quienes lo conforman.
2. Indicar como debe ser el comportamiento de la institución con cada grupo de interés que interactúa, a través de la identificación de los valores y los principios que orientan a dicho valores.

3. Definir los valores identificados en la etapa anterior. Por cada valor enunciar dos comportamientos que servirán para medir si se cumple o no.
4. Definir los principios organizacionales identificados en la etapa dos (2). Por cada principio identificar los valores (identificados en la etapa 2) que se deben mostrar en la institución para hacer realidad cada principio.

Cuadro 15. Herramienta para la revisión y actualización de los valores y principios de Salud-Trec S.A.

IDENTIFICACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERES					
Grupos de interes	¿Quiénes lo conforman?				
¿CÓMO DEBE SER EL COMPORTAMIENTO DE LA INSTITUCIÓN CON CADA GRUPO DE INTERES QUE INTERACTUA?					
Valor	Grupos de interes				Principios
	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	
DEFINICIÓN DE LOS VALORES INSTITUCIONALES					
Valor (Qué comportamiento debe manifestar el personal de la institución en el grupo de interes)	Definición				Para cada valor, enuncie dos comportamientos que servirán despues para medir si se cumple o no
DEFINICIÓN DE LOS PRINCIPIOS INSTITUCIONALES					
Principio	Enunciado del principio				Valores que debe mostrar Salud-Trec para hacer realidad

Fuente El autor

Revisión y actualización de la misión: La formulación de la **misión** implica desarrollar un enunciado claro del tipo de negocio en el que se encuentra la institución (o planea estar): Una definición concisa del propósito que trata de lograr en la sociedad y/o en la economía. Al formular la misión, la institución debe responder a seis (6) preguntas básicas:

1. ¿Quiénes somos?
⇒ Identidad, legitimidad
2. ¿Para qué existimos?
⇒ Propósitos
3. ¿Qué hacer?

⇒ Principales medios para lograr el propósito

4. ¿Cuáles son los servicios más relevantes que presta la institución?

⇒ Servicios

5. ¿Para quienes trabajamos?

⇒ Beneficiarios

6. ¿Por qué lo hacemos?

⇒ Valores, principios, motivaciones

En la revisión y actualización de la plataforma estratégica se debe tener en el enfoque de seguridad del paciente, como elemento fundamental a integrar en esta. También se recomienda realizar un taller grupal, que cuente con la participación del Gerente, líderes de proceso y demás personas claves en la institución para hacer dicha revisión.

Cuadro 16. Herramienta para la revisión y actualización de la misión

MISIÓN							
COMPONENTES	PREGUNTA	RESPUESTA	DECLARACIÓN DE LA MISIÓN	ELEMENTOS FUNDAMENTALES	Descartar (-)	Considerar (+)	Fundamental (++)
Identidad	¿Quiénes somos?						
Propósito	¿Para qué existimos?						
Acciones institucionales	¿Qué hacer?						
Servicios	¿Cuáles son los servicios más relevantes que presta la institución?						
Beneficiarios Directos	¿Para quién trabajamos?						
Principios	¿Por qué lo hacemos?						

Fuente: El autor

La metodología a seguir es la siguiente:

1. Individualmente las personas que participan en la revisión y actualización de la plataforma estratégica contestan las 6 preguntas básicas formuladas anteriormente y las desagregan en sus elementos fundamentales. Se da un espacio de tiempo de 15 a 20 minutos para realizar este ejercicio.

2. Cada uno de los miembros presenta sus ideas y los elementos fundamentales de dichas ideas al grupo, el cual, decide por unanimidad si esta debe ser descartada (-), considerada (+) o si se considera fundamental (++). En este último caso, el elemento deberá considerarse obligatoriamente en la formulación de la misión.
3. Con las mismas preguntas, pero ahora solo considerando los elementos que fueron calificados como (+) o (++) de la actividad anterior, se formarán pequeños subgrupos que tendrán la tarea de formulación de la misión. Se da un espacio de 30 a 40 minutos para realizar esta actividad.
4. Al finalizar la actividad cada integrante presenta su propuesta de misión a todo el equipo. El moderador debe destacar los elementos comunes, para que en conjunto, se consolide la Misión de la institución.

Finalmente con los elementos comunes depurados el equipo formula la misión y se deja constancia de aprobación en acta de aprobación.

Revisión y actualización de la visión: La formulación de la visión debe, en lo posible, satisfacer cinco condiciones:

- *Debe estar enfocada.* Es necesario definir con precisión el enfoque respecto al concepto de la imagen que se desea promover para la institución.
- Es recomendable *especificar la posición que la institución pretende alcanzar en un ámbito de referencia determinado del país o región.* Además, es necesario *definir un año de referencia* sobre el horizonte de largo plazo que fije una meta hacia la cual planear las acciones, desde el presente, para que en dicho año se cristalicen determinadas transformaciones, sin que necesariamente en dicho año se busque haber alcanzado todos los cambios derivados del escenario seleccionado y de los objetivos de la visión.
- *Propiedades éticas.* Señalar los valores principales que guiarán el modelo de desarrollo y definir cuál será la relación del desarrollo productivo y social pretendido con la comunidad en general, con la sociedad, con el ambiente, y entre los actores comprometidos. Estas propiedades éticas se derivarán del análisis estratégico y del juego de actores, y se concentrarán en las que se requiere construir, replantear y/o consolidar.
- *Texto concreto, inspirador, y fácil de aprender.* El texto de la visión debe ser sintético y alentador. Esta debe ser entendida por todos y por ello el lenguaje debe ser especialmente expresivo, sensible y gráfico, apropiado por los actores.

Al igual que en la misión, la formulación de visión implica la participación del Gerente, líderes de proceso y demás personas claves en la institución con el fin, de que la declaración cubra un amplio espectro del desarrollo de la institución. Al formular la visión, se debe responder a cuatro (4) preguntas básicas:

1. ¿Cómo deseamos que la entidad sea vista?
⇒ Características de la entidad en relación a su entorno
2. ¿Cómo esperamos que sean los servicios de la institución?
⇒ Características de los servicios
3. ¿Con que tipo de personal esperamos contar?
⇒ Características de la institución en relación a la organización interna
4. ¿Cuáles son los servicios más relevantes que presta la institución?
⇒ Beneficiarios

Cuadro 17. Herramienta para la revisión y actualización de la visión.

VISIÓN							
COMPONENTES	PREGUNTA	RESPUESTA	DECLARACIÓN DE LA VISIÓN	ELEMENTOS FUNDAMENTALES	Descartar (-)	Considerar (+)	Fundamental (++)
Características de la entidad en relación a su entorno	¿Cómo deseamos que la entidad sea vista?						
Características de sus servicios	¿Cómo esperamos que sean los servicios de la institución?						
Características de la institución en relación a la organización interna	¿Con que tipo de personal esperamos contar?						
Beneficiarios	¿Cuáles son los servicios más relevantes que presta la institución?						
Beneficiarios Directos	¿Quiénes serán los beneficiarios?						

Fuente: El autor

En la revisión y actualización de la Visión la metodología sugerida a seguir es la siguiente:

1. Individualmente cada una de las personal que participa en la revisión y actualización de la visión, contesta las 4 preguntas básicas formuladas en el cuadro 3 y las desagregan en sus elementos fundamentales. Se da un espacio de tiempo de 15 a 20 minutos para realizar este ejercicio.

2. Cada uno de los miembros presenta sus ideas y los elementos fundamentales de dichas ideas al grupo, el cual, decide por unanimidad si esta debe ser descartada (-), considerada (+) o si se considera fundamental (++). En este último caso, el elemento deberá considerarse obligatoriamente en la formulación de la visión.
3. Con las mismas preguntas, pero ahora solo considerando los elementos que fueron calificados como (+) o (++) de la actividad anterior, cada uno de los integrantes formulará una visión. Se da un espacio de 30 a 40 minutos para realizar esta actividad.
4. Al finalizar la actividad cada integrante debe presentar su propuesta de visión a todo el grupo. El moderador debe destacar los elementos comunes, para que en conjunto, se consolide la visión.

Con los elementos comunes depurados el grupo formula la visión y se deja constancia de aprobación en acta de reunión. Se debe considerar además, si la propuesta final del texto de la visión es muy técnico (palabras de difícil comprensión o no tienen un sentido emotivo), entonces el moderador solicitará al grupo que reflexione sobre la manera de hacerla más sencilla. Para ello, podrá pedir nuevamente a los grupos formados que propongan cada uno una declaración de visión más sencilla.

8.4.5 Estándar 76. Código: (DIR 2)

Oportunidad de mejora. Establecer los lineamientos para realizar seguimiento y evaluación del plan estratégico.

Acción de mejoramiento 1. Documentar en el procedimiento PR-GE-001 Procedimiento Planeación Estratégica, las actividades de seguimiento, y evaluación del Plan Estratégico.

Justificación de la acción de mejoramiento 1. Parte esencial del Plan Estratégico es el establecimiento de mecanismos para el seguimiento y evaluación de los objetivos estratégicos que midan los resultados.

Las actividades propuestas para realizar el seguimiento y evaluación del plan estratégico se describen a continuación:

El seguimiento y evaluación del Plan Estratégico se llevará a cabo a través de los Planes de acción (operativos) anuales y los indicadores del Sistema de Información de la información, consolidados en el F-GI-010 Tablero de indicadores.

A su vez, anualmente se debe realizar una revisión de las bases subyacentes de las estrategias del plan en una matriz EFE y una matriz EFI revisada.

La matriz EFI revisada se debe enfocar a los cambios ocurridos en las fortalezas y debilidades de la institución en los aspectos de estructura económica, gestión y organización general, infraestructura, recursos, capacidades y competencias. La matriz EFE revisada debe indicar que tan efectivas han sido las estrategias de la institución en respuesta a las oportunidades y amenazas claves. Luego se debe comparar la matriz de evaluación de factores internos (EFI) existente con la revisada y comparar la matriz de factores externo (EFE) existente con la revisada. Los resultados de dicho seguimiento deben ser publicados para conocimiento de todo el personal de la institución a través de los boletines y carteleras informativas.

Acción de mejoramiento 2. Formular Plan Estratégico

Justificación de la acción de mejoramiento 2. Salud-Trec S.A se encuentra inmersa en un proceso de profundo cambio (inclusión de nuevas tecnologías, aumento de la competencia, nuevas demandas de servicios) de allí la necesidad de definir estrategias concretas que ayuden al cumplimiento de los objetivos institucionales.

En el desarrollo de esta acción de mejoramiento se sostuvieron reuniones con la el Gerente y los líderes de procesos, con el in fin de recopilar la mayor cantidad de información sobre aspectos internos y externos de la institución, así como la obtención de información de la competencia.

El modelo del Plan Estratégico propuesto estratégico concibe al Salud-Trec S.A como una institución que trabaja por lograr una atención integral segura y humanizada. Mediante un equipo de salud competente y a través de la eficiente utilización de los recursos. A continuación se muestra el desarrollo de esta acción de mejoramiento:

Plan Estratégico Salud-Trec S.A

Objetivo: Disponer de un Plan Estratégico para el periodo 2013-2017 que permita a Salud-Trec S.A abordar los retos de futuro y establecer con claridad las líneas a seguir y los objetivos a alcanzar y posibilite, a través de su implementación, la consecución de los objetivos en todos los servicios y áreas de la institución.

Diagnostico Estratégico:

Análisis interno. Las fortalezas y debilidades identificadas en Salud-Trec S.A, se identificaron en los siguientes aspectos: Estructura económica, Gestión del

servicio y organización general, Infraestructura, Recursos, capacidades y competencias.

Fortalezas:

1. Reconocimiento en el sector.
2. Relaciones con los clientes y proveedores.
3. Se cuenta con la estructura para habilitar un servicio Hospitalización Domiciliaria de mediana complejidad.
4. Organización plana donde hay empoderamiento de cargos que permite la toma decisiones.
5. Accesibilidad al último nivel jerárquico para la toma de decisiones.
6. Procesos estandarizados.
7. Las GPC están basadas en la evidencia.
8. La satisfacción de los usuarios con el servicio prestado.
9. Se realiza medición de la satisfacción de los clientes (internos y externos) y los resultados se utilizan como insumo para el mejoramiento de los atributos de calidad del SOGC.
10. La institución cuenta con Servicio Farmacéutico propio.
11. La institución posee políticas claras para la disminución de los riesgos asociados a la prestación del servicio.
12. PAMEC basado en estándares de acreditación.
13. Software para la Administración de la Historia Clínica y del Servicio Farmacéutico.
14. Plataforma robusta para el almacenamiento de la información.
15. Ubicación de las instalaciones.
16. Adecuados espacios, equipos y programas para la ejecución de las actividades administrativas y financieras.

17. Personal competente.

18. Compensación salarial del personal asistencial de acuerdo al mercado.

Debilidades:

1. Inversiones poco rentables.
2. Costos de operación.
3. Falta de precisión en la divulgación de los objetivos de la compañía.
4. Largos tiempos de respuesta a los requerimientos.
5. Falta de planeación.
6. Falta de seguimiento y acompañamiento.
7. Alta carga laboral del personal administrativo.
8. Falta de comunicación interna.
9. Alta rotación de personal.
10. Insuficiencia de la dotación para la prestación del servicio.
11. Forma de contratación del personal.
12. Preservación, uso y compartimiento del conocimiento.
13. Planeación de la capacitación al personal.
14. Desmotivación del personal.

Análisis externo. Las oportunidades y amenazas identificadas en la institución se presentan a continuación:

Oportunidades o Factores favorables del entorno:

1. Posibilidad de posicionarse como referente en el sector.
2. Disponibilidad de profesionales.
3. Auge del domicilio como sitio de internación/demanda del servicio.

4. Ampliación del portafolio de servicios.
5. Participación del paciente en los procesos asistenciales.
6. La normatividad en la actualidad es más clara y específica en cuanto a los requisitos para la prestación del servicio de Hospitalización Domiciliaria.
7. Generar procesos de enseñanza-aprendizaje activos y permanentes.
8. Mejorar la calidad de vida del personal.

Amenazas o factores desfavorables del entorno:

1. Tarifas bajas de la competencia.
2. Dificultades financieras de los pagadores.
3. Orden público del área metropolitana.
4. La competencia que no cumple con las condiciones de habilitación para prestar el servicio.

Revisión de la Plataforma Estratégica:

En la revisión de la plataforma estratégica se identificaron aspectos determinantes, dado que la institución, realiza el despliegue del Programa de Auditoría para la calidad en salud utilizando el enfoque de acreditación. La Humanización de la atención es uno de los grandes ejes del SUA (Sistema Único de Acreditación) por lo tanto, se considera de gran peso este elemento para su incorporación a la misión de la institución, así como el componente de mejoramiento continuo que es uno de los dos pilares del SOGCS. Por lo tanto, se propuso la incorporación de estos dos elementos: humanización y mejoramiento continuo a la declaración de la Misión de la institución. Con la incorporación de estos dos elementos, la declaración de la Misión propuesta es la siguiente:

Misión: “Prestar servicios de salud con elevados estándares de calidad, seguridad, compromiso y responsabilidad social, a través de una atención personalizada, cálida y humanizada, un talento humano competente; procurando el uso eficiente de los recursos y promoviendo acciones que propendan el mejoramiento continuo, para asegurar la satisfacción de los usuarios, la permanencia de la organización en el tiempo, su crecimiento y rentabilidad”.

En cuanto a la declaración de la visión, se identificó una inconsistencia ya que esta declara:

“Ser en el 2015 una empresa reconocida a nivel nacional por la prestación de servicios especializados en salud domiciliaria y de alta complejidad con altos estándares de calidad y seguridad”.

Esto es inconsistente debido a que la normatividad no permite el traslado de una unidad de cuidado crítico al domicilio, es decir, los servicios de hospitalización domiciliaria solo son habilitados hasta un nivel de mediana complejidad.

Por tanto, se propone la reformulación de la Visión de la institución. La declaración propuesta es la siguiente:

Visión: “Ser en el 2017 una institución líder en Medicina Domiciliaria de mediana complejidad reconocida a nivel regional por la calidad y seguridad en la prestación de sus servicios”.

Fueron identificados los grupos de interés relacionados con la institución los cuales se describen a continuación:

Usuarios y sus familias: El usuario es la razón de ser de Salud-Trec S.A, es a quien se le prestan los servicios asistenciales. Su familia o cuidador se integran a la atención.

Trabajador: Personas que tienen una relación laboral con Salud-Trec. Personas o empresas que tienen una relación contractual con la institución y que dan soporte a la prestación de servicios de la institución ya sea personal asistencial o administrativo.

Pagadores: Personas jurídicas responsables del pago de los servicios de salud que se prestan a los usuarios.

Proveedores: Personas naturales o jurídicas que venden, suministran o abastecen los productos o servicios necesarios para ejecutar los procesos de la institución.

Accionistas: Personas naturales o jurídicas propietarias de acciones en Salud-Trec S.A.

Comunidad: Salud-Trec S.A respeta su entorno y para ello genera mecanismos de interacción con la comunidad, generando desarrollo, bienestar social.

Estado: Entes de control que vigilan el cumplimiento de las directrices emanadas por estos y en cumplimiento de todas normas que regulen a la institución

(Superintendencia Nacional de Salud, INVIMA, Secretaria Seccional de Salud y Protección de Antioquia).

Y por último se propone una nueva formulación de los principios y valores institucionales. La formulación propuesta se describe a continuación:

Principios:

Humanización. Considerar a las personas en forma integral, es decir, en su dimensión física, intelectual, emocional, social y espiritual.

Mejoramiento Continuo. Identificar permanente aspectos de los procesos que sean susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas los clientes (internos y externos).

Transparencia. Revelar en forma clara, precisa y completa la información sobre las políticas, decisiones y actividades de las que cuales Salud-Trec S.A es responsable, incluyendo sus impactos conocidos y probables sobre la sociedad y el medio ambiente. La información debe estar fácilmente disponible y accesible para los grupos de interés.

Eficiencia. Asegurar que todas las actividades de la institución, produzcan los mayores y mejores resultados empleando la menor cantidad posible de recursos, de tal forma que se obtengan los objetivos esperados y los efectos satisfactorios.

Valores:

Honestidad. En Salud-Trec S.A se actúa con honestidad, cuando cada uno:

1. Actúa conforme a lo que dice y hace.
2. Reconoce y asume las equivocaciones o errores y corrige oportunamente.
3. Reconoce y asume sus limitaciones con humildad, no trata de ocultarlas, tampoco suele mencionar ni presumir de aquellas cualidades que poseen.
4. Actúa con transparencia en cada una de las actividades que se emprenden y realicen dentro de la institución.

Respeto. Valor que se refleja en cada una de las relaciones interpersonales que se desarrollan con los clientes internos y externos de la organización. En salud-Trec S.A se valora y considera la dignidad de las demás personas, cuando cada uno:

1. Trata a las personas cortésmente, educadamente, cálidamente.
2. Trata a las personas de la misma manera, no importa la raza, religión, género, edad u origen.
3. Escucha y considera la situación del otro para comprender su punto de vista.
4. Cumple con los horarios acordados para prestar el servicio.
5. Protege la privacidad del paciente.

Responsabilidad. Valor que se refleja en el cumplimiento de las obligaciones, en la capacidad para lograr las metas, administrar el tiempo y las actividades asignadas. En Salud-Trec S.A cada uno es responsable cuando:

1. Cuida y optimiza los recursos de la institución.
2. Cumple con el horario de trabajo.
3. Cumple con el reglamento, las normas y procedimientos establecidos en la institución.
4. Planea adecuadamente las actividades a desarrollar y cumple con ellas en el tiempo establecido y con la calidad necesaria.
5. Autoevalúa el desarrollo y el cumplimiento de las labores asignadas.
6. Asume las consecuencias de sus actos y controla sus emociones.
7. Maneja con discreción la información de los pacientes y de la institución en general.
8. Mantiene el área de trabajo limpia y organizada.
9. Supera las dificultades que se presentan en el trabajo para lograr el objetivo propuesto.

Compromiso. Valor que se refleja en la apropiación de la filosofía, objetivos y metas organizacionales. En Salud-Trec S.A se muestra compromiso cuando cada uno:

1. Desarrolla con diligencia y esmero las tareas asignadas.
2. Asegura su contribución a resultados colectivos.

3. Conoce la misión, visión, objetivos y metas de la institución.
4. Neutraliza cualquier circunstancia o evento que ponga en riesgo las metas.
5. Sigue las reglas y métodos establecidos para la convivencia laboral.
6. Aporta su conocimiento y experiencia para el mejoramiento e innovación en la institución.
7. Subordina los intereses propios a los colectivos.
8. Cultiva los valores corporativos.
9. Ejerce crítica constructiva, inteligentemente formulada.
10. Comparte la información y conocimientos con los demás integrantes de la institución.
11. Promueve una imagen positiva de la institución.
12. Participa activamente en las actividades programadas por la institución.

Actitud de servicio. En Salud-Trec S.A se trabaja procurando en todo momento el bienestar de los usuarios y sus familias. Por esto, en la institución se muestra actitud de servicio cuando cada uno:

1. Sirve con alegría y gentileza, manteniendo un contacto visual con el usuario.
2. Practica la paciencia.
3. Hace siempre su mayor esfuerzo.
4. Regala en cada servicio una verdadera ayuda.
5. Escucha atentamente las inquietudes de los usuarios

Definición de ejes estratégicos:

A partir de la revisión de la plataforma estratégica fueron definidos los ámbitos de actuación en los cuales la institución se centrará en los próximos 5 años para que se logre el cumplimiento de la Visión. Estos son:

Eje 1: Usuarios del servicio (US)

Eje 2: Talento humano (TH)
Eje 3: Fortalecimiento institucional (FI)
Eje 4: Gestión de los recursos (GR)

Formulación de las líneas estratégicas:

Análisis cuantitativo y formulación de estrategias. A partir de las fortalezas y debilidades identificadas en el análisis interno, se realiza un análisis cuantitativo para la formulación de estrategias. Dicho análisis se realizó en dos etapas, las cuales se describen a continuación:

Etapas (I) de entrada: En esta etapa se evaluaron los factores internos de la institución a través de la matriz EFI, los factores externos a través de la matriz EFE y el nivel competitivo de la institución a través de la matriz MPC. Los resultados se muestran a continuación:

Cuadro 18. Matriz Evaluación Factores Internos (EFI)

Factores internos clave	Peso	Calificación	Total Ponderado
Fortalezas			
1. Reconocimiento en el sector.	0,02	4	0,08
2. Relaciones con los clientes y proveedores.	0,02	4	0,08
3. Se cuenta con la estructura para habilitar un servicio Hospitalización Domiciliaria de mediana complejidad.	0,04	3	0,12
4. Organización plana donde hay empoderamiento de cargos que permite la toma de decisiones.	0,01	4	0,04
5. Accesibilidad al último nivel jerárquico para la toma de decisiones.	0,01	3	0,03
6. Procesos estandarizados	0,06	4	0,24
7. Las GPC están basadas en la evidencia	0,06	4	0,24
8. La satisfacción de los usuarios con el servicio prestado	0,04	3	0,12
9. Se realiza medición de la satisfacción de los clientes (internos y externos) y los resultados se utilizan como insumo para el mejoramiento de los atributos de calidad del SOGC.	0,03	4	0,12
10. La institución cuenta con un Servicio Farmacéutico propio.	0,04	4	0,16
11. La institución posee políticas claras para la disminución de los riesgos asociados a la prestación del servicio.	0,05	4	0,2
12. PAMEC basado en estándares de acreditación	0,05	4	0,2
13. Software para la Administración de la Historia Clínica y del Servicio Farmacéutico.	0,02	3	0,06
14. Plataforma robusta para el almacenamiento de la información.	0,01	3	0,03
15. Ubicación de las instalaciones.	0,01	4	0,04
16. Adecuados espacios, equipos y programas para la ejecución de las actividades administrativas y financieras.	0,01	4	0,04
17. Personal competente.	0,03	4	0,12
18. Compensación salarial del personal asistencial de acuerdo al mercado.	0,03	4	0,12
Debilidades			
1. Inversiones poco rentables.	0,03	1	0,03
2. Costos de operación del servicio.	0,04	1	0,04
3. Falta de precisión en la divulgación de los objetivos de la compañía.	0,05	1	0,05
4. Largos tiempos de respuesta a los requerimientos.	0,02	1	0,02
5. Falta de planeación.	0,06	1	0,06
6. Falta de seguimiento y acompañamiento.	0,04	1	0,04
7. Alta carga laboral del personal administrativo.	0,04	2	0,08
8. Falta de comunicación interna	0,02	1	0,02
9. Alta rotación de personal	0,03	1	0,03
10. Insuficiencia de la dotación para la prestación del servicio.	0,04	1	0,04
11. Forma de contratación del personal.	0,02	1	0,02
12. Preservación, uso y compartimiento del conocimiento.	0,03	1	0,03
13. Planeación de la capacitación al personal.	0,03	2	0,06
14. Desmotivación del personal.	0,01	2	0,02
Total	1		2,58
Fuente: El autor			

Los resultados obtenidos en la matriz EFI muestran que la condición interna de Salud-Trec S.A es favorable para enfrentar los retos del mercado.

Cuadro 19. Matriz Evaluación Factores Externos (EFE)

Factores externos clave	Peso	Calificación	Resultado Ponderado
Oportunidades o factores favorables			
1. Posibilidad de posicionarse como referente en el sector.	0,15	4	0,6
2. Disponibilidad de profesionales.	0,05	4	0,2
3. Auge del domicilio como sitio de internación/demanda del servicio	0,07	4	0,28
4. Ampliación del portafolio de servicios.	0,2	3	0,6
5. Participación del paciente en los procesos asistenciales.	0,1	2	0,2
6. La normatividad en la actualidad es mas clara y especifica en cuanto a los requisitos para la prestación del servicio de Hospitalización Domiciliaria.	0,08	3	0,24
7. Generar procesos de enseñanza-aprendizaje activos y permanentes.	0,06	2	0,12
8. Mejorar la calidad de vida del personal.	0,07	4	0,28
Amenazas o factores desfavorables			
1. Tarifas bajas de la competencia.	0,08	3	0,24
2. Dificultades financieras de los pagadores	0,06	2	0,12
3. Orden público del área metropolitana.	0,05	3	0,15
4. La competencia que no cumple con las condiciones de habilitación para prestar el servicio.	0,03	4	0,12
Total	1		3,15

Fuente El autor

Los resultados obtenidos en la matriz EFE que las estrategias y las condiciones actuales de Salud-Trec responden de manera favorable a las oportunidades y amenazas que el entorno representa.

Cuadro 20. Matriz Perfil Competitivo (MPC)

Factores claves de éxito	Peso	Salud-Trec S.A		Hospital en casa		Salud en casa		Terapias Integrales Domiciliarias	
		Calificación	Resultado Ponderado	Calificación	Resultado Ponderado	Calificación	Resultado Ponderado	Calificación	Resultado Ponderado
Forma de contratación del personal	0,12	3	0,36	4	0,48	3	0,36	3	0,36
Tarifas pagos a profesionales	0,12	3	0,36	3	0,36	3	0,36	3	0,36
Tarifas servicios	0,22	3	0,66	4	0,88	4	0,88	4	0,88
Portafolio de servicios	0,2	1	0,2	4	0,8	4	0,8	4	0,8
Experiencia	0,1	4	0,4	4	0,4	4	0,4	3	0,3
Cumplimiento estándares de habilitación	0,24	3	0,72	2	0,48	2	0,48	2	0,48
TOTAL	1		2,7		3,4		3,28		3,18

Fuente El autor

La calificación obtenida muestra que Salud-Trec S.A es la empresa más débil que la competencia. Una de su mayor debilidad es el portafolio de servicios, la institución está compitiendo con instituciones que prestan servicios de mediana

complejidad y además prestan también los mismos servicios que esta presta en baja complejidad.

Etapa (II) de conciliación. En esta etapa se utilizó la matriz DOFA. La entrada para su desarrollo fueron los factores identificados en el análisis interno y externo. A partir de estos fueron formuladas las estrategias de tipo FO, DO, FA y DA. Dichas estrategias se muestran a continuación:

Cuadro 21. Resultados matriz DOFA

Estrategias FO	Estrategias DO
1. Fortalecimiento de la seguridad del paciente. (F7,F11,F12,F17,O1,O5)	1. Fortalecimiento de la cultura y clima organizacional. (D3,D7,D8, D9, O8)
2. Humanización de la atención. (F8, F17, O5, O7)	2. Calidad y desarrollo organizacional. (D3, D5 D12, O1)
3. Gestión del Talento Humano mediante un enfoque por competencias. (F17, O7)	3. Gestión y Desarrollo del conocimiento. (D12, O7)
4. Incrementar la oferta de servicios. (F1, F2, F10,F17,O4)	4. Fortalecimiento y provisión de la dotación. (D10, O4)
Estrategias FA	Estrategias DA
1. Fortalecimiento del mercadeo (F1,A4)	1. Eficiencia en la gestión administrativa (D1, D2, A1, A2)
-	2. Eficiencia en la gestión financiera (D1. D2, D5, A1)
Fuente El autor	

Objetivos y líneas estratégicas:

A partir de la identificación de los ejes estratégicos, se define el marco donde se organiza lo que la institución desea lograr, es decir, los objetivos estratégicos. A continuación se muestran los objetivos estratégicos, formulados para cada eje estratégico:

Cuadro 22. Objetivos estratégicos

Eje estratégico	Objetivo estratégico
Usuarios del servicio (US)	OE US.1: Evitar en lo posible la aparición de eventos adversos y en el caso que aparezcan aprender de estos en forma proactiva, para rediseñar el proceso de atención de tal forma que estos no se vuelvan a producir.
	OE US.2: Fomentar y promover actitudes en el personal asistencial que propendan el trato personalizado, digno, cálido y respetuoso, así como el aumento de la participación activa e implicación de los pacientes y su familia en el proceso asistencial.
Talento humano (TH)	OE TH.1: Lograr que empleados adecuados, con aptitudes apropiadas, estén en el lugar correcto, haciendo lo correcto.
	OE TH.2: Aumentar el buen desempeño de la institución cuidando los factores que hacen que los colaboradores se sientan felices y comprometidos con su trabajo, mas conectados con los resultados generales y más motivados para hacer mayores contribuciones, generando de esta forma una mayor capacidad en la institución para enfrentar sus retos.
Fortalecimiento institucional (FI)	OE FI.1: Promover procesos sistemáticos de seguimiento y evaluación a la gestión de los procesos, así como la gestión de acciones recurrentes para el mejoramiento continuo de la calidad en la institución.
	OE FI.2: Posicionar a Salud-Trec S.A en el sector de la medicina domiciliaria.
	OE FI.3: Fortalecer el portafolio de servicios de la institución con servicios de mediana complejidad.
Gestión de los recursos (GR)	OE GR.1: Optimizar los recursos humanos, físicos y financieros, que faciliten el buen funcionamiento de los procesos de la institución, impactando en forma positiva la eficiencia y la eficacia; propendiendo por la rentabilidad, el equilibrio financiero y la sostenibilidad de la organización en el tiempo.
	OE GR.2: Implementar un sistema de gestión y desarrollo del conocimiento que asegure el impulso de los procesos y áreas claves, y que genere valor agregado a la institución.
	OE GR.3: Incrementar la dotación de los equipos biomédicos y de cómputo para la prestación del servicio.
Fuente El autor	

A partir de la formulación de los objetivos estratégicos, se identificaron las líneas estratégicas, las cuales definirán los programas (acciones estratégicas) del Plan Estratégico de la institución para el periodo 2013-2017.

Las líneas estratégicas establecen y agrupan los programas (acciones estratégicas) para alcanzar el desempeño deseado, es decir, el cómo. Estas constituyen los esfuerzos habilitadores que se deben ser desarrollados para alcanzar los objetivos estratégicos fijados por la institución. Las líneas estratégicas para cada objetivo estratégico se muestran a continuación:

Cuadro 23. Ejes, objetivos y líneas estratégicas

Eje estratégico	Objetivo estratégico	Línea estratégica
Usuarios del servicio (US)	OE US.1: Evitar en lo posible la aparición de eventos adversos y en el caso que aparezcan aprender de estos en forma proactiva, para rediseñar el proceso de atención de tal forma que estos no se vuelvan a producir.	US.1.1: Fortalecimiento de la seguridad del paciente
	OE US.2: Fomentar y promover actitudes en el personal asistencial que propendan el trato personalizado, digno, cálido y respetuoso, así como el aumento de la participación activa e implicación de los pacientes y su familia en el proceso asistencial.	US.2.1: Humanización de la atención
Talento humano (TH)	OE TH.1: Lograr que empleados adecuados, con aptitudes apropiadas, estén en el lugar correcto, haciendo lo correcto.	TH.1.1: Gestión del Talento Humano mediante un enfoque por competencias
	OE TH.2: Aumentar el buen desempeño de la institución cuidando los factores que hacen que los colaboradores se sientan felices y comprometidos con su trabajo, mas conectados con los resultados generales y más motivados para hacer mayores contribuciones, generando de esta forma una mayor capacidad en la institución para enfrentar sus retos.	TH.2.1: Fortalecimiento de la cultura y clima organizacional
Fortalecimiento institucional (FI)	OE FI.1: Promover procesos sistemáticos de seguimiento y evaluación a la gestión de los procesos, así como la gestión de acciones recurrentes para el mejoramiento continuo de la calidad en la institución.	FI.1.1: Calidad y desarrollo organizacional
	OE FI.2: Posicionar a Salud-Trec S.A en el sector de la medicina domiciliaria.	FI.2.1: Fortalecimiento del mercadeo
	OE F.3: Fortalecer el portafolio de servicios de la institución con servicios de mediana complejidad.	FI.3.1: Incrementar la oferta de servicios
Gestión de los recursos (GR)	OE GR.1: Optimizar los recursos humanos, físicos y financieros, que faciliten el buen funcionamiento de los procesos de la institución, impactando en forma positiva la eficiencia y la eficacia; propendiendo por la rentabilidad, el equilibrio financiero y la sostenibilidad de la organización en el tiempo.	GR.1.1: Eficiencia en la gestión administrativa
	OE GR.2: Implementar un sistema de gestión y desarrollo del conocimiento que asegure el impulso de los procesos y áreas claves, y que genere valor agregado a la institución.	GR.1.2: Eficiencia en la gestión financiera
	OE GR.3: Incrementar la dotación de los equipos biomédicos y de cómputo para la prestación del servicio.	GR.2.1: Gestión y Desarrollo del conocimiento
		GR.3.1: Fortalecimiento y provisión de la dotación
Fuente El autor		

Mapa estratégico: El mapa estratégico propuesto permite visualizar la forma en la cual se estructura la estrategia a través de objetivos estratégicos para crear valor a los grupos de interés... Ver Anexo D...

Formulación de las acciones estratégicas (programas):

Los programas (acciones estratégicas) que en conjunto ayudarán al logro de los objetivos estratégicos se describen a continuación:

Eje estratégico 1: usuarios del servicio (US). Históricamente se ha visto al usuario de los servicios de salud como un destinatario pasivo de los servicios. El papel del equipo de salud en la actualidad es el de utilizar sus habilidades y los conocimientos especializados para ayudar al usuario a tomar decisiones informadas, para garantizar la seguridad del usuario y para mantener la calidad técnica de atención. Por otro lado, se deben establecer acciones encaminadas a fortalecer el contacto con el usuario y su familia; y para brindar a los usuarios una atención en la cual sea considerado como un ser biopsico-social que debe ser tratado con calidez, empatía y amabilidad respetando sus derechos.

Objetivo estratégico US.1: Evitar en lo posible la aparición de eventos adversos y en el caso que aparezcan aprender de estos en forma proactiva, para rediseñar el proceso de atención de tal forma que estos no se vuelvan a producir.

Línea Estratégica US.1.1: Fortalecimiento de la seguridad del paciente

Programa US.1.1.1: Aplicación de prácticas seguras. Las prácticas seguras deben ser aplicables en distintos tipos de pacientes, deben tener una alta probabilidad de obtener beneficios significativos en la seguridad de estos, una vez implantadas en su totalidad, y deben contar con una evidencia de su efectividad en la reducción del riesgo de lesionar al paciente.

Programa US.1.1.2: Fomento de la cultura de seguridad del paciente. Para que la atención en salud sea segura es necesario la participación responsable de los diversos actores involucrados en el. Cuando ocurre un evento adverso, el paciente sufre daño y el profesional de la salud también pues en muchas ocasiones se señala como culpable a este sin detenerse a analizar que no ha habido intención de dañar ni la cadena de procesos de la atención en salud que al fallar han facilitado la ocurrencia de tales situaciones. La seguridad del paciente implica la evaluación permanente y proactiva de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar de manera constante las barreras de seguridad necesarias.

Programa U.S.1.1.3: Participación activa del usuario. Aumentar la participación e implicación de los usuarios en el proceso de atención y así disminuir la probabilidad que se produzcan errores.

Objetivo Estratégico US.2: Fomentar y promover actitudes en el personal asistencial que propendan el trato personalizado, digno, cálido y respetuoso, así como el aumento de la participación activa e implicación de los pacientes y su familia en el proceso asistencial.

Línea Estratégica U.S.2.1: Gestión de la Humanización del servicio

Programa U.S.2.1.1: *Humanización de la atención.* Diseñar e implementar un programa que permita incorporar la atención humanizada en la prestación de servicios de salud de la institución.

Eje estratégico 2: Talento Humano (TH). La contribución de todo el personal de Salud-Trec S.A IPS es un factor esencial de la capacidad de la institución para proporcionar un servicio de calidad a los usuarios del servicio.

Objetivo Estratégico TH.1: Lograr que empleados adecuados, con aptitudes apropiadas, estén en el lugar correcto, haciendo lo correcto.

Línea Estratégica TH.1.1: *Gestión del Talento Humano mediante un enfoque por competencias.*

Programa TH.1.1.1: Gestión del desempeño. Diseñar e implementar un sistema de gestión individual por competencias orientado hacia el desarrollo integral de las personas y al logro de los compromisos y resultados esperados de trabajo, alineando las contribuciones individuales de los colaboradores de la institución con las estrategias y grandes propósitos institucionales.

Objetivo Estratégico TH.2: Aumentar el buen desempeño de la institución cuidando los factores que hacen que los colaboradores se sientan felices y comprometidos con su trabajo, mas conectados con los resultados generales y más motivados para hacer mayores contribuciones, generando de esta forma una mayor capacidad en la institución para enfrentar sus retos.

Línea Estratégica TH.2.1: Fortalecimiento de la cultura y clima organizacional

Programa TH.2.1.1: Gestión del cambio. Acompañar y transformar los comportamientos, conductas y actitudes del personal de la institución, a partir de acciones de tipo comunicacional, educacional, de liderazgo y acompañamiento.

Programa TH.2.1.2: Comunicación Interna. Promover el desarrollo de una comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) para contribuir al cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, así como al desarrollo integral del personal.

Programa TH.2.1.3: Gestión de las interrelaciones. Desarrollar habilidades comunicativas en todo el personal de la institución, a través de la incorporación de herramientas para el dominio de la emoción, cuerpo y lenguaje, para así mejorar su capacidad de escucha y el desarrollo de conversaciones efectivas con compañeros de trabajo, colabores y usuarios del servicio.

Eje Estratégico 3: Fortalecimiento Institucional (FI). La promoción de un proceso de cambio para el mejoramiento del sistema y la capacidad gerencial, permite ofrecer servicios de salud con procesos orientados a lograr altos estándares de calidad para satisfacer a los grupos de interés de la institución, siguiendo los lineamientos definidos desde el direccionamiento estratégico.

Objetivo Estratégico FI.1: Promover procesos sistemáticos de seguimiento y evaluación a la gestión de los procesos, así como la gestión de acciones recurrentes para el mejoramiento continuo de la calidad en la institución.

Línea Estratégica FI.1.1: Calidad y desarrollo organizacional

Programa FI.1.1.1: Gestión del control interno. Consolidar la Gestión del control interno en la institución, con el fin de detectar oportunamente cualquier desviación respecto a los objetivos establecidos por la organización, partiendo de la cultura del autocontrol, de tal forma que permita a la dirección hacer frente a la rápida evolución del entorno económico y competitivo, así como a las exigencias y prioridades cambiantes de los clientes, y adaptar su estructura para asegurar el crecimiento futuro.

Programa FI.1.1.2: Gestión del mejoramiento. Fortalecer la gestión de las oportunidades de mejora identificadas en los procesos, de tal forma que permita el cierre de las brechas entre la calidad observada y la calidad esperada, para así generar aprendizaje organizacional.

Objetivo Estratégico FI.2: Posicionar a Salud-Trec S.A en el sector de la medicina domiciliaria.

Línea Estratégica FI.2.1: Fortalecimiento del mercadeo

Programa FI.2.1.1: Gestión de mercadeo institucional. Implementar un sistema de mercadeo que permita direccionar la oferta de servicios de la institución.

Objetivo Estratégico FI.3: Fortalecer el portafolio de servicios de la institución.

Línea Estratégica FI.3.1: Incrementar la oferta de servicios

Programa FI.3.1.1: Apertura de servicios. Aumentar el portafolio de servicios de la institución articulado a la plataforma estratégica y en correspondencia con las necesidades de los clientes institucionales.

Eje Estratégico 4: Gestión de los Recursos (GR): La gestión eficiente de los procesos institucionales implica obtener los mayores y mejores resultados de estos, empleando la menor cantidad posible de recursos, para así asegurar la rentabilidad, sostenibilidad y permanencia de la institución en el tiempo.

Objetivo Estratégico GR.1: Optimizar los recursos humanos, físicos y financieros, que faciliten el buen funcionamiento de los procesos de la institución, impactando en forma positiva la eficiencia y la eficacia; propendiendo por la rentabilidad, el equilibrio financiero y la sostenibilidad de la organización en el tiempo.

Línea Estratégica GR.1.1: Eficiencia en la gestión administrativa.

Programa GR.1.1.1: Gestión de la contratación. Diseñar e implementar un modelo de gestión de la contratación haciendo énfasis en las acciones de control que rigen la actividad contractual, con el fin de garantizar el seguimiento y control de la ejecución y cumplimiento del objeto del contrato; y fortalecer el proceso de adquisición y administración de bienes y servicios de la institución, para garantizar la prestación de servicios oportunos y evitar el detrimento patrimonial.

Programa GR.1.1.2: Eficiencia y solidez. Contribuir al uso racional y adecuado de los recursos de Salud-Trec S.A, a través de una gestión oportuna de la cartera, la sostenibilidad de los servicios actualmente prestados por la institución y la prestación de nuevos servicios que contribuyan a su permanencia en el tiempo.

Línea Estratégica GR.1.2: Eficiencia en la gestión financiera

Programa GR.1.2.1: Gestión de Costos. Definir e implementar un sistema de costos que permita la toma de decisiones y apoye el control de los costos y gastos de la institución.

Objetivo Estratégico GR.2: Implementar un sistema de gestión y desarrollo del conocimiento que asegure el impulso de los procesos y áreas claves, y que genere valor agregado a la institución.

Línea Estratégica GR.2.1: Gestión y Desarrollo del conocimiento

Programa GR.2.1.1: Gestión del conocimiento. Promover la generación y ampliación del conocimiento en la institución, de tal forma que permita el fortalecimiento de la gestión de los procesos, y al mismo tiempo permitir el desarrollo de las competencias necesarias en un entorno de trabajo colaborativo y dotado de una constante vocación de aprendizaje para asumir los nuevos retos del futuro.

Programa GR.2.1.2: Gestión de las TIC's. Trabajar por la creación, desarrollo y transmisión del conocimiento en todas sus formas y expresiones, a través de la utilización de la plataforma LMS- Moodle.

Objetivo Estratégico GR.3: Incrementar la dotación de los equipos biomédicos y de cómputo para la prestación del servicio.

Línea Estratégica GR.3.1: Fortalecimiento y provisión de la dotación

Programa GR.3.1.1: La dotación, pilar de un buen servicio. Adquirir los equipos biomédicos y/o elementos de computo necesarios que permitan incrementar el grado de respuesta a los requerimientos de los diferentes servicios prestados por la institución.

El cuadro 24, muestra los elementos que hacen parte del Plan Estratégico (Ejes, objetivos y líneas estratégicas, programas, indicadores, priorización de los programas y los responsables) de la institución para el periodo 2013-2018. En este cuadro, la columna prioridad expresa la importancia relativa de cada programa (acción estratégica) en orden a la consecución del objetivo al que va asociada, siendo 1 la prioridad máxima y 3 la mínima.

Seguimiento y evaluación al plan estratégico:

Es indispensable conocer el avance en la ejecución del Plan Estratégico en el tiempo así como el cumplimiento de los objetivos formulados. Por tal motivo, el seguimiento y evaluación del Plan estratégico se llevará a cabo a través de los Planes de acción (operativos) anuales y los indicadores asociados a estos Ver: F-GI-010 Tablero de Indicadores. Dicho seguimiento y evaluación será realizado por el Comité de Calidad. A su vez, anualmente la alta dirección debe realizar una revisión de las bases subyacentes de las estrategias del plan en una matriz EFE y una matriz EFI revisada.

La matriz EFI revisada se debe enfocar a los cambios ocurridos en las fortalezas y debilidades de la institución en los aspectos de estructura económica, gestión y organización general, infraestructura, recursos y, capacidades y competencias. La matriz EFE revisada debe indicar que tan efectivas han sido las estrategias de la institución en respuesta a las oportunidades y amenazas claves. Luego se debe comparar las matriz de evaluación de factores internos (EFI) existente con la revisada y comparar la matriz de factores externo (EFE) existente con la revisada.

Los resultados del seguimiento deben ser publicados para conocimiento de todo el personal de la institución a través de los boletines y carteleras informativas.

Cuadro 24. Resumen Plan Estratégico Salud-Trec S.A

Eje estratégico	Línea estratégica	Objetivo estratégico	Indicadores	Programas (Acciones Estratégicas)	Prioridad	Responsable
Usuarios del servicio (US)	US.1.1: Fortalecimiento de la seguridad del paciente	OE US.1: Evitar en lo posible la aparición de eventos adversos y en el caso que aparezcan aprender de estos en forma proactiva, para rediseñar el proceso de atención de tal forma que estos no se vuelvan a producir.	1. Índice de eventos adversos	US.1.1.1: Aplicación de prácticas seguras.	1	Coordinación Clínica
				US.1.1.2: Fomento de la cultura de seguridad del paciente	1	Coordinación Clínica
			2. Porcentaje de eventos adversos relacionados al uso de equipos y dispositivos médicos	U.S.1.1.3: Participación activa del usuario	1	Coordinación Clínica
	US.2.1: Humanización de la atención	OE US.2: Fomentar y promover actitudes en el personal asistencial que propendan el trato personalizado, digno, cálido y respetuoso, así como el aumento de la participación activa e implicación de los pacientes y su familia en el proceso asistencial.	1. Porcentaje de personas que reciben formación en el desarrollo de competencias en humanización de la atención.	U.S.2.1.1: Humanización de la atención	1	Coordinación Clínica/Analista de Calidad
2. Porcentaje de pacientes insatisfechos						
Talento humano (TH)	TH.1.1: Gestión del Talento Humano mediante un enfoque por competencias	OE TH.1: Lograr que empleados adecuados, con aptitudes apropiadas, estén en el lugar correcto, haciendo lo correcto.	1. % de personas que reciben formación incluida en el apartado de desarrollo de competencias del Plan de Capacitación.	TH.1.1.1: Gestión del desempeño	1	Coordinación Administrativa
			2. Porcentaje cumplimiento Evaluación del desempeño			Coordinación Administrativa
	TH.2.1: Fortalecimiento de la cultura y clima organizacional	OE TH.2: Aumentar el buen desempeño de la institución cuidando los factores que hacen que los colaboradores se sientan felices y comprometidos con su trabajo, mas conectados con los resultados generales y más motivados para hacer mayores contribuciones, generando de esta forma una mayor capacidad en la institución para enfrentar sus retos.	1. Proporción de usuarios internos satisfechos.	TH.2.1.1: Gestión del cambio	2	Coordinación Administrativa
				TH.2.1.2: Comunicación Interna	1	Coordinación Administrativa
TH.2.1.3: Gestión de las interrelaciones				3	Coordinación Administrativa	
Fuente El autor						

Cuadro 24. (Continuación)

Eje estratégico	Línea estratégica	Objetivo estratégico	Indicadores	Programas (Acciones Estratégicas)	Prioridad	Responsable
Fortalecimiento institucional (FI)	FI.1.1: Calidad y desarrollo organizacional	OE FI.1: Promover procesos sistemáticos de seguimiento y evaluación a la gestión de los procesos, así como la gestión de acciones recurrentes para el mejoramiento continuo de la calidad en la institución.	1. Eficacia de las acciones correctivas, preventivas y de mejora	FI.1.1.1: Gestión del control interno	1	Analista de Calidad
				FI.1.1.2: Gestión del mejoramiento	1	Analista de Calidad
	FI.2.1: Fortalecimiento del mercadeo	OE FI.2: Posicionar a Salud-Trec S.A en el sector de la medicina domiciliaria.	1. Porcentaje de servicios habilitados en mediana complejidad	Programa FI.2.1.1: Gestión de mercadeo institucional	1	Gerencia/Coordinación Administrativa
	FI.3.1: Incrementar la oferta de servicios	OE F.3: Fortalecer el portafolio de servicios de la institución con servicios de mediana complejidad.		FI.3.1.1: Apertura de servicios	1	Coordinación Clínica/Analista de Calidad
Gestión de los recursos (GR)	GR.1.1: Eficiencia en la gestión administrativa	OE GR.1: Optimizar los recursos humanos, físicos y financieros, que faciliten el buen funcionamiento de los procesos de la institución, impactando en forma positiva la eficiencia y la eficacia; propendiendo por la rentabilidad, el equilibrio financiero y la sostenibilidad de la organización en el tiempo.	1. Rotación de proveedores	GR.1.1.1: Gestión de la contratación	1	Gerente/Coordinadora Administrativa
				2. Rotación de cartera		
	GR.1.2: Eficiencia en la gestión financiera		3. Margen Operativo	GR.1.2.1: Gestión de Costos	1	Gerente/Coordinadora Administrativa
	GR.2.1: Gestión y Desarrollo del conocimiento	OE GR.2: Implementar un sistema de gestión y desarrollo del conocimiento que asegure el impulso de los procesos y áreas claves, y que genere valor agregado a la institución.	1. Porcentaje de sensibilización del personal en TIC's	GR.2.1.1: Gestión del conocimiento	3	Gerencia/Analista de Calidad
			2. Porcentaje de capacitaciones desarrolladas a través del uso de TIC's	GR.2.1.2: Gestión de las TIC's	3	Gerencia/Analista de Calidad
GR.3.1: Fortalecimiento y provisión de la dotación	OE GR.3: Incrementar la dotación de los equipos biomédicos y de cómputo para la prestación del servicio.	1. Aprovechamiento equipos biomédicos y de cómputo de acuerdo a las necesidades de los servicios	GR.3.1.1: La dotación, la base para la prestación de un buen servicio.	1	Gerencia	

Fuente: El autor

8.4.6 Estándar 78. Código: (DIR4). Oportunidad de mejora. Establecer marco de orientación para la humanización de la atención en la prestación del servicio.

Acción de mejoramiento. Formular Política de Humanización de la Atención como elemento base para la promoción del respeto, privacidad y dignidad del usuario.

Justificación de la acción de mejoramiento. La formulación de una política de humanización de la atención en la institución propende por establecer mecanismos que guíen la articulación del sentido humanístico en el proceso de planeación de la atención.

El desarrollo de esta acción de mejoramiento se hizo una búsqueda sistemática de información relacionada con la humanización de la atención, para así extraer los elementos que constituyen la esencia de una atención humanizada. Como resultado fue formulada la “Política de humanización de la Atención”, la cual constituye la principal directriz para la prestación de un servicio humanizado en la institución. A continuación se presenta su formulación:

Política de humanización de la atención: “En Salud-Trec S.A., trabajamos permanentemente para que nuestros colaboradores asuman actitudes y prácticas que permitan brindar a los usuarios y sus familias un trato amable, cálido, personalizado, respetuoso, y digno, que responda a sus necesidades físicas, intelectuales, emocionales y espirituales”.

Es así como esta política, constituye el marco de referencia para la formulación de acciones encaminadas al mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio, fortaleciendo de esta forma la atención centrada en el usuario, la cual corresponde a uno de los pilares de SOGC (Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud).

8.4.7 Estándar 79. Código: (DIR.5)

Oportunidad de mejora. Promover la política de Humanización de la Atención en toda la institución.

Acción de mejoramiento. Difundir e interiorizar Política de Humanización de la atención.

Justificación de la acción de mejoramiento. La difusión e interiorización de la política de Humanización de la atención al personal, constituye un papel fundamental como elementos guía y orientador a través del cual se adoptan pautas de actuación que encaminen al equipo de salud hacia un desarrollo socio integral que trascienda a los usuarios del servicio.

Para implementar la acción de mejoramiento se diseñaron piezas para hacer la difusión de la Política de la Atención Humanizada a través de carteleras informativas, wallpapers y plegables.

Imagen 3. Pieza de difusión Política de la Atención Humanizada para cartelera informativas.



Imagen 4. Pieza de difusión Política de la Atención Humanizada- Wallpaper.



Imagen 5. Pieza de difusión Política de la Atención Humanizada- Plegables (cara exterior)

SOPA DE LETRAS

Encuentra las 8 palabras escondidas en esta sopa de letras: Tolerancia, respeto, calidez, empatía, acompañamiento, alegría, dignidad, y gentileza.

T	O	L	E	R	A	N	C	I	A	R	E
W	I	A	R	E	Z	S	T	O	C	A	R
A	M	R	A	E	W	P	A	S	O	L	E
P	S	A	I	M	P	L	A	S	M	A	S
L	O	L	R	P	D	E	S	C	P	M	P
A	A	W	G	A	P	A	T	O	A	O	E
C	R	I	E	T	O	N	W	R	Ñ	A	T
I	A	N	L	I	Q	V	F	N	A	L	O
G	E	L	A	A	S	Z	R	E	M	T	A
D	D	I	G	N	I	D	A	D	I	P	O
I	R	T	G	E	N	T	I	L	E	Z	A
A	A	D	S	T	A	P	Z	H	T	E	Q
C	E	R	M	W	L	B	M	A	O	D	E



SaludTREC_{S.A.}

"Ninguna máquina puede suplir el efecto sanador de una mirada, de unas manos, de la palabra adecuada o el silencio oportuno."
 (Centro de Humanización de la Salud. España, Memo-

Cra. 47 No 35 A Sur 49
 PBX: 4038050 Ext. 109
 Fax: 4038050 Ext. 112

HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN



SaludTREC_{S.A.}
Nuestra prioridad es la vida

Imagen 6. Pieza de difusión Política de la Atención Humanizada- Plegables (cara interior)

<p style="text-align: center;">HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN</p> <p>La humanización de la atención es generar vínculos que produzcan sensación de seguridad, es abrir la atención de salud a una interacción participativa, igualitaria y equitativa, crear una relación comprensiva, empática y comprometida, humanizar la atención es recordar que en la relación profesional-usuario hay dos seres humanos con toda su grandeza. La Humanización de la atención presupone un sistema de valores, que respeta la autonomía de los individuos, la diversidad de las ideas, la libertad de expresión y el rescate de la subjetividad.</p> <p>Tratar humanamente. Tratar humanamente al paciente significa considerarlo responsable y protagonista de su salud, de su curación y de su vida, y sujeto de derechos y de obligaciones. Tratar humanamente significa prestar atención a su familia y contar con su colaboración en el cuidado del mismo.</p> <p>Características que reflejan una atención humanizada</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Actitud de respeto profundo por el otro. 2. Aceptación de que el otro es un ser único y autónomo. 3. Empatía: Entender el contexto del otro, sus motivaciones y sentimientos. 4. Atención a lo que el otro necesita saber. 5. Honestidad frente a los propios límites. 6. Disposición a cuidar siempre. 7. Reconocimiento de las necesidades físicas , intelectuales, emocionales y espirituales del otro. 	<p>Algunos aspectos específicos, pero no menos importantes...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dirigirse al paciente por su nombre. 2. Mirar a la cara y especialmente a los ojos. 3. Evitar la actitud de apuro. 4. Dejar el tiempo al otro para hablar, preguntar y explicar. 5. Verificar el grado de comprensión de lo informado. <p>Actitudes que bloquean la comunicación entre profesional y paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ordenar, dirigir, mandar por lo tanto la tarea es obedecer. • Advertir y amenazar, la tarea es cumplir lo ordenado. • Moralizar, sermonear: falta de confianza en la capacidad del otro. • Poner apodos, uniformar, ridiculizar: elimina la capacidad de ser único y pasa a formar parte de un conjunto de pacientes de determinado tipo. <p>POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN</p> <p>En Salud-Trec S.A., trabajamos permanentemente para que nuestros colaboradores asuman actitudes y prácticas que permitan brindar a los usuarios y sus familias un trato amable, cálido, personalizado, respetuoso, y digno, que responda a sus necesidades físicas, intelectuales, emocionales y espirituales.</p> 	<p style="text-align: center;">DECÁLOGO DE LA CALIDEZ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procura en cada atención, ofrecer una esperanza. 2. Nuestra mejora actitud, escuchar y mirar a quien damos un servicio. 3. Haz siempre tu mayor y mejor esfuerzo. 4. Nadie es mas o menos, todos somos importantes. 5. Sonríe siempre, cuesta poco y produce mucho. 6. Sirvamos con alegría y gentileza: Seamos afables. 7. Practica la paciencia. 8. Servir es la oportunidad de ayudar. 9. Tolerancia ante todo. 10. Respetemos a los demás y ellos nos respetaran.  <p style="text-align: center;">"Nunca dejemos que alguien se acerque a nosotros y no se vaya mejor y más feliz..."</p> <p style="text-align: center;"><i>Madre Teresa de Calcuta</i></p> 
---	---	---

8.4.8 Estándar 94. Código: (GER.7)

Oportunidad de mejora. *Estandarizar el proceso para la formulación y seguimiento de los planes operativos.*

Acción de mejoramiento. *Documentar procedimiento para la formulación, seguimiento y evolución de Planes Operativos.*

Justificación de la acción de mejoramiento. Para realizar la implementación y despliegue del plan estratégico, es necesaria la identificación de acciones operativas que conlleven a la implementación de las estrategias definidas en el plan estratégico. Por tal motivo es indispensable que la institución cuente con los lineamientos para la formulación de su plan operativo.

Procedimiento para la formulación de los planes operativo

Objetivo: Establecer los lineamientos para la formulación de Planes Operativos en Salud-Trec S.A.

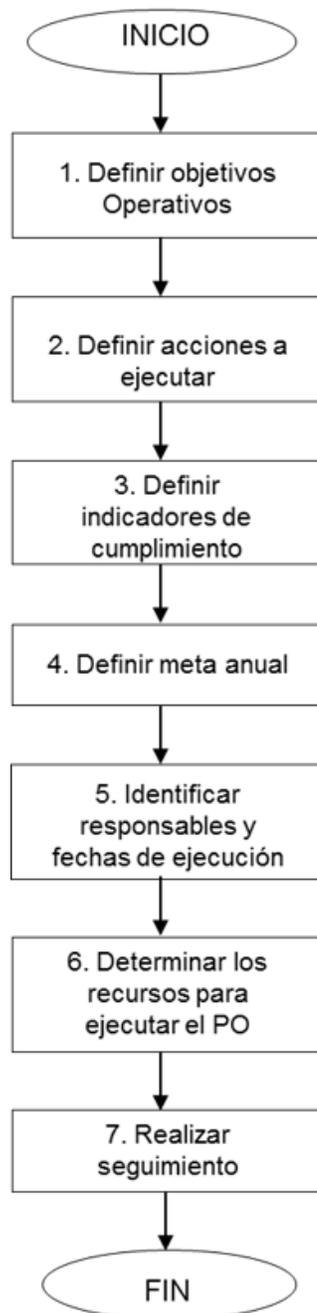
Alcance: Aplica a todos los Coordinadores de Área y líderes de proceso.

Consideraciones Generales:

- Anualmente se deben reunir los líderes de procesos
- Para definir las metas es necesario tener en cuenta:
 - Las metas son puntos de referencia o aspiraciones que el área debe lograr, con el propósito de alcanzar los objetivos operativos formulados.
 - Las metas deben ser medibles, coherentes, razonables, estimulantes, claras, comunicadas dentro de la organización y caracterizarse por una apropiada dimensión cronológica.

Descripción de las actividades del procedimiento:

Figura 5. Flujograma procedimiento para la formulación de planes operativos



Cuadro 25. Formulación de Planes Operativo

Actividad	Descripción	Responsable	Registro
1. Definir objetivos Operativos	Definir los objetivos operativos basándose en los objetivos estratégicos que apliquen al área, los cuales fueron definidos en el Plan Estratégico.	Coordinadores de área y Líderes de proceso	F-GE-004 Planes Operativos
2. Definir acciones a ejecutar	Se deben definir las actividades en forma secuencial que deben ser realizadas para alcanzar cada meta. Por cada acción definida se debe asignar un responsable para la ejecución de la acción. A su vez, se debe indicar el tiempo estimado para la ejecución de cada una de las acciones.	Coordinadores de área y Líderes de proceso	F-GE-004 Planes Operativos
3. Definir indicadores de cumplimiento	Definir los indicadores para medir el cumplimiento de las metas propuestas	Coordinadores de área y Líderes de proceso	F-GE-004 Planes Operativos
4. Definir meta anual	Definir la meta anual para alcanzar para alcanzar el objetivo operativo. Para plantear estas metas se deberá tener en cuenta las metas definidas y que no fueron cumplidas en el Plan Operativo del año inmediatamente anterior.	Líderes de procesos	F-GE-004 Planes Operativos
5. Identificar responsables y fechas de ejecución	Identificar las personas que serán responsables de implementar las acciones operativas, así como las fechas de inicio y fin para su ejecución.	Líderes de procesos	F-GE-004 Planes Operativos
6. Determinar los recursos para ejecutar	Determinar los recursos (Tecnológicos, humanos, y financieros) necesarios	Líderes de procesos	F-GE-004 Planes Operativos

el PO	para desarrollar las acciones del Plan Operativo y lograr los objetivos de cada una de las áreas.		
7. Realizar seguimiento	Realizar seguimiento a la ejecución de las acciones contenidas en plan Trimestralmente. Dicho seguimiento está a cargo del Comité de Calidad y el resultado de este debe ser publicado para conocimiento del todo el personal de la institución.	Comité de Calidad	F-VC-001 Actas de Reunión

En el desarrollo de esta acción de mejoramiento se diseñó herramienta para la formulación del plan operativo de la institución. A continuación se presenta el formato propuesto para la formulación de dicho plan:

8.4.9 Estándar 92. Código: (GER. 5)

Oportunidad de mejora: *Estandarizar proceso para realizar la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales.*

Acción de mejoramiento. *Documentar la metodología para realizar referenciación en la institución.*

Justificación de la acción de mejoramiento. *La importancia de promover procesos de referenciación comparativa y competitiva alrededor de un proceso considerado como crítico o prioritario orientado principalmente a resultados en la institución, permite que se traduzca en aprendizaje los tipos de mejora identificados implementar para mejorar el desempeño de este de acuerdo a las prácticas exitosas con que fue comparada.*

Para el desarrollo de esta acción de mejoramiento se realizó una búsqueda sistemática de información relacionada con procesos de referenciación en Instituciones prestadoras de servicios de salud. Como resultado de esta búsqueda se estructuró una guía metodológica para realizar procesos de referenciación en la institución, la cual se describe a continuación:

Guía para realizar procesos de referenciación

Objetivo: Proveer a la institución de un instrumento práctico con enfoque de referenciación competitiva y comparativa que permita identificar la evidencia de las mejores prácticas en materia de mejoramiento de la calidad y avanzar en el proceso de mejoramiento continuo.

Alcance: Aplica a los responsables y personas que se involucren en procesos de referenciación en la institución.

Fases para realizar Benchmarking:

Planeación

En esta fase del trabajo es donde los principales procesos y tareas a realizar dentro del estudio de *Benchmarking* deben estar claramente identificados, así como los principales responsables de llevarlas a cabo incluida la conducción técnica y política del proceso.

Para el desarrollo de esta fase se identifican nueve pasos claves a considerar:

1. Seleccionar claramente el proceso que será objeto de *Benchmarking* e identificar clara y explícitamente el objetivo del estudio.
2. Identificar y asegurar la participación y respaldo de los líderes de procesos. El respaldo directivo es un factor determinante del éxito y validación interna del esfuerzo. Al respecto se debe considerar lo siguiente:
 - Obtener la aprobación formal de la alta dirección. Esto a veces significa presentar el plan de trabajo a la Gerencia que incluya los recursos financieros, técnicos y de toda índole requeridos para que sean aprobados.
3. Seleccionar al líder de Benchmarking, el cual será el encargado de conducir el desarrollo del proceso de referenciación. Esta persona, liderará y acompañará al equipo de Benchmarking para el desarrollo del estudio. Por lo cual, la persona seleccionada como Líder debe tener los conocimientos ideales para poder desempeñar esta tarea, y mantener un permanente contacto y asegurar un alto grado de disponibilidad para el desarrollo del mismo.
4. Seleccionar el equipo de *Benchmarking*, el cual será el encargado de llevar a cabo la labor operativa para el desarrollo del estudio. Este equipo de debe asegurar poder cumplir con la mayor parte de los siguientes atributos: a) Conocimiento y experiencia en gestión por procesos, b) Responsabilidad en su implementación, c) Experiencia en gestión y/o funciones directivas, d) Objetividad y análisis en toma de decisiones, e) Flexibilidad para el trabajo en equipo, f) Habilidades de comunicación.
5. Llevar a cabo un proceso de capacitación y entrenamiento liderado por el líder de benchmarking, que incluya a la alta dirección en lo posible y al equipo de *Benchmarking*, a efectos de discutir los objetivos, enfoques, metodologías y demás aspectos que deban ser de común entendimiento y conocimiento por todos los involucrados previo al inicio de las actividades.
6. Hacer un rápido proceso de identificación de los principales servicios prestados por la institución, los principales grupos de consumidores, así como un rápido análisis de sus potenciales expectativas frente al servicio. Para lo cual se recomienda:
 - Identificar los servicios (*outputs*) directamente vinculados con el proceso que será objeto del análisis de *Benchmarking*.
 - Identificar los grupos de consumidores (usuarios / clientes) que directamente reciben los servicios.

- Identificar las principales necesidades y expectativas de estos grupos de usuarios a través de técnicas de investigación cualitativa como pueden ser los grupos focales y las entrevistas.
7. Identificar y seleccionar los *Factores Claves de Éxito* para cada proceso que será objeto de análisis. Para esto se debe:
 - Identificar el proceso que se caracterice por el mayor impacto en el desempeño del área o incluso de la organización (Priorización de procesos).
 - Identificar las actividades que hacen que este impacto sea percibido a nivel del consumidor (Factores Clave de Éxito).
 - Convertir estos FCE en indicadores específicos que permitan identificar el tipo de organizaciones que serán objetivo de referenciación y entender mejor los requerimientos de información que vamos a necesitar.
 8. El Líder y el equipo de *Benchmarking* deben analizar para el área de mejora identificada, el correspondiente flujo de proceso que la compone (Caracterización de proceso). Lo que permite determinar qué tan comparable es la institución con la o las instituciones líderes en este campo.
 9. Revisar y establecer las determinaciones estándar de desempeño (indicadores) del proceso y que harán parte del proceso posterior de referenciación.

Recolección de datos

En esta etapa se lleva a cabo todo el proceso de recolección de información tanto de fuentes primarias visitas, entrevistas, encuestas; y como secundarias bases de datos, reportes, publicaciones, estudios previos, centros especializados, entre otros. Esta etapa contempla además el desarrollo de un conjunto de acciones encaminadas a realizar contactos con otras instituciones, que pueden incluir entrevistas con directivos clave en determinados procesos cuando esto sea recomendable, y potenciales visitas a sus instalaciones cuando esto sea posible, para lo cual es indispensable crear estables relaciones de confianza que permitan el intercambio de información. Para llevar a cabo esta etapa se debe:

1. Desarrollar los criterios para la investigación de fuentes secundarias. A este punto y antes de iniciar el proceso de recolección de información, el Líder y equipo de *Benchmarking*, han de discutir nuevamente a la luz del objetivo del estudio, cuál sería el tipo de información más recomendable y necesaria

para aportar elementos de ayuda al proceso de investigación. Para esto se debe:

- Determinar con el equipo el tipo de datos que son indispensables para la búsqueda.
 - Desarrollar un cuestionario estándar y un formato de recolección de datos que sea utilizado por el equipo durante todo el desarrollo de la investigación.
 - Desarrollar los criterios de inclusión de las potenciales instituciones que serán objeto de búsqueda (orientación de su misión, tamaño de participación en el mercado, volúmenes de facturación, número de empleados, tipo de industria, ranking o posicionamiento, entre otros).
 - Crear mecanismos de clasificación o asignación de puntajes que puedan ser asignados a dichas compañías según la información recolectada
2. Llevar a cabo una cuidadosa búsqueda de información secundaria con el objeto de identificar quien es el mejor o los mejores en determinado campo o proceso de atención y quien es el mejor que está más cercano a nuestros intereses como organización según nuestra área de investigación.
 3. Identificar aquellas organizaciones consideradas “primeras en su clase” como potenciales “*partners*” para el desarrollo de la investigación. Para esto e deben considerar los siguiente aspectos:
 - Identificar las organizaciones que se caracterizan por poseer las “mejores prácticas” e iniciar el proceso de selección de potenciales partners, con base en la información recolectada por la revisión de fuentes secundarias.
 - Seleccionar las organizaciones que cumplen en mejores condiciones dicho requerimiento.
 - Crear un listado de potenciales organizaciones “*partners*”.
 - Crear un archivo individualizado para cada una donde se recolecte toda la información relevante-
 4. Revisar los aspectos éticos y legales que deben acompañar el desarrollo del proceso de *Benchmarking*. Se recomienda adoptar un “Código de conducta y Protocolo de reglas”. Teniendo en cuenta siempre:

- Representar a la organización en todo momento y más al entrar en contacto con organizaciones caracterizadas por ser las “mejores de su clase”.
 - Presentación adecuada y manera de actuar muy profesional.
 - Considerar siempre el tiempo de los entrevistados.
 - Mantener siempre una actitud de respeto a la confidencialidad de los datos y a la vez demostrar entusiasmo por la oportunidad de “aprender de los mejores”.
 - Solicitar solamente la información que esta previamente pactada en los instrumentos, de ahí la importancia de elaborarlos muy bien.
 - Suministrar confianza y pactar con el “partner” entrevistado la mejor manera de asegurar el manejo confidencial de la información.
5. Diseñar la estrategia para realizar el plan de recolección de datos.
 6. Conducir la búsqueda de información primaria con los “partners” institucionales ya identificados, listando aquellos que se consideren idóneos para llevar a cabo el proceso de búsqueda.
 7. Contactar a las instituciones “partners” seleccionadas y preparar muy bien la información sobre el proceso a efectos de atender todo tipo de preguntas. Una vez realizado el primer contacto formal y explicados los objetivos y propósitos del estudio, se debe proceder a realizar la recolección de información.
 8. Preparar y conducir la agenda de visitas. Si se considera necesario ha de programarse visitas a las instalaciones físicas de las organizaciones objeto de *Benchmarking*, lo que puede ser complementado con el desarrollo de video conferencias o entrevistas dirigidas. Al respecto es bueno recordar:
 - La buena preparación para llevar a cabo la visita.
 - Recolectar toda la información logística necesaria.
 - Acordar tiempo, fecha y duración de la misma.
 - Determinar con la persona de contacto de la organización a visitar el número de personas más adecuado para realizar la actividad.
 - Determinar la cantidad de información a recolectar.

- Enviar una nota de confirmación o llamada previa al desarrollo de la agenda.
- Preparar al equipo acompañante.
- Realizar la visita en tiempo y forma adecuada.
- Preparar el informe respectivo que igual hará llegar a su contacto de la organización visitada.

Análisis estratégico

En esta fase la recolección de datos es completada y los principales hallazgos son debidamente identificados. En esta fase el líder y equipo de benchmarking realizan todo el proceso de revisión de datos y análisis detallado para la toma de decisiones., con el fin de determinar con base en lo observado en las organizaciones “primeras en su clase” que tipo de cambios y ajustes en los procesos internos de la organización han de realizarse para resolver las problemáticas planteadas al inicio del proceso de planificación, y cuáles son más factibles de implementar sin mayores resistencias internas. Las actividades clave de esta fase se describen a continuación:

1. Determinar si todos los datos recolectados son comprensibles y útiles para el objetivo del trabajo. Si estos son suficientes para llevar a cabo un análisis comprensible y ajustado a las necesidades del estudio. Ha de revisarse que información de la recolectada no aporta elementos clave al análisis, para así no perder tiempo en ella. Si hace falta alguna información clave, es necesario visitar de nuevo la institución o reforzar la búsqueda de fuentes secundarias.
2. Determinar e identificar las características de los procesos analizados en las organizaciones “*partners*”.
3. Organizar y reordenar los datos que evidencien diferencias. Se deben utilizar método de priorización que permita identificar cual de toda la información recolectada es información de mejor calidad, para así evitar destinar tiempo a analizar datos que tal vez no reporten datos muy confiables.

Se deben identificar claramente las brechas de resultados de los procesos evaluados en las organizaciones visitadas respecto a su propio desempeño para el mismo proceso. Para ello, se deberá:

- Consolidar la información y desarrollar un método uniforme para la organización de los datos recolectados.

- Organizar la información de tal manera que sea fácil su lectura y análisis.
 - Separar los datos en diferentes categorías o subgrupos, para poder identificar más fácilmente las variaciones o similitudes en el patrón de desempeño.
 - Identificar patrones comunes, y elimine datos de instituciones que considere deban ser revalorados o visitados nuevamente si existieran inconsistencias-
4. Estandarizar los datos de indicadores de desempeño recolectados. En este punto se podrá notar que luego de recolectar los datos de las distintas organizaciones, buena parte de ellas arrojan resultados diferentes. Por tanto y para efectuar un correcto análisis es importante hacer un esfuerzo en este momento por “normalizar” los datos recolectados, es decir, hacerlos comparables.
5. Comparar los resultados y proyectar el futuro desempeño. Este es el punto en que la institución puede empezar a observar los resultados del proceso realizado de *Benchmarking*. Para ello se deberá:
- Desarrollar un análisis de brechas (*Gap analysis*).
 - Incluir los hallazgos del *Benchmarking* dentro de la agenda de proceso de mejora continua de la organización.
 - Planificar avanzar en cerrar las brechas observadas en un lapso razonable de tiempo (dos a tres años) y recuerde que el desarrollo de la industria sigue avanzando tal vez más rápido que su organización.
 - Definir los objetivos a alcanzar que le permitan alcanzar un desempeño superior.
 - Identificar los recursos necesarios para alcanzar dichos objetivos.
 - Utilizar datos y series históricas clave para anticipar comportamientos y tendencias en el desarrollo actual y futuro de su industria.
6. Aislar los procesos “facilitadores” y evaluar la naturaleza de estos frente a las “mejores prácticas” detectadas. Al respecto considerar lo siguiente:

- Determinar cuáles son los factores facilitadores de mejor desempeño identificados como resultado del *Benchmarking* y entender como estos pueden ayudar a adaptar las mejores prácticas propias de las organizaciones “mejores en su clase” al interior de su organización.
 - Utilizar los procesos facilitadores identificados durante el análisis para conducir el desarrollo de sus propios objetivos de mejoramiento.
 - Determinar una categorización de estos procesos facilitadores en función de su potencial impacto para cerrar las brechas de desempeño encontradas en la institución frente a lo observado en las instituciones objeto de *Benchmarking*.
 - Determinar e identificar las mejores prácticas que sean más adaptables a la cultura institucional.
 - Determinar qué factores o procesos facilitadores (variables) son controlables y cuáles no.
 - Determinar cuáles factores de mejora son alcanzables desde el punto de vista de los costos, facilidades culturales y organizativas para su implementación.
7. Resumir los métodos utilizados. Se debe revisar todos los datos y tablas de resumen que se hayan recolectado, si se observa alguna diferencia que no se explique fácilmente, es el momento de solicitar aclaraciones a la organización que suministro dicha información.
 8. Seleccionar las metas para reducir, alcanzar, exceder las brechas de desempeño detectadas.

Adopción y adaptación

Es en esta etapa donde todo el esfuerzo y recursos aplicados deben verse reflejados en un verdadero proceso de aprendizaje institucional y donde el equipo de *Benchmarking* debe presentar su informe y defender sus propuestas de cambio. Los principales pasos a seguir son:

1. *Obtener respaldo, soporte, aceptación institucional a los hallazgos y propuestas de cambio presentadas.* Si no se logra obtener el respaldo y aceptación de las máximas instancias decisoras de la institución sobre la naturaleza y alcance de los cambios propuestos, estos difícilmente podrán llevarse a cabo. Para ello se debe:

- Seleccionar el mejor método combinado de comunicación para ambientar los resultados del estudio (presentaciones, videos institucionales, boletines informativos, entre otros).
 - Explicar claramente la metodología del estudio y sus principales resultados de manera ordenada y simple.
 - Informar a los colaboradores clave de la organización y minimizar el riesgo de altos niveles de resistencia.
2. Formular e implementar el plan de mejora derivado del proceso de *Benchmarking*. Para ello se debe:
- Describir el alcance para el proceso de implementación de los cambios.
 - Describir los roles y responsabilidades que se necesitan para llevar a cabo el plan de implementación.
 - Indicar los recursos necesarios para ello.
 - Describir los nuevos métodos y procedimientos que desea implementar.
 - Describir la metodología para los procesos clave.
 - Describir los instrumentos y herramientas que utilizará.
 - Definir responsables y mecanismos para la medición de resultados.
 - Definir necesidades de recursos humanos y sistemas de comunicación.
 - Desarrollar un sistema para el control de avances y seguimiento de logros y resultados.
3. Crear un “grupo de conducción del cambio” para llevar el direccionamiento e implementación del plan. Para ello se recomienda:
- Localizar los líderes natos en la institución y sumarlos como líderes del cambio propuesto.
 - Discutir con los líderes la mejor manera de implementar los ajustes requeridos.

- Reclutar nuevos apoyos dentro de las estructuras clave de la organización.
 - Asegurar que el desarrollo del plan quede aceptado por todos.
4. Comunicar el plan de cambio a todos los potencialmente afectados. Dicha comunicación debe generar un amplio impacto que minimice la resistencia y el escepticismo que rodea habitualmente a todo proceso de ajustes organizativo. Para ello se debe:
- Presentar primero a la gerencia el plan de implementación.
 - Presentar a todos los potenciales implicados y afectados los principales alcances del mismo y resultados esperados.
 - Asegurarse que los objetivos queden suficientemente claros y explícitos.
 - Explicar la (s) estrategia (as) para llevarlo a cabo indicando como ayuda al cumplimiento de la misión de la organización.
 - Asegurar que queda lo suficientemente explícito el impacto esperado con la implementación de dichos cambios (satisfacción de usuarios, prestigio institucional, mejora de calidad, etc.)
5. Obtener los recursos requeridos para la debida implementación de las medidas de mejoramiento derivadas del plan. Una vez este sea aprobado inmediatamente se debe asegurar la disponibilidad de recursos para llevarlo a cabo. Para ello se recomienda:
- Saber identificar y hacer tangibles los beneficios que obtendría la organización con el aporte de los recursos necesarios para desarrollar el plan de mejoramiento o cambio.
 - Organizar el equipo de cambio o implementación con personas directamente implicadas con los procesos que serán objeto de transformación.
 - Explicar claramente el impacto de los nuevos procesos en el cierre de la brecha existente entre en desempeño actual y desempeño deseado (superior).
 - Comparar objetivamente los costos de los nuevos procesos proyectados respecto a los actuales, en materia de ganancias en

cuanto a mejoras en la calidad, satisfacción de usuarios, posicionamiento y prestigio institucional.

6. *Implementar el Plan de Mejoramiento.* Se debe iniciar el desarrollo del plan tal y como lo ha diseñado previamente con su equipo, utilizando los instrumentos y herramientas que se han identificado previamente y que hacen parte de la agenda de cambio. La implementación se debe iniciar, cuando ya todo el proceso esté debidamente informado y comunicado al interior de la organización.
7. *Monitorear y Reportar los progresos o dificultades en su Implementación.* Se debe reportar regularmente los avances y posibles dificultades encontradas, confirmar que los recursos se están utilizando adecuadamente, y que el plan se desarrolla los tiempos estimados. Si no fuera así, identificar rápidamente acciones de ajuste. Para ello es importante:
 - Revisar regularmente las mediciones de avance que tienen impacto directo en los cambios esperados.
 - Determinar si las metas planteadas están previstas en la agenda.
 - Reportar sistemáticamente los progresos obtenidos que aporten al plan estratégico institucional y puedan apoyar el avance en la consecución de mejores niveles de desempeño.
8. *Verificar y Ajustar Regularmente la Estrategia de Implementación.* Para esto se debe:
 - Realizar una actualización periódica de sus fuentes de *Benchmarking* que permita identificar si hay nuevas innovaciones o mejores prácticas objeto de análisis.
 - Determinar las necesidades de ajustar sus metas de desempeño superior cuestionándose si hay nuevos jugadores en la industria de los cuales se pueda usted aprender.
 - Marcar nuevos cambios si fuese necesario.
9. *Identificar Nuevas Oportunidades para Nuevos Procesos de Benchmarking.* Ahora que el estudio está completo y los cambios van en marcha, no se puede olvidar que el proceso de búsqueda de la excelencia nunca termina, en la medida que la innovación tampoco se detiene; así como las necesidades y expectativas de los usuarios se transforman o se afectan por los cambios en las organizaciones. Para ello se debe:

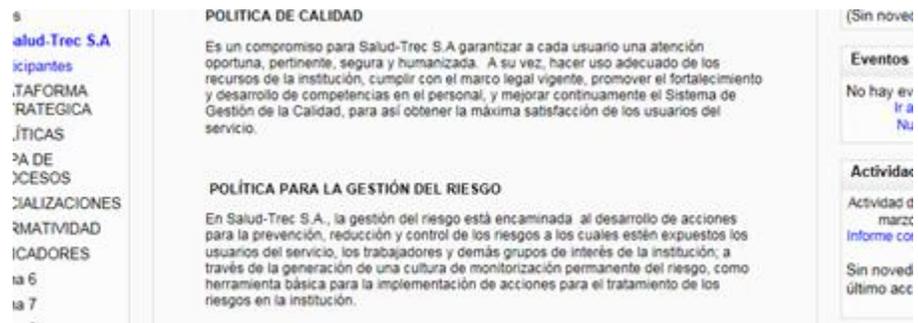
- Mantener la búsqueda de la excelencia con la intensidad permanente de apostarle a la innovación.
- Sostenga la tendencia de incorporar siempre las mejores prácticas en sus procesos.
- Anticipar las expectativas o requerimientos de sus usuarios, que aún no se hayan detectado.

9. RESULTADOS Y EVIDENCIAS

De las 9 oportunidades de mejora identificadas fueron gestionadas todas. Es decir, porcentaje de cumplimiento a Octubre 31 fue del 100%. Sobrepasando el objetivo propuesto de implementación de un 60 % del Plan de Mejoramiento.

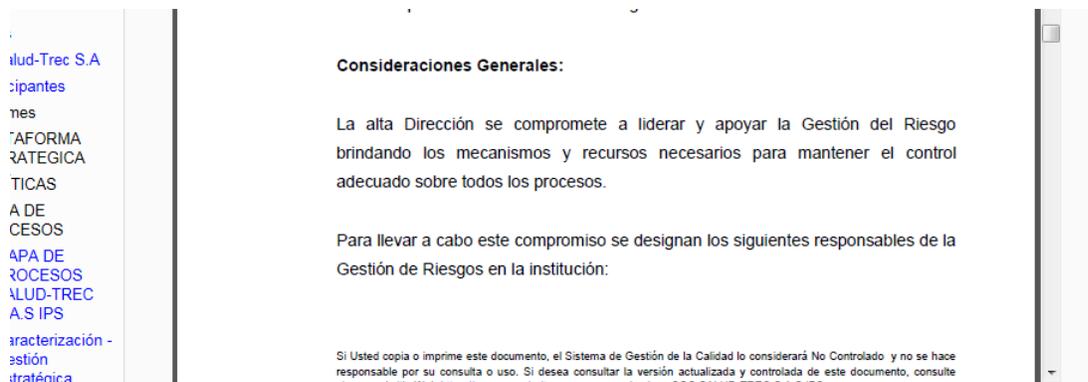
Fue aprobada e implementada la Política de Gestión del Riesgo en la institución, además de los otros componentes que hacen parte de su despliegue. Estos últimos fueron incluidos en el procedimiento PR-GE-003 Procedimiento Gestión del Riesgo. La publicación de la política es permanente y se realiza a través de la plataforma virtual de la institución. A continuación se muestran algunas imágenes que evidencia dicha publicación:

Imagen 7. Publicación de Política de Calidad



A continuación se muestran evidencias de los componentes incorporados al Procedimiento Gestión del Riesgo:

Imagen 8. Publicación Gestión del Riesgo



Aprobados, y documentados en el PR-GE-003 Procedimiento gestión del riesgo la definición de los tipos de los tipos de riesgos y los criterios para la valoración del riesgo e incluir en el procedimiento Gestión del Riesgo de la institución. A continuación se presentan las evidencias:

Imagen 8. (Continuación)

<p>al nal l sitio</p> <p>lud-Trec S.A ipantes tes AFORMA ATEGICA PICAS \ DE ESOS PA DE OCESOS LUD-TREC S IPS</p> <p>racterización - stión tratégica ALIA EC</p>	<p>provenientes de deficiencias en el Sistema de Información de la institución, en la definición de los procesos, en la estructura organizacional de la institución, la desarticulación entre las coordinaciones de área, lo cual conduce a ineficiencias e incumplimientos de los compromisos institucionales.</p> <p><i>Riesgo Tecnológico (R.T).</i> Este riesgo comprende aquellos riesgos relacionados con la capacidad de la institución para que la tecnología con la cual dispone satisfaga sus necesidades actuales y futuras y además soporte el cumplimiento de la misión.</p> <p><i>Riesgo Financiero (R.F).</i> Este riesgo está asociado con el manejo de los recursos institucionales, esto incluye la ejecución presupuestal, la elaboración de los estados financieros, los pagos, manejos de excedentes y el manejo sobre bienes.</p>
<p>Si Usted copia o imprime este documento, el Sistema de Gestión de la Calidad lo considerará No Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso. Si desea consultar la versión actualizada y controlada de este documento, consulte</p>	

Fue aprobada la identificación y formulación propuesta para la institución de los tipos de comunicación asegurando que estén alineados con el Direccionamiento Estratégico. A su vez, fueron aprobados para su comunicación los elementos del Direccionamiento Estratégico propuestos en el cuadro 12.

Fue aprobada la Guía metodológica para la revisión y actualización de la Plataforma Estratégica.

Imagen 9. Publicación Guía Metodológica para la revisión y actualización de la Plataforma Estratégica.

<p>PLATAFORMA ESTRATÉGICA</p>		<p>Fecha edición: 24/09/2012</p>
<p>Cuadro 1. Herramienta a utilizar para desarrollar el ejercicio de revisión y actualización de los valores y principios de Salud-Trec S.A.S IPS.</p>		
<p>CONTRIBUCIÓN CON GRUPOS DE INTERÉS</p>		
<p>Objeto de interés</p>	<p>¿Satisface la institución?</p>	
<p>CONTRIBUCIÓN CON EL COMPORTAMIENTO DE LOS EMPLEADOS DE LA INSTITUCIÓN (DE CADA GRUPO DE INTERÉS DEL INTERÉS DEL)</p>		
<p>Valor</p>	<p>Grupos de interés</p>	<p>Principios</p>
<p>CONTRIBUCIÓN CON INDICADORES DEMONSTRATIVOS</p>		
<p>Valor (Cual comportamiento debe mostrar el personal de la institución en el grupo de interés)</p>	<p>Definición</p>	<p>Para cada valor, anotar los comportamientos que se están buscando para medir si se cumple o no.</p>

El presente documento presenta los elementos para guiar el proceso de revisión y actualización de la Plataforma Estratégica en la institución

Fueron aprobadas las propuestas de reformulación de la Plataforma Estratégica. A continuación se muestra la publicación de esta en la plataforma virtual.

Imagen 10. Publicación Plataforma Estratégica

PLATAFORMA ESTRATEGICA

MISIÓN

Prestar servicios de salud con elevados estándares de calidad, seguridad, compromiso y responsabilidad social, a través de una atención personalizada, cálida y humanizada, un talento humano competente; procurando el uso eficiente de los recursos y promoviendo acciones que propendan el mejoramiento continuo, para asegurar la satisfacción de los usuarios, la permanencia de la organización en el tiempo, su crecimiento y rentabilidad.

VISIÓN

Ser en el 2017 una institución líder en Medicina Domiciliaria de mediana complejidad reconocida a nivel regional por la calidad y seguridad en la prestación de sus servicios.

PRINCIPIOS

Imagen 10. (Continuación)

VALORES

Honestidad. En Salud-Trec S.A se actúa con honestidad, cuando cada uno:

- Actúa conforme a lo que dice y hace.
- Reconoce y asume las equivocaciones o errores y corrige oportunamente.
- Reconoce y asume sus limitaciones con humildad, no trata de ocultarlas, tampoco suele mencionar ni presumir de aquellas cualidades que poseen.
- Actúa con transparencia en cada una de las actividades que se emprenden.

Fue aprobada y difundida la política de Humanización de la Atención. Se publica permanentemente en la plataforma virtual de la institución.

Imagen 11. Publicación Política de Humanización de la Atención

Salud-Trec S.A

participantes

LATAFORMA STRATEGICA

OLÍTICAS

APA DE PROCESOS

OCIALIZACIONES

ORMATIVIDAD

INDICADORES

ma 6

Es un compromiso para Salud-Trec S.A garantizar a cada usuario una atención oportuna, pertinente, segura y humanizada. A su vez, hacer uso adecuado de los recursos de la institución, cumplir con el marco legal vigente, promover el fortalecimiento y desarrollo de competencias en el personal, y mejorar continuamente el Sistema de Gestión de la Calidad, para así obtener la máxima satisfacción de los usuarios del servicio.

POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

En Salud-Trec S.A., trabajamos permanentemente para que nuestros colaboradores asuman actitudes y prácticas que permitan brindar a los usuarios y sus familias un trato amable, cálido, personalizado, respetuoso, y digno, que responda a sus necesidades físicas, intelectuales, emocionales y espirituales.

Eventos

No hay

Actividades

Actividad de

[Informe](#)

Sin nov

Fue aprobado el procedimiento para la formulación de planes operativos, junto con la herramienta para su formulación.

Imagen 12. Publicación procedimientos planes operativos

medidos
LISTA de deseos
PRODUCTOS relacionado

Salud-Trec S.A

FORMA ESTRATEGICA

POLITICAS

MAPA DE PROCESOS SALUD-TREC S.A

PROCESO GESTION ESTRATEGICA

CARACTERIZACION

Caracterización - Gestión Estratégica

DOCUMENTOS INTERNOS

- MANUALES
- PROCEDIMIENTOS
- PROTOCOLOS
- INSTRUCTIVOS
- GUIAS
- FORMATOS

DOCUMENTOS EXTERNOS

PROCESO GESTION DE LA CALIDAD

CARACTERIZACION

Caracterización - Gestión de la Calidad

MAPA DE RIESGOS

Mapa de Riesgos - Gestión de la Calidad

DOCUMENTOS INTERNOS

- MANUALES
- PROCEDIMIENTOS
- PROTOCOLOS
- INSTRUCTIVOS
- GUIAS
- FORMATOS

DOCUMENTOS EXTERNOS

PROCESO GESTION DEL SERVICIO

DOCUMENTOS INTERNOS

PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN DE PLANES OPERATIVOS

Código: PR-GE-003
Versión: 00
Fecha edición: 02/10/2012

Tabla 1. Formulación de Planes Operativos

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	REGISTRO
1. Definir objetivos Operativos	Definir los objetivos operativos basándose en los objetivos estratégicos que apliquen al área, los cuales fueron definidos en el Plan Estratégico.	Coordinadores de área y Líderes de proceso	F-GE-004 Planes Operativos
2. Definir acciones a ejecutar	Se deben definir las actividades en forma secuencial que deben ser realizadas para alcanzar cada meta. Por cada acción definida se debe asignar un responsable para la ejecución de la acción. A su vez, se debe indicar el tiempo estimado para la ejecución de cada una de las acciones.	Coordinadores de área y Líderes de proceso	F-GE-004 Planes Operativos
3. Definir indicadores de cumplimiento	Definir los indicadores para medir el cumplimiento de las metas propuestas	Coordinadores de área y Líderes de proceso	F-GE-004 Planes Operativos
4. Definir meta anual	Definir la meta anual para alcanzar para alcanzar el objetivo operativo. Para plantear estas metas se deberá tener en cuenta las metas definidas y que no fueron cumplidas en el Plan Operativo del año inmediatamente anterior.	Líderes de procesos	F-GE-004 Planes Operativos
5. Identificar	Identificar las personas que serán responsables.		

10. CONCLUSIONES

- La alta dirección debe procurar una participación más efectiva como líder y responsable del desarrollo, despliegue y seguimiento al Direccionamiento Estratégico de la institución.
- Se debe trabajar por la construcción de un sistema de liderazgo que busque el fortalecimiento de las habilidades de liderazgo en los colaboradores.
- Se debe fortalecer el liderazgo que guíe el quehacer diario de los colaboradores, de tal forma que se promueva la excelencia en el desempeño de las actividades institucionales y una cultura de calidad que busque dar una respuesta efectiva a los requerimiento de los usuarios del servicio, a las aseguradoras y en general a los grupos de interés de la institución.
- Se debe promover en forma sistemática el desarrollo de los colaboradores, que faciliten la formulación de iniciativas individuales y en equipo, incrementando sus responsabilidades a través de empowerment, autocontrol, comunicación eficaz, innovación, y desarrollo y fortalecimiento de las competencias.
- Si bien la institución tiene una larga trayectoria en el área de la medicina domiciliaria, hoy en día enfrenta muchos retos para poder mantenerse en el mercado. De allí la importancia, que esta conjugue todos su esfuerzos para el logro de los objetivos institucionales. Es este sentido juega un papel primordial la comunicación interna, ya que no solo basta con publicar una política o un objetivo. Lo que realmente importa es asegurar que todo el personal entiende su contenido, es decir, se debe asegurar que estas son interiorizadas y comprendidas por los colaboradores.
- Asegurar el despliegue del Plan Estratégico para el periodo 2013-2018 es un factor clave para hacer realidad la visión propuesta. Es por esto que la institución no solo debe quedarse con el Plan Estratégico formulado, debe articular todos los elementos y coordinar todas las acciones necesarias para que los objetivos estratégicos contenidos en este sean alcanzados en forma gradual. Es decir, la Gerencia debe coordinar esfuerzos con los líderes de procesos para la formulación del plan operativo anual.
- La mejora continua es un proceso sistemático y recurrente. Por lo tanto, se pone a consideración gestionar las oportunidades de mejora identificadas para los demás procesos del Sistema de Gestión, y asegurar el cierre eficaz de las acciones de mejoramiento para estos procesos.

BIBLIOGRAFÍA

BRAVO CARRADA, Teodoro. Benchmarking y los grupos relacionados con el diagnóstico hospitalario, año 2000.

http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1774:benchmarking-y-los-grupos-relacionados-con-el-diagnostico-hospitalario&Itemid=718

Decreto 2174 (28, noviembre, 1996). Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. Bogotá, D.C.: El Ministerio, 1996. 6 p.

Guía Práctica de Preparación para la Acreditación en Salud. Año 2007. <http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Gu%C3%ADa%20preparaci%C3%B3n%20acreditaci%C3%B3n%20MPS.pdf>. [Consulta: 26 de agosto del 2012 1:20 a.m.]

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. “Documentación. Presentación de tesis, trabajos de grado y otros trabajos de investigación”. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2008, 41 p. (NTC 1486).

Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. Versión 003. Año 2012. <http://www.acreditacionensalud.org.co/userfiles/file/Manual%20AcreditSalud%20AmbulyHosp2012.pdf>; [consulta: 10 de junio del 2012 2:10 a.m.]

-----MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 (3, abril, 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. Bogotá, D.C.: El Ministerio, 2006. p. 2-13.

----- “Referencias Bibliográficas. Contenido, forma y estructura”. Bogotá D.C.: ICONTEC, 2008, 38 p. (NTC 5613).

----- “Referencias Documentales para Fuentes de Información Electrónicas”. Bogotá D.C.: ICONTEC, 1998, 27 p. (NTC 4490)

----- Resolución 1445 (8, mayo, 2006). Artículo N° 3. Escala de calificación para efecto de que el ente acreditador evalúe el cumplimiento de los estándares de acreditación. Diario Oficial. Bogotá, D.C.: El Ministerio, 2006. p. 5.

-----. Resolución 2680 (3, agosto, 2007). Anexo técnico N° 1. Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

-----. Resolución 123 (26, enero, 2012). Por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006. Bogotá, D.C.: El Ministerio, 2006.

-----.Manual de Implementación Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI 1000:2005. Departamento Administrativo de la Función Pública. Dirección de Políticas de Control Interno y Racionalización de Trámites. (2008).

<http://apolo.uniatlantico.edu.co:8006/SIG/MECI-1000-2005.pdf>

http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive_publicaciones?no=579

-----MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL.*Benchmarking* para la referenciación competitiva y comparativa en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

<http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea2/3.3benchamarking.html>

ANEXOS

Anexo A. Hoja Radar para la calificación de estándares en salud

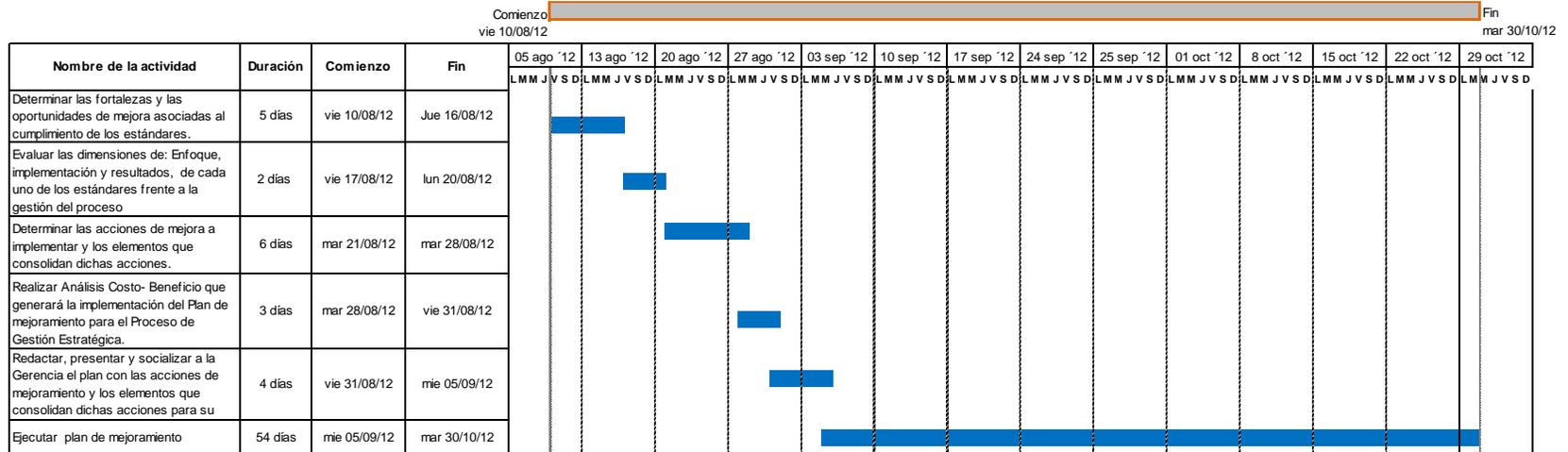
Variable	Escala de calificación				
	1	2	3	4	5
Enfoque					
Sistematicidad y amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega están documentados.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas clave	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Proactividad	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
Ciclo de evaluación y mejoramiento.	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento
Implementación					
Despliegue en la Institución	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
Despliegue hacia el usuario	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente
Fuente Anexo Técnico N°2. Escala de Calificación					

ANEXO A. (Continuación)

Variable	Escala de calificación				
	1	2	3	4	5
	Resultado				
Pertinencia	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados .	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área , factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
Consistencia	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Avance de la Medición	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos
Tendencia	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
Comparación	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistémicas	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

Fuente Anexo Técnico N°2. Escala de Calificación

Anexo B: Cronograma de Actividades del Proyecto



Fuente. El autor

Anexo D. Mapa Estratégico

