



# *SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD*

## *ACREDITACIÓN*



Auditoría para el  
Mejoramiento de  
la Calidad

Sistema de  
información para  
la calidad

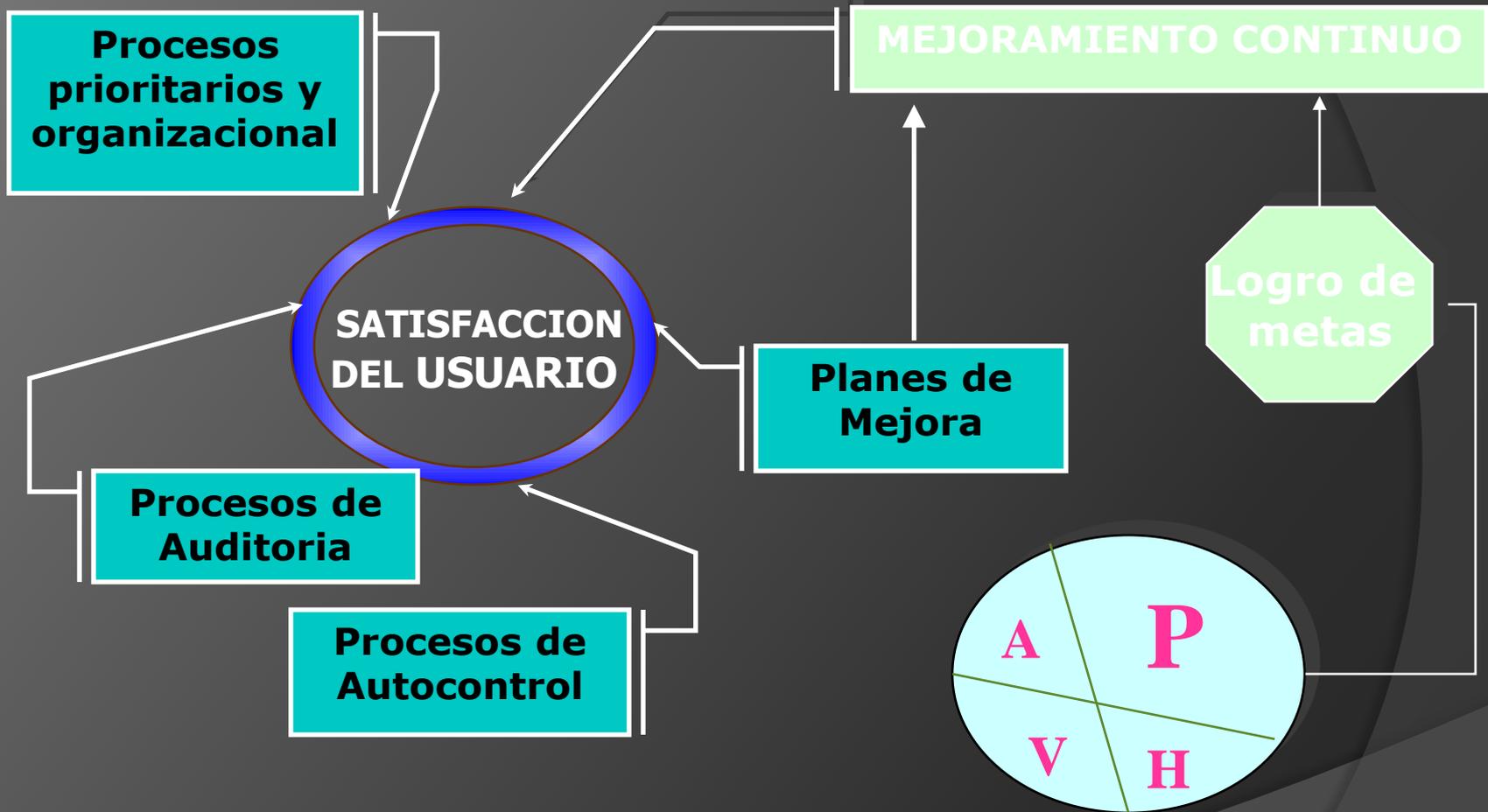
Estándares  
de  
habilitación

Acreditación  
de IPS Y EPS



# SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD





# MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD



# RUTA CRITICA

**Autoevaluación**

**Selección de  
Procesos a  
Mejorar**

**priorización de  
procesos**

**Aprendizaje  
Organizacional**

- Normatividad
- Prioridades de la Institución

**Definición de la  
calidad esperada**

**Evaluación del  
mejoramiento**

- Fortalezas
- Oportunidades
- Efectos de las oportunidades
- Acciones de mejoramiento
- Limitantes
- Indicadores

**Medición inicial del  
desempeño de los  
procesos**

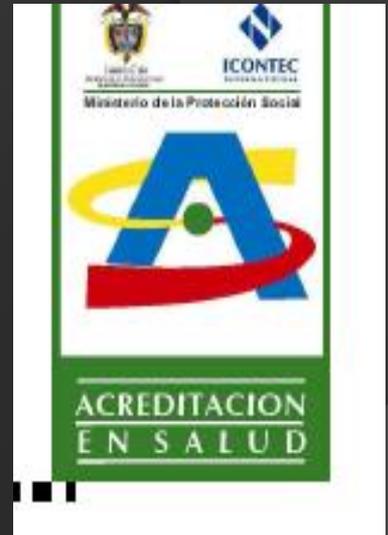
**Ejecución del Plan  
de Acción**

**Plan de Acción  
para Procesos  
Seleccionados**



# ACREDITACIÓN ES:

Proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del usuario en una organización de salud



## ATRIBUTOS PRIORITARIOS



Fuente: Dr. Carlos Edgar Rodríguez ICONTEC



# ESTANDARES



# MANUALES



Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Hospitalarias



Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias



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 salud de Habilitación y Rehabilitación

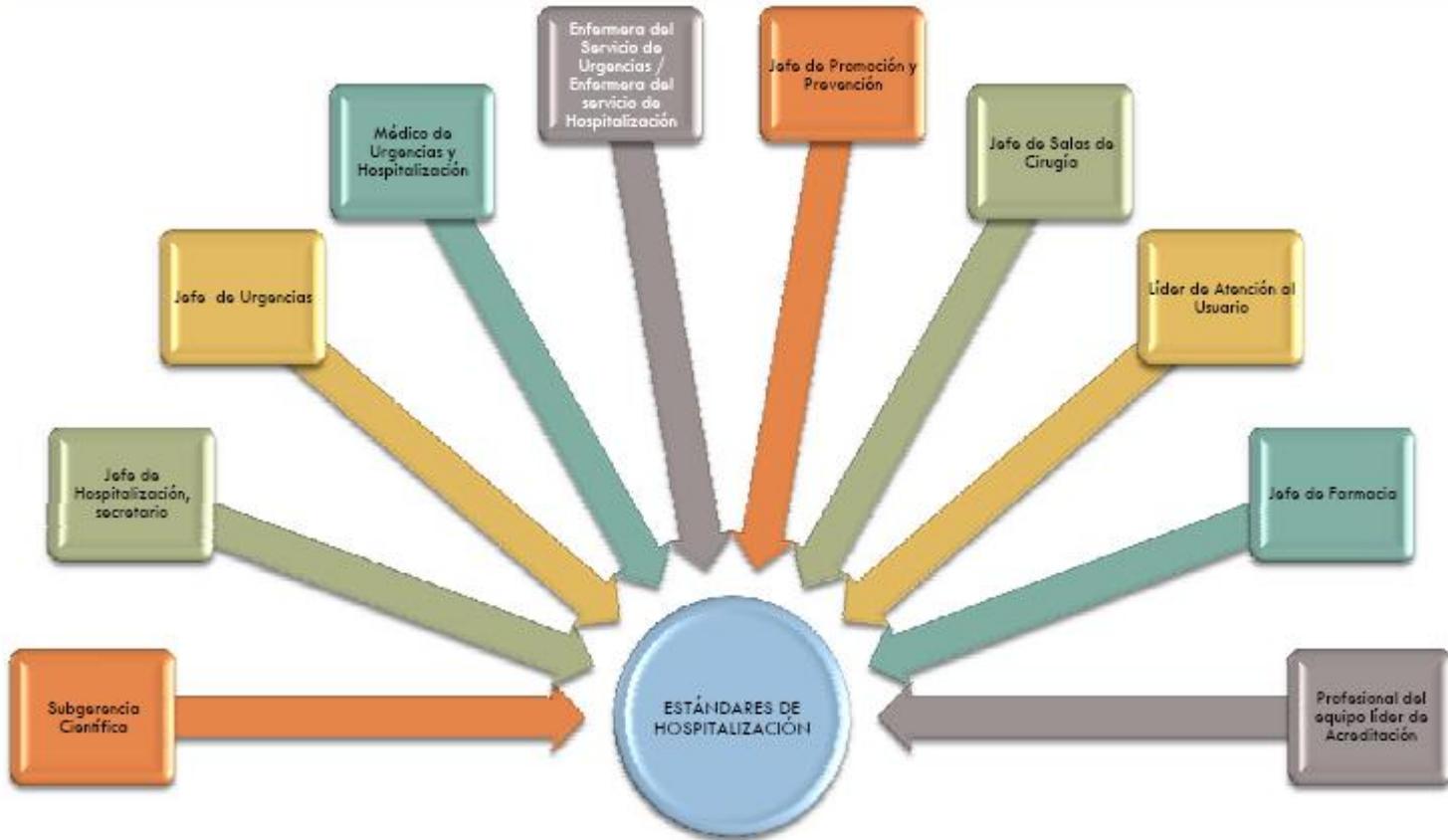


**PONDERACIÓN IPS HOSPITALARIA CON PREDOMINIO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**

<b>1. GRUPO ESTÁNDARES ASISTENCIALES</b>		<b>NÚMERO DE ESTÁNDARES</b>	<b>PUNTAJE</b>
<b>SECCIONES</b>	Hospitalarios	25	130
	Ambulatorios	63	15
	Laboratorio	53	30
	Imagenología	50	30
	Rehabilitación	12	15
<b>SUBTOTAL</b>		<b>203</b>	<b>220</b>
<b>2. GRUPO ESTÁNDARES DE APOYO</b>			
<b>SECCIONES</b>	Direccionamiento	14	66
	Gerencia	14	36
	Gerencia de recursos humanos	14	46
	Gerencia del ambiente físico	13	46
	Gerencia de la información	11	46
	Tecnología	17	16
	IPS integradas en red	16	24
	<b>SUBTOTAL</b>		<b>99</b>
<b>TOTAL</b>		<b>302</b>	<b>500</b>



# EQUIPOS SUGERIDOS



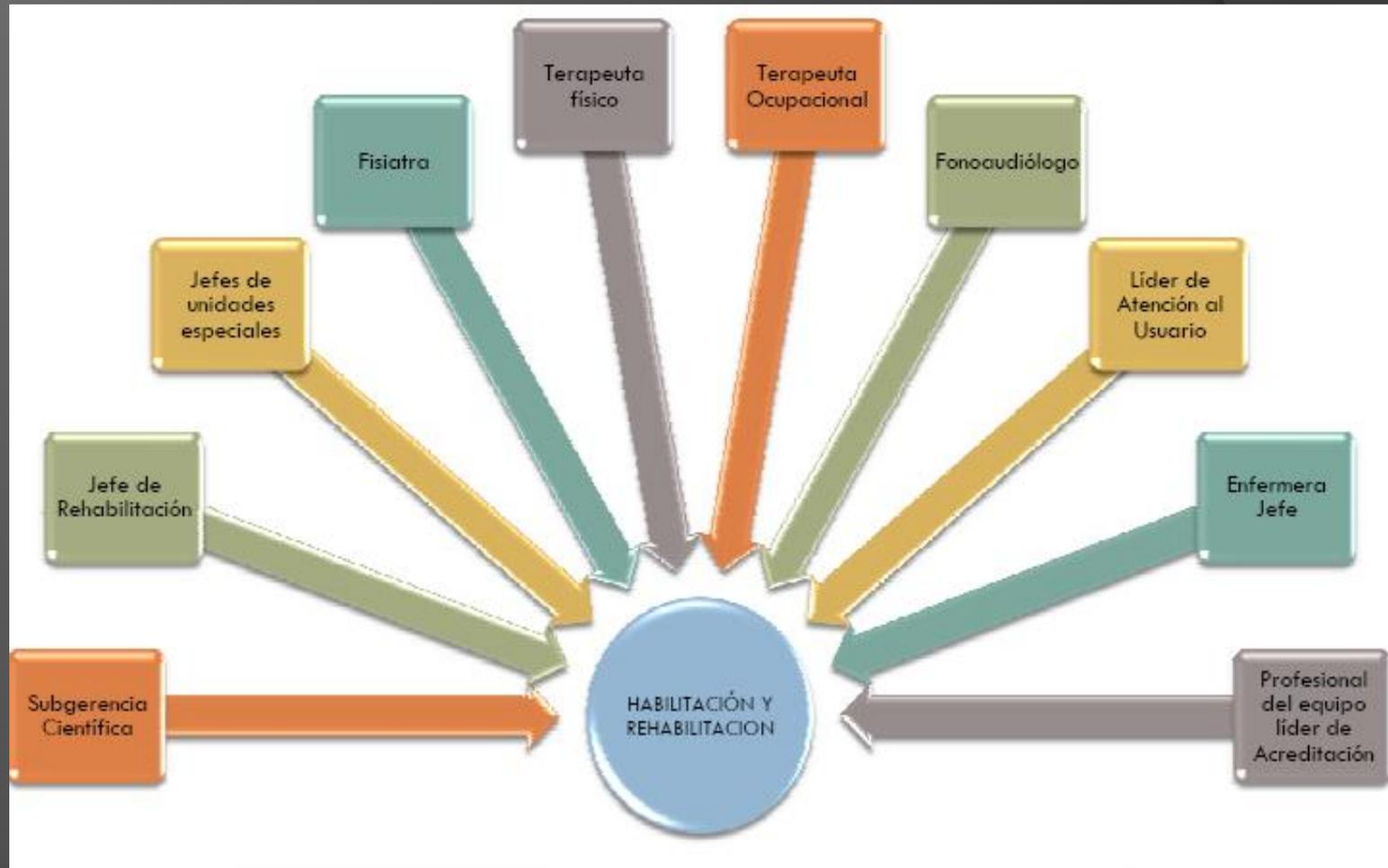
# EQUIPOS SUGERIDOS



# EQUIPOS SUGERIDOS

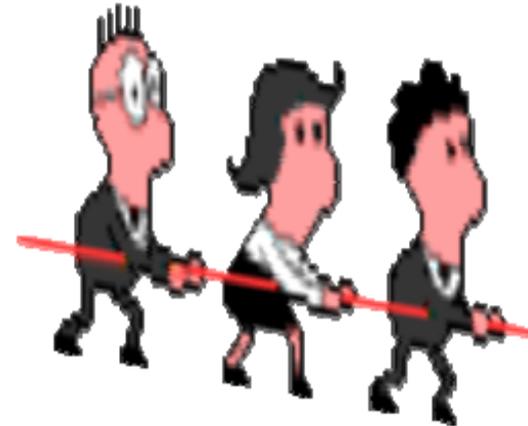


# EQUIPOS SUGERIDOS



## QUÉ SON LOS EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN?

Grupo de personas de todos los niveles de la organización, profesionales y técnicos, quienes implementan la metodología de acreditación en la organización.



Como equipo deben tener la actitud manifiesta para colaborar con otras personas en la consecución de unos objetivos comunes, la calidad en este caso.

# CLASES DE EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

Servicio de Atención al Cliente



Se enfocan en el cumplimiento de los estándares de Atención al Usuario (Asistenciales)

Equipo de Apoyo



Se enfocan en el cumplimiento de los estándares de Recurso Humano, Ambiente Físico, Gerencia de la Información, Tecnología, IPS Integradas en Red

Liderazgo



Se enfocan en el cumplimiento de los estándares de Direccionamiento y Gerencia



# EVALUACION DE LOS ESTANDARES



# CALIFICACION CUANTITATIVA



# ESCALA DE CALIFICACIÓN

**Enfoque:** Se refiere a las directrices, métodos y procesos planeados por la institución

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

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



Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
<b>ENFOQUE</b>					
<b>Sistematicidad y amplitud</b>	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 está documentado	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas claves.	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.
<b>Proactividad</b>	Los enfoques son principalmente reactivos.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.	Enfoque principalmente 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 principalmente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
<b>Ciclo de evaluación y mejoramiento</b>	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.



Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
<b>IMPLEMENTACIÓN</b>					
<b>Despliegue en la institución</b>	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.
<b>Despliegue al cliente interno y/o externo</b>	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.



# RESULTADOS

**Pertinencia:** Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática

**Consistencia:** Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.

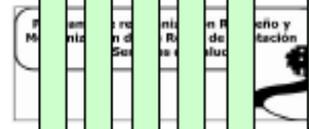
**Avance de la medición:** Grado en que la medición responde a una práctica sistemática y existen indicadores definidos para la medición

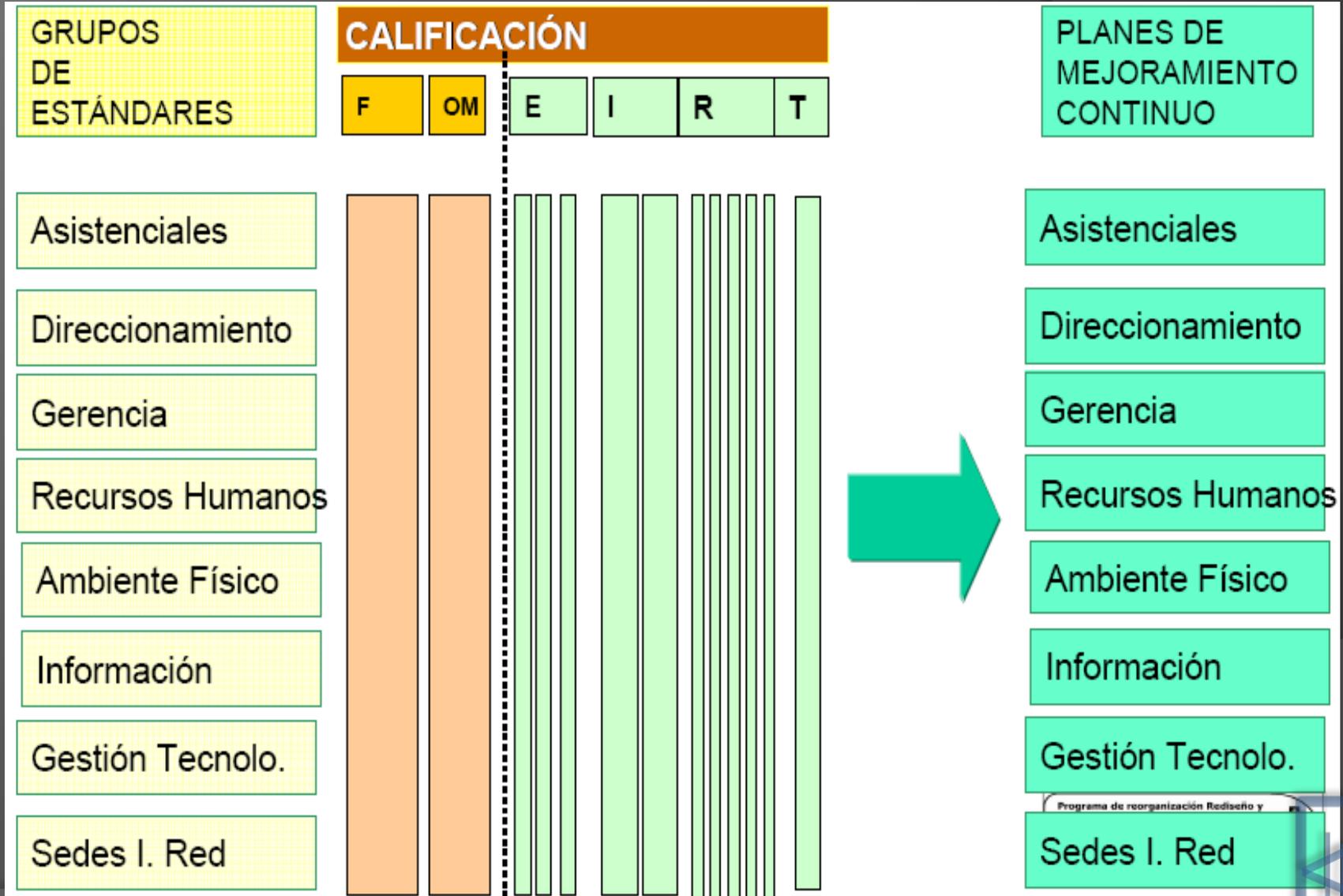
**Tendencia:** Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.

**Comparación:** Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos.

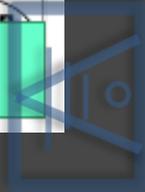


GRUPOS DE ESTÁNDARES	CALIFICACIÓN												
	FORTALEZAS	OM	Enfoque			Implementación	Resultado	T					
Asistenciales													
Direccionamiento													
Gerencia													
Recursos Humanos													
Ambiente Físico													
Información													
Gestión Tecnolo.													
Sedes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





Programa de reorganización Rediseño y



# PRIORIZACIÓN



**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 / cobertura

# QUE CONTIENE UN PMCC?

ESTANDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN			
		Riesg o	Costo	Volume n	Total
173.(43). La organización define y adopta , cuando aplique, criterios para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.	Definir el procedimiento para identificar y aconsejar a víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia doméstica.				



## Criterios de Priorización

Riesgo	Costo	Volumen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>



# PLANES DE MEJORA TRASVERSALES

Deberes y  
Derechos

Seguridad  
de  
Pacientes

Gestión de  
comentarios  
de los  
usuarios

Planes de  
Mejoramien  
to



# LO QUE SIGUE



Ser parte de la Mejora  
Continua... Ya están las  
herramientas



# Hay muchas formas de lograr calidad

