

**ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE  
ACREDITACIÓN PARA LA SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL  
DEL MUNICIPIO DE PEREIRA**

**JESSICA VANESSA CARDONA RAMIREZ.**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA POPULAR DEL RISARALDA  
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS  
PRACTICAS PROFESIONALES  
PEREIRA  
2010**

**Informe Final de Práctica Profesional**

**Análisis y Diagnóstico del Cumplimiento de los Estándares de Acreditación para la  
Secretaría de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira**

**Jessica Vanessa Cardona Ramírez**

**Tutor:**

**Juan Carlos Muñoz**

**Administrador de Empresas**

**Universidad Católica Popular del Risaralda**

**Programa de Administración de Empresas**

**Prácticas Profesionales**

**Pereira**

**2010**

## **DEDICATORIA.**

Quiero dedicar este trabajo a mis padres Luis Alfonso Cardona Parra y Martha Lucia Ramírez Gallego Quienes me han brindado una educación con principios y bases sólidas que me han permitido ser una mujer responsable, respetuosa y comprometida y además me han dado todo su apoyo para la consecución de todas mis metas, entre ellas la culminación de mi práctica profesional.

## **AGRADECIMIENTOS.**

Quiero agradecer a todas aquellas personas que me guiaron y apoyaron durante este proceso, en especial a mi jefe inmediato Cristian Herrera y a mi tutor de práctica Juan Carlos Muñoz, que me orientaron y acompañaron durante toda el proyecto, brindándome no solo sus conocimientos, sino también toda su paciencia y comprensión para mi adecuado desempeño dentro de esta dirección local de salud.

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>Introducción.....</b>	<b>8</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>9</b>
<b><u>1. Presentación De La Organización O Sitio De Práctica.....</u></b>	<b>10</b>
<u>1.1. Misión.....</u>	11
<u>1.2. Visión.....</u>	11
<b><u>2. Sistema De Gestión De Calidad Del Municipio De Pereira .....</u></b>	<b>12</b>
<u>2.1. Política De Calidad .....</u>	12
<u>2.2. Política Del Talento Humano.....</u>	12
<u>2.3. Política De Comunicación E Información .....</u>	12
<b><u>3. Informacion De La Organizacion. ....</u></b>	<b>13</b>
<b><u>4. Planteamiento Del Problema.....</u></b>	<b>15</b>
<b><u>5. Area De Intervención E Identificación De Las Necesidades.....</u></b>	<b>15</b>
<b><u>6. Eje De Intervencion.....</u></b>	<b>16</b>
<b><u>7. Justificación.....</u></b>	<b>16</b>
<b><u>8. Objetivos.....</u></b>	<b>18</b>
<u>8.1. Objetivo General.....</u>	18
<u>8.2. Objetivos Especificos. ....</u>	18
<b><u>9. Marco Teorico .....</u></b>	<b>19</b>
<b><u>10. Marco Contextual.....</u></b>	<b>23</b>
<b><u>11. Diseño Metodologico. ....</u></b>	<b>35</b>
<b><u>12. Presentacion Y Analisis De Los Resultados. ....</u></b>	<b>44</b>
<b><u>13. Conclusiones.....</u></b>	<b>63</b>
<b><u>14. Recomendaciones. ....</u></b>	<b>64</b>
<b><u>15. Glosario .....</u></b>	<b>65</b>
<b><u>16. Bibliografía.....</u></b>	<b>66</b>

**LISTA DE TABLAS**

***Tabla 1. Instructivo para la calificación de estándares..... 39-42***

***Tabla 2. Cronograma de actividades: Diagrama de Gantt.....43***

**LISTA DE FIGURAS**

*Fig. 1. Estructura organizacional.....14*

*Fig. 2. Ciclo de Deming.....20*

## **INTRODUCCIÓN.**

El sistema único de acreditación aprobado por el ICONTEC y el Ministerio de la Protección Social se lanzó en febrero del año 2004 como uno de los componentes del sistema obligatorio de la garantía a la calidad de atención en salud, para que las empresas prestadoras de servicio de salud voluntariamente accedieran a demostrar el cumplimiento de normas técnicas de alta calidad, logrando de esta manera recibir los beneficios que acreditación implica.

Este sistema está diseñado básicamente para las empresas prestadoras de salud habilitadas de larga trayectoria que desean implementar una estrategia de mejoramiento continuo de la calidad.

La acreditación para todo ente prestador de servicios de salud, certifica el óptimo cumplimiento de condiciones de seguridad, eficiencia, accesibilidad, efectividad, competencia coordinación, continuidad y pertinencia. Además garantiza el enfoque continuo en el cliente, de tal modo que sus necesidades y expectativas queden satisfechas con el menor índice de riesgo y funciona como estrategia de reducción de costos.

La Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira desde mayo de 2009 inició el proceso de análisis y autoevaluación del funcionamiento de la organización, para tener conocimiento pleno de las fortalezas y debilidades en los procesos internos e implementar estrategias correctivas que permitan a la entidad ser un probable candidato al proceso de acreditación.

Este proceso busca la implementación de un continuo enfoque en el cliente y el cumplimiento de sus necesidades y expectativas, de modo tal que este sea atendido con el pleno cumplimiento de sus derechos. Además de contar con la eficiencia necesaria para suplir todas las necesidades del sector e incrementar la efectividad de todos los servicios prestados.



## **RESUMEN**

**El presente trabajo de práctica profesional presentara el grado de cumplimiento de estándares de acreditación impuestos por el SOGC para la secretaria de salud y seguridad social del municipio de Pereira y las acciones de mejora correspondientes para cada unos de los ítems evaluados, asi como la priorización de procesos y la elaboración de un PAMEC, de tal modo que esta institución logre la optimización de sus labores y la acreditación en salud.**

## **ABSTRACT**

**The present professional work shows the degree of compliance in accreditation's standards set by the SOGC to the secretary of health and welfare of Pereira's town and the corresponding improvement actions for each of the evaluated items, as well as the prioritization of processes and the development of a Continuous Improvement Plan (PAMEC), so that institution to achieve the optimization of its work and accreditation on health.**

## **1. PRESENTACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN O SITIO DE PRÁCTICA**

La Secretaria de Salud y Seguridad Social Municipal de Pereira surgió con la supresión y liquidación del Instituto Municipal de Salud de Pereira en el mes de Noviembre del año 2006, debido a la necesidad de dinamizar y poner en funcionamiento el programa de modernización y fortalecimiento institucional, se encuentra ubicada en Complejo Diario del Otún, Cra. 10 No 19-25 Local 42 Piso 1.

Esta institución cuenta con aproximadamente 300 personas empleadas, bajo libre nombramiento, contrato indirecto, serví temporales y personal de planta, que están distribuidos entre los siguientes programas institucionales: Seguridad Laboral, Salud Bucal, Enfasys, Enfermedades Crónicas, Salud Mental, Nutrición, Salud Infantil, Salud Sexual y Reproductiva, Prevención de TBC y Lepra, Vacunación, Vigilancia y Control y Participación Social.

### *1.1. MISIÓN.*

Direccionar, inspeccionar, vigilar y controlar el sistema general de seguridad social en salud a nivel local, identificando los recursos y creando las condiciones que garanticen la cobertura y el acceso de los usuarios a los servicios de salud.

### *1.2. VISIÓN.*

Pereira será una ciudad gobernada con transparencia y equidad, donde todos actuemos con responsabilidad y solidaridad, con un desarrollo sostenible en el campo y la ciudad con condiciones de vida digna para sus habitantes, articulada a la región y al mundo. La Administración Municipal de Pereira, será reconocida por su calidad en el servicio ciudadano, por la excelencia en el desempeño administrativo, por el uso de las más avanzadas tecnologías y por la profesionalización y pertenencia del servidor público, con un indeclinable compromiso de mejoramiento continuo.

Esta institución depende enteramente del Estado, por esta razón su misión y visión es homogénea a la de la Alcaldía del municipio de Pereira.

## **2. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DEL MUNICIPIO DE PEREIRA**

### *2.1. POLÍTICA DE CALIDAD*

Trabajar con objetividad y transparencia para seguir construyendo el Municipio deseado, mediante el alto desempeño de los procesos y buscando la excelencia en la prestación del servicio, contribuyendo así a elevar la calidad de vida de sus habitantes, por medio del mejoramiento continuo y el compromiso del talento humano

### *2.2. POLÍTICA DEL TALENTO HUMANO*

La Alcaldía de Pereira tiene como política de Desarrollo del Talento humano, velar porque el servidor público que hace parte de la Alcaldía sea personal calificado, ético, objetivo y productivo, propendiendo por su mejoramiento continuo en aras del cumplimiento de la misión institucional.

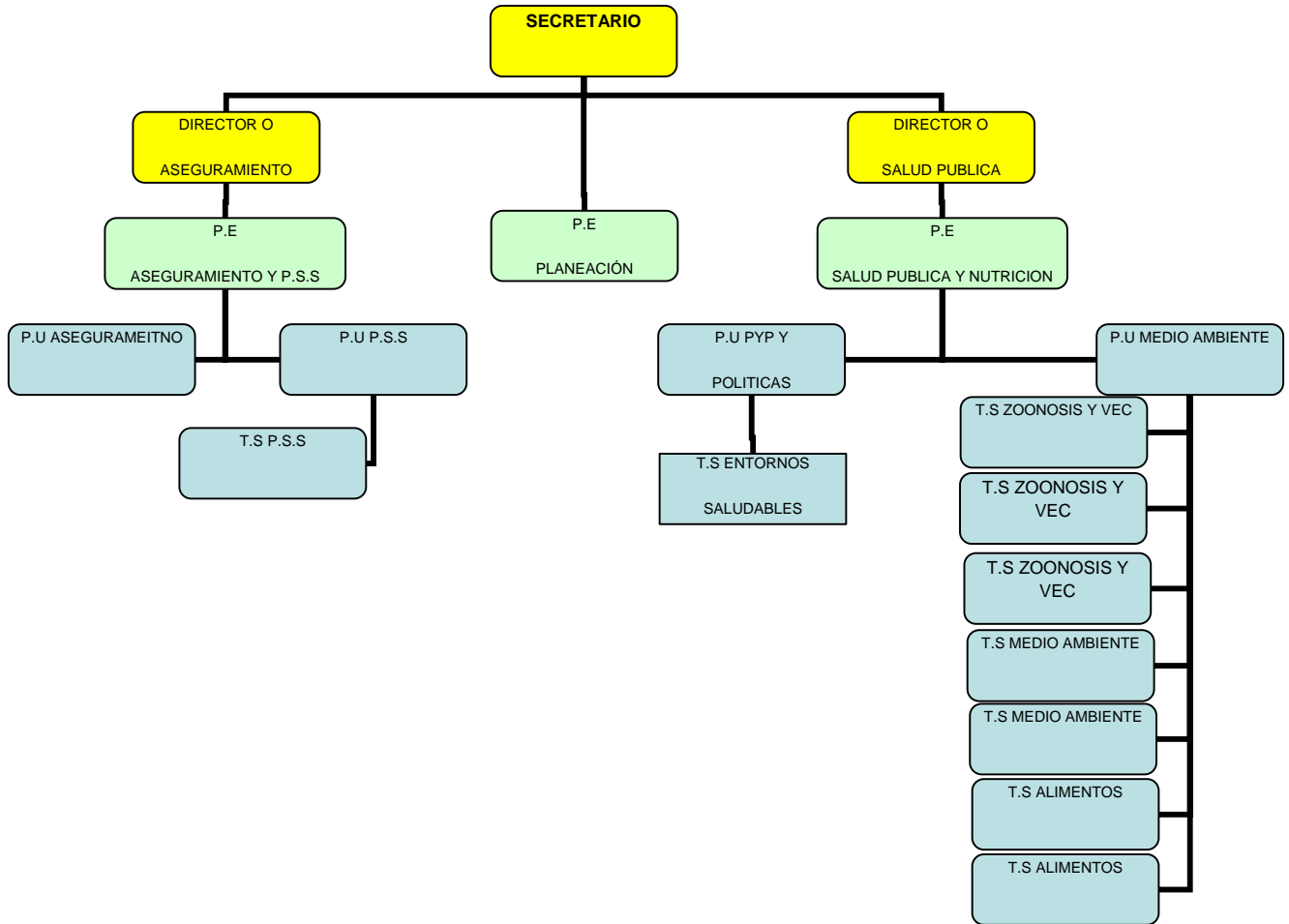
### *2.3. POLÍTICA DE COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN*

Asumir la comunicación y la información como bienes públicos con carácter estratégico orientados hacia el fortalecimiento de la identidad institucional, garantizando la interacción y la construcción de una visión colectiva de la comunidad.

### **3. INFORMACION DE LA ORGANIZACION.**

- La Secretaria de Salud y Seguridad Social del municipio de Pereira cuenta aproximadamente con 300 empleados para realizar sus labores de vigilancia y control, estos están distribuidos entre el personal de la planta física y personal de trabajo de campo.
- Se encuentra ubicada en el Complejo Diario del Otún, Cra. 10 No 19-25 Local 42 Piso 1.
- Está dividida en programas de salud con sus respectivos coordinadores, estos son: Seguridad Laboral, Salud Bucal, Enfasys, Enfermedades Crónicas, Salud Mental, Nutrición, Salud Infantil, Salud Sexual y Reproductiva, Prevención de TBC y Lepra, Vacunación, Vigilancia y Control y Participación Social.
- El área en que se desarrollaran las funciones como practicante de la Universidad Católica Popular del Risaralda es el área de dirección administrativa.

**ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.**



**Figura 1: estructura organizacional.**

- La jerarquía de mando dentro de esta organización está constituida principalmente por el Secretario de Salud, seguido por sus directores operativos de Salud Pública y Aseguramiento, estos a su vez tienen una variedad de programas a su cargo que cumplen la tarea de realizar actividades de promoción, prevención, vigilancia y control en el municipio de Pereira.

#### **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Es necesario realizar un diagnóstico de autoevaluación de la secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira para verificar el correcto funcionamiento de sus actividades productivas y si es pertinente implementar acciones correctivas en caso tal de encontrar falencias. Todo esto sirve de apoyo para confirmar si la organización cumple con todos los estándares básicos para la implementación del proceso de acreditación.

#### **5. AREA DE INTERVENCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES.**

El área de intervención en el que se desempeñara la práctica profesional de la Secretaria de Salud y Seguridad Social es la dirección administrativa. Allí se desarrollaran funciones de apoyo al proceso de acreditación de dicha entidad y se asistirá periódicamente a reuniones con el comité de trabajo de dicho proceso para establecer el cumplimiento por parte de la secretaria de todos los estándares requeridos para la acreditación.

Dentro de la organización se hará parte del comité del proceso de acreditación, allí de la mano del equipo de calidad de la entidad se plantearan estrategias de mejoramiento y acciones correctivas, también se autoevaluara el cumplimiento de cada uno de los estándares requeridos para tal proceso y se desarrollara el proceso de auditoría para el mejoramiento de la calidad. (PAMEC).

## **6. EJE DE INTERVENCION**

Dentro de la organización es importante el apoyo al proceso de acreditación, pues este ayuda optimizar procesos dentro de la organización y reconoce las debilidades de la Secretaria de Salud y Seguridad Social (SS y SS) para poder implementar estrategias de mejoramiento continuo de enfoque en el cliente, el cumplimiento de sus necesidades y expectativas, de modo tal que este sea atendido con el pleno cumplimiento de sus derechos, además de contar con la eficiencia necesaria para suplir todas las necesidades del sector e incrementar la efectividad de todos los servicios prestados.

## **7. JUSTIFICACION**

La acreditación es un proceso periódico y voluntario de autoevaluación interna y revisión externa de los resultados y procesos de la organización, donde se analizan las fortalezas y debilidades que existen al interior de la entidad para ejercer control y mejorar la calidad de atención del cliente en los aspectos que no funcionan adecuadamente. Este proceso es realizado por personas capacitadas para tal fin y el resultado del mismo es avalado por la entidad acreditadora autorizada.

La acreditación como herramienta de evaluación interna establecida hace mas de 50 años para el sector de la salud, garantiza la entrega de servicios de salud de alta calidad y seguros así como los estándares de dicho proceso, estos son diseñados para el mejoramiento continuo de la calidad, por tal razón son renovados cada tres años y toda organización que desee mantener su certificado de acreditación deberá renovarlo cada que se cumpla este periodo de tiempo.

El objetivo del sistema único de acreditación es motivar el manejo de las buenas prácticas empresariales, logrando afianzar la competitividad y eficiencia de las organizaciones del sector salud, proporcionando un buen servicio e información clara para



los usuarios, para que estos puedan tomar decisiones libres acerca de la entidad a la que desean pertenecer.

En el transcurso de este proceso se pretende dictaminar el cumplimiento por parte de la Secretaria de Salud y Seguridad Social del municipio de Pereira de los estándares básicos para acceder a la acreditación en salud y de esta manera dar inicio al proceso de mejoramiento de las debilidades de la organización, para poder acceder a dicho título y acceder a los beneficios que este conlleva.

## **8. OBJETIVOS**

### *8.1. OBJETIVO GENERAL*

- Generar el diagnóstico de autoevaluación de cumplimiento de los estándares requeridos para la acreditación de la Secretaria de Salud y Seguridad Social.

### *8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.*

- Realizar la autoevaluación de la Secretaria de Salud y Seguridad Social de Pereira para verificar el cumplimiento de los estándares de acreditación en función política.
- Realizar la autoevaluación de la Secretaria de Salud y Seguridad Social para verificar el cumplimiento de los estándares de acreditación en función de inteligencia.
- Realizar la autoevaluación de la Secretaria de Salud y Seguridad Social para verificar el cumplimiento de los estándares de acreditación en función de atención en salud a la población.
- Realizar la autoevaluación de la Secretaria de Salud y Seguridad Social para verificar el cumplimiento de los estándares de acreditación en función de atención del medio ambiente.
- Realizar la autoevaluación de la Secretaria de Salud y Seguridad Social para verificar el cumplimiento de los estándares de acreditación en materia de apoyo a la dirección.

## 9. MARCO TEORICO

Para el desarrollo del proceso del SOGC dentro de la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira es de vital importancia tener conocimiento sobre el concepto de calidad, pues este es el eje central de esta investigación y nos facilitara la comprensión de la misma. Calidad refiere a la capacidad de lograr objetivos de operación buscados, La norma ISO 8402-94 define la calidad como: El conjunto de características de una entidad que le otorgan la capacidad de satisfacer necesidades expresas e implícitas.

El propósito de calidad es proporcionarle al cliente una oferta apropiada con procesos controlados y al mismo tiempo garantizar que esta mejora no se traduzca en costos adicionales. Es posible mejorar un gran número de problemas a un bajo costo. En la práctica existen dos tipos de calidad.

**Calidad externa**, que corresponde a la satisfacción de los clientes. El logro de la calidad externa requiere proporcionar productos o servicios que satisfagan las expectativas del cliente para establecer lealtad con el cliente y de ese modo mejorar la participación en el mercado. Los beneficiarios de la calidad externa son los clientes y los socios externos de una compañía. Por lo tanto, este tipo de procedimientos requiere escuchar a los clientes y también debe permitir que se consideren las necesidades implícitas que los clientes no expresan.

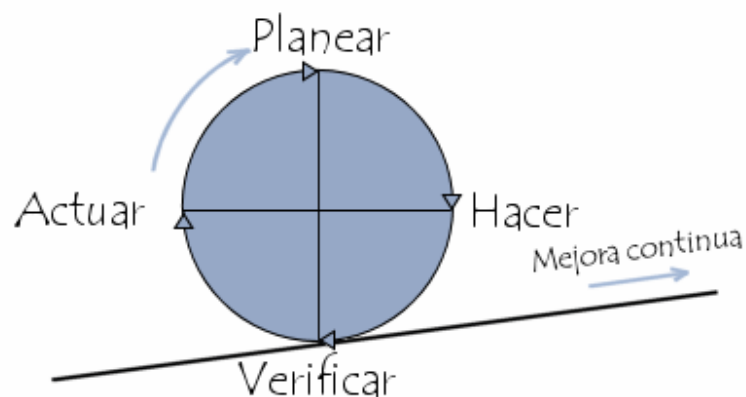
**Calidad interna**, que corresponde al mejoramiento de la operación interna de una compañía. El propósito de la calidad interna es implementar los medios para permitir la mejor descripción posible de la organización y detectar y limitar los funcionamientos incorrectos. Los beneficiarios de la calidad interna son la administración y los empleados de la compañía. La calidad interna pasa generalmente por una etapa participativa en la que se identifican y formalizan los procesos internos.

Podemos concluir entonces que calidad es la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su

propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión. (Rubio, 1995,P.8).

Uno de los principios básicos de la calidad es la prevención y las mejoras continuas, Esto significa que la calidad es un proyecto interminable y su objetivo es detectar disfunciones tan rápido como sea posible después de que ocurran. La calidad puede representarse en un ciclo de acciones correctivas y preventivas llamado "**ciclo de Deming**" o modelo PHVA, que significa:

- **Planear (plan)**: definir los objetivos a alcanzar y planificar cómo implementar las acciones
- **Hacer (do)**: implementar las acciones correctivas
- **Verificar (check)**: verificar que se logre el conjunto de objetivos
- **Actuar (act)**: según los resultados obtenidos en el paso anterior, tomar medidas preventivas



**Figura 2. Ciclo de Deming**

Otro concepto que resulta de vital apropiación para este proceso de gestión de calidad es el diagnóstico, ya que gracias a este podremos detectar las fallas explícitas e implícitas dentro de la dirección local en salud, para poder tomar las medidas pertinentes que mejoren la satisfacción tanto del cliente interno como externo.

El Diagnóstico empresarial, es el resultado de varios estudios realizados en empresas de Producción, Sservicios y comercialización, que permiten identificar una serie de herramientas dentro de un proceso, para el conocimiento de los problemas empresariales, en la toma de decisiones. (Martínez, 2004, P.311)

En esta dirección local de salud el diagnostico jugara un papel fundamental, pues gracias a el se podrá conocer la realidad de las actividades desarrolladas por las institución y responder a preguntas tales como ¿qué se hace?, ¿cómo se hace?, ¿por qué se hace? y ¿cómo es la calidad y eficiencia de lo que se hace? y posteriormente se podrán elaborar recomendaciones y diseñar un plan de acción orientado a mejorar los resultados obtenidos.

Toda institución que busca la acreditación en calidad, debe realizarse exámenes detallados, sistemáticos, independientes y periódicos para poder conocer todos sus aciertos y desaciertos en la realización de sus procesos y el origen de las situaciones problema, para poder encontrar soluciones pertinentes, de tal modo que los resultados obtenidos concuerden con la planeación organizacional y actuar sobre el desenfoco existente entre los objetivos y los resultados.

Las evaluaciones a nivel interno de la organización se deben realizar en forma regular y de manera preventiva, no correctiva. Este ejercicio de auditoría al interior de la institución está encaminado a detectar debilidades, amenazas y puntos críticos, identificando oportunidades y fortalezas para sugerir planes de acción que lleven a la eficiencia y eficacia en toda la gestión administrativa; además ayuda a determinar si la dirección de la misma es adecuada, verificando si existen objetivos, estrategias y programas y la pertinencia de estos con lo ejecutado.

El interés de las instituciones por generar indicadores para la evaluación y el control, no radica únicamente en establecer parámetros o elementos de medición de los diferentes aspectos y áreas empresariales. Muchos estudios y teorías sobre evaluación de procesos y evaluación de recursos necesitan de una observación y análisis metódicos conducentes a obtener información pertinente que permita la toma de decisiones gerenciales adecuadas para todos los estamentos de la empresa, así como hacer los diagnósticos más coherentes con la estrategia y la táctica organizacional.

Los indicadores establecen un puente entre la misión organizacional y la estrategia, identifican los factores, áreas o procesos en los cuales subsisten debilidades o se constituyen fortalezas, facilitan en conjunto un análisis que le permite a la dirección replantear las estrategias y direccionar la institución.

Los indicadores de gestión son expresiones cuantitativas de las variables que intervienen en un proceso y de los atributos de los resultados del mismo y que permiten analizar el desarrollo de la gestión y del cumplimiento de las metas respecto al objetivo trazado por la organización. (Domínguez, 2002, P.103)

Para realizar la medición es necesario recurrir a la comparación, ya que no es posible medir si no se cuenta con una referencia para poder contrarrestar el valor del indicador. La medición es ante todo, un asunto de comportamiento: se trata mediante la elección de las medidas, de orientar los comportamientos individuales o colectivos en sentido favorable para la empresa y su estrategia. Por tanto, el sistema de medición debe ser:

- **SENCILLO:** Para que sea fácil de operar y modificar.
- **CLARO:** Ósea, constituido por elementos perfecta y claramente comprensibles y no presentar ambigüedades.
- **TRADUCIR LA ESTRATEGIA:** Debe traducir la estrategia a nivel de la actividad.
- **EVOLUTIVO:** Es decir, que pueda adaptarse en función de los cambios de las circunstancias y las estrategias.
- **INTEGRADO:** Se debe definir después de analizar los procesos o las actividades.

Las funciones fundamentales de los indicadores de gestión son: solucionar conflictos, definir objetivos, brindar disponibilidad y facilidad de información y se elige por concertación e incluso por la negociación de los actores involucrados. Los indicadores son necesarios para poder mejorar. Lo que no se mide no se puede controlar, y lo que no se controla no se puede gestionar. Existen varios tipos de ellos:

**Indicadores de cumplimiento:** este indicador tiene en cuenta las tareas a cumplir y la solución de las mismas. Los indicadores de cumplimiento están relacionados con los ratios que nos indican el grado de consecución de tareas o trabajos.

**Indicadores de evaluación:** este tiene en cuenta la evaluación tiene que ver con el rendimiento que obtenemos de una tarea, trabajo o proceso. Los indicadores de evaluación están relacionados con los ratios y/o los métodos que nos ayudan a identificar nuestras fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora.

**Indicadores de eficiencia:** teniendo en cuenta que eficiencia tiene que ver con la actitud y la capacidad para llevar a cabo un trabajo o una tarea con el mínimo gasto de tiempo. Los indicadores de eficiencia están relacionados con los ratios que nos indican el tiempo invertido en la consecución de tareas y/o trabajos.

**Indicadores de eficacia:** Teniendo en cuenta que eficaz tiene que ver con hacer efectivo un intento o propósito. Los indicadores de eficacia están relacionados con los ratios que nos indican capacidad o acierto en la consecución de tareas y/o trabajos

**Indicadores de gestión:** teniendo en cuenta que gestión tiene que ver con administrar y/o establecer acciones concretas para hacer realidad las tareas y/o trabajos programados y planificados. Los indicadores de gestión están relacionados con los ratios que nos permiten administrar realmente un proceso. (Handfield, 1996, P.42)

## **10. MARCO CONTEXTUAL.**

### **LA SALUD EN COLOMBIA.**

El Sistema de Salud existente en Colombia hasta 1993, como los demás Sistemas Nacionales de Salud promovidos por la OPS en los años 60 y 70 y creados en la mayor parte de los países Latinoamericanos, se caracterizó por su manejo centralizado, no solamente en lo relacionado con las funciones de planeación, rectoría y manejo, sino también en todo lo concerniente con las funciones administrativas y operativas de los servicios de salud, con gran subordinación de los niveles municipales de la administración pública y del sector privado.

Dicho Sistema Nacional De Salud creado en Colombia en 1973 y reglamentado en 1975, se caracterizaba principalmente por:

- Centralización de las funciones de direccionamiento, financiación y control por parte de Ministerio de Salud.
- Administración desconcentrada de personal y de algunas instituciones en los Servicios Seccionales de Salud.
- Ninguna o muy poca injerencia de los entes territoriales (departamentos y municipios) en los procesos de dirección y operación.
- Concentración de la dirección técnica de los servicios en Unidades Regionales, dependientes del Ministerio de Salud.
- Operación de los hospitales sin autonomía administrativa, totalmente dependientes del Ministerio de Salud.
- Escaso o nulo desarrollo financiero, con un alto grado de inequidad y de ineficiencia. El 50 por ciento de los subsidios se concentraba en los estratos más pobres y el 80 por ciento del total del gasto en los niveles II y III. (Secretaria de Salud y Seguridad Social, 2009)

El proceso de descentralización del sector público de la salud se inició en Colombia, con el Decreto 77 de 1987 y la Ley 10 de 1990; y posteriormente con la Ley 60 de 1993. Finalmente, se articuló con la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud de diciembre de 1993, con la aprobación de la ley 100. Estos procesos, están fundamentados y enmarcados en la Constitución Política de Colombia de 1991.



## **ANTECEDENTES**

La metodología de acreditación en salud apareció a comienzos del siglo XX cuando Ernest Codman sugiere el “estándar mínimo” de calidad como base para la estandarización de hospitales en 1918, esto sucedió mucho antes de que esta metodología fuera sugerida en el modelo industrial. Dicho método ha sido mejorado y madurado para llegar a las técnicas actuales de acreditación, basadas en los conceptos y métodos del mejoramiento continuo de la calidad, que miran a la organización de manera integral, centran la estrategia de mejoramiento en la búsqueda de resultados centrados en el cliente.

Hacia el final del siglo XX se inicia un proceso de creación de un enfoque global a escala internacional para los procesos de acreditación en el mundo liderado por la International Society for Quality in Healthcare. Tal proceso, denominado “Programa Internacional de Acreditación”, se realiza a través de la estandarización mediante dos vías: Un set de estándares para evaluar al ente acreditador denominado estándares internacionales de acreditación y unos principios generales con los cuales se pueden estandarizar los estándares de acreditación denominados Principios Internacionales para Estándares de Atención en Salud .

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 una prueba piloto a un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras. 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.

Con los artículos 76 y 78 del decreto 1298 de 1994, por el cual se expidió el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se buscó que el gobierno nacional propiciara la conformación de un sistema de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento y expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud y en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.

El decreto 1298 fue reglamentado por el Decreto 1918 de 1994, en el cual se dan las pautas para la obtención de la licencia de funcionamiento de los establecimientos que prestan servicios de salud, así mismo se creó el sistema de acreditación en salud, el consejo nacional de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud y se determinaron sus funciones.

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

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (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.

### **SISTEMA OBLIGATORIO PARA LA GARANTIA DE LA CALIDAD. (SOGC).**

Según el Ministerio de la Protección Social, el SOGC establecido mediante el **decreto 2174 de 1996** “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”. Además este busca garantizar las mejores condiciones competitivas en calidad, dentro de un ambiente de seguridad para los usuarios.

El SOGC (decreto de 1011 de 2006), está conformado por cuatro componentes: sistema único de habilitación, sistema de información, auditoria para el mejoramiento de la calidad y sistema único de acreditación.

### **SISTEMA UNICO DE HABILITACION**

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. (LERMA, 2008, P. 154)

## **AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

De acuerdo con la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006, la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud implica:

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

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) deberá ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se establecen en el Sistema Único de Habilitación. (Ministerio de la Protección Social, 2006)

## **SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD**

El Ministerio de la Protección Social diseñó e implementó un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social incluyó en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia.

## **SISTEMA UNICO DE ACREDITACION**

Acreditación es un 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 cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que decidan acogerse a este proceso. Es realizado por personas idóneas, entrenadas para tal fin y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizadas para dicha función. (ICONTEC, 2009).

Todo Prestador de Servicios y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación, no aplica para las entidades territoriales.

La acreditación es el mejor instrumento de competencia por calidad; situación que es bien clara para los prestadores o aseguradores que en el sistema compiten libremente por el mercado. Situación que no se presenta para el caso de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), en razón a que son entes únicos que no compiten entre sí, pero que sí desarrollan una fundamental función social como es la administración global de sistema a nivel local, y por lo tanto se transforma de un instrumento de competencia por calidad entre organizaciones, en un instrumento de control y evaluación social que pretende medir la rentabilidad social y el desempeño por calidad de nuestras Direcciones Territoriales, como una estrategia de empoderamiento de la comunidad en general para que evaluar de manera objetiva de acuerdo con sus competencias, la administración local del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El sistema único de habilitación establece todas aquellas condiciones que las entidades prestadoras de salud deben cumplir para poder lograr la habilitación de sus servicios.

El sistema de información para la calidad pretende estimular la competencia por calidad entre los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La auditoria para el mejoramiento de la calidad es un mecanismo continuo y sistemático de mejoramiento y evaluación de la calidad esperada respecto a la calidad observada en el servicio de atención en salud que reciben los usuarios.

De acuerdo con la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006 , la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas. (Ministerio de la Protección Social, Resolución 1043 del 3 de abril, 2006)

El sistema único de acreditación es el conjunto de entidades, actividades de apoyo, estándares, procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, utilizados para demostrar el nivel de cumplimiento de los niveles superiores de calidad por parte de las entidades prestadoras de los servicios de salud a la población. Las direcciones departamentales, municipales o locales de salud pueden acogerse a este sistema de manera voluntaria.

La acreditación es el mejor instrumento de competencia por calidad; situación que es bien clara para los prestadores o aseguradores que en el sistema compiten libremente por el mercado. Situación que no se presenta para el caso de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), en razón a que son entes únicos que no compiten entre si, pero que sí desarrollan una fundamental función social como es la administración global de Sistema a nivel local, y

por lo tanto se transforma de un instrumento de competencia por calidad entre organizaciones, en un instrumento de control y evaluación social que pretende medir la rentabilidad social y el desempeño por calidad de nuestras Direcciones Territoriales, como una estrategia de empoderamiento de la comunidad en general para que evaluemos de manera objetiva de acuerdo con sus competencias, la administración local del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Revista calidoscopio N° 7, sistema único de acreditación, 2008)

## **ESTANDARES DE ACREDITACIÓN PARA LAS DIRECCIONES TERRITORIALES EN SALUD.**

### **PROCESOS O ACTIVIDADES EN LA FUNCIÓN DE POLÍTICA.**

Bajo estas premisas, la primera gran responsabilidad o función que asume el ente territorial es la adopción y adaptación de las políticas nacionales en salud en el sistema de seguridad social en salud de su jurisdicción (municipal, distrital o departamental), que en el modelo viable se identifica como la función de política. Esta función de política se concreta en seis grandes actividades o procesos:

- **EL DIRECCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD**, es decir la generación de las directrices para que el sistema cumpla con el propósito establecido, mediante la adopción y adaptación de las políticas nacionales en salud y en el sistema general de seguridad social en salud.
- **LA GERENCIA DEL SISTEMA DE SALUD**, en la cual las políticas y directrices territoriales, son llevadas a la operación por la dirección territorial de salud hacia los procesos internos y hacia las demás entidades del sistema.
- **CONTROL AL SISTEMA**, en el cual el ente territorial establece sistema de evaluación y control sobre las directrices impartidas de manera que sea capaz de retroalimentar las políticas y directrices y realizar los ajustes e intervenciones necesarias para que se logren los propósitos
- **FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA**. La entidad territorial busca orientar y dar asistencia técnica sobre las directrices y operación del sistema, mejorando la capacidad de

las demás instituciones y actores del sistema de salud territorial para responder a los retos que impone el sistema.

- **RENDICIÓN DE CUENTAS**, en el cual se involucra nuevamente a la comunidad para que conozca los resultados obtenidos de la gestión en el sistema y el impacto de la implementación de las políticas y directrices diseñadas.
- **CONTROL A LA OFERTA DE SERVICIOS Y DE LA TECNOLOGIA**. La entidad territorial establece las directrices y mecanismos para el funcionamiento, la coordinación de redes de servicios y la gestión costo efectiva de la tecnología



## **FUNCIÓN DE INTELIGENCIA**

La segunda responsabilidad o función que asume el ente territorial se relaciona con las acciones de lectura del entorno para identificar las variables que pueden afectar en forma positiva o negativa al sistema para cumplir con su propósito.

La herramienta fundamental identificada en el modelo de gestión para la acreditación de los entes territoriales es el sistema de información que prevea el ente territorial para la lectura del entorno. (Ministerio de la Protección Social, 2006).

## **ACCIONES DE ATENCIÓN EN SALUD A LA POBLACIÓN Y EL MEDIO AMBIENTE**

La tercera responsabilidad, es la ejecución de las actividades que permiten a la entidad territorial, el proceso de transformación, es decir las acciones para el cumplimiento del propósito del sistema y de los mecanismos de control requeridos.

De acuerdo con las premisas iniciales, el cómo la entidad territorial logra su propósito, se centra en tres Actividades o procesos primarios:

- Gestión del acceso de la población a los servicios de salud
- Salud pública
- Financiamiento

## **ACCESO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

Lo primero es garantizar que la población pueda obtener los servicios de salud que se tienen previstos para recuperar o mantener sus condiciones de salud.

Para el efecto, una primera actividad o proceso es fomentar que la población conozca el sistema para que pueda acceder a él con facilidad.

Entendiendo que la prioridad para la atención en salud es la población pobre y vulnerable, la siguiente actividad o proceso es la identificación de esta población.

En el modelo de seguridad social en salud colombiano, la población pobre y vulnerable, de acuerdo con la disponibilidad de recursos y con las metas de aseguramiento, tiene dos opciones. Ser atendida directamente mediante subsidios de oferta o mediante la atención a través del sistema de aseguramiento del régimen subsidiado.

En la primera opción, el ente territorial se asimila a una entidad de aseguramiento, que le da cobertura en diferentes tipos de servicios según las competencias municipales, distritales o departamentales. En este caso, el modelo acoge los estándares aplicables a entidades de aseguramiento ya existentes en el sistema de acreditación Colombiano.

En la segunda opción, el ente territorial, garantiza el acceso a los servicios de salud, mediante un sistema de aseguramiento con la contratación de entidades de aseguramiento, EPS.

En ambas opciones, no es el ente territorial quien presta directamente los servicios. Sus actividades van dirigidas a la planeación, coordinación de actores, contratación de operadores (o administración directa de prestadores en algunos casos en la atención en salud mediante subsidios a la oferta), y evaluación, seguimiento y control de la prestación directa de los servicios.

Estas actividades se concretan en gestión de la prestación, administración de operadores del subsidio y evaluación y supervisión del acceso.

### **FUNCION DE APOYO A LA DIRECCIÓN TERRITORIAL EN SALUD**

Finalmente la dirección territorial en salud desarrolla actividades de apoyo para la adecuada ejecución de todas sus demás actividades. El despliegue de esta actividad de apoyo se concreta en la gestión del recurso humano de la organización y la gestión de los equipos, la infraestructura y los insumos, necesarios para responder a sus responsabilidades

## 11. DISEÑO METODOLOGICO.

### ESCALA DE CALIFICACIÓN

Para calificar a los estándares contemplados dentro de este manual es indispensable partir nuevamente del concepto de lo que un estándar significa, esto es, un nivel de desempeño adecuado que es óptimo, factible y deseado de alcanzar. Adicionalmente, la comprobación de ese logro debe ser demostrado por la organización que dice haber obtenido el nivel deseado de desempeño, ante lo cual es necesario que se cree un sistema explícito para verificar y calificar el grado del logro obtenido.

Ese sistema explícito debe comprobar el estadio de avance en el cual se encuentra el estándar y definir cuáles variables integran el sistema de calificación. Para objeto del presente manual es importante que estas variables sean explicadas a través de la siguiente matriz.

La escala de calificación de cada una de las variables a evaluar, hacen referencia a las siguientes dimensiones:

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

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

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

## **VARIABLES DE CADA DIMENSIÓN**

### **ENFOQUE**

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

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

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

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

### **IMPLEMENTACIÓN**

**Despliegue en la institución:** Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización.

**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 propósitos del estándar.

### **RESULTADOS**

**Pertinencia:** grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado 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 período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar evaluado, 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

Los estándares de acreditación representan la concreción en la operación de la política de calidad del sistema de seguridad social en salud y los estándares definen el modelo de excelencia y óptimo rendimiento hacia el cual se debe mover la atención en salud en Colombia, tanto en la presentación como en el aseguramiento.

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

El proceso de calificación debe ser explícito y desarrollarse integralmente de acuerdo con la escala de calificación, para verificar y calificar el grado del logro alcanzado. El conocimiento de la calificación es útil y necesario a la luz de la metodología de acreditación por varias razones:

El valor final global en el cual se ubique la calificación de la institución es lo que determina si esta será “acreditada”, “acreditada provisionalmente” o “no acreditada”. Recuerde que para obtener el título de acreditación ninguno de los estándares o grupos de estándares puede tener una calificación menor a dos, adicionalmente debe alcanzar la puntuación global establecida. En este nivel de calificación es donde se mueven los equipos evaluadores de la entidad acreditadora. Esta no desarrolla ningún proceso de calificación individual de cada estándar, sino que evalúa el cumplimiento de cada grupo de estándares luego de aplicar los criterios de las matrices de calificación (hojas de radar).

La calificación específica del cumplimiento de cada uno de los estándares individuales es vital para la institución y para identificar los aspectos críticos es necesario adelantar

acciones de mejoramiento y su variación es importante como medida de la gestión de la calidad adelantada por los equipos de acreditación y de la institución en general. El “mapa” de cumplimiento de los estándares de acreditación ofrece una utilidad de carácter diagnóstico–estratégica para la institución durante el ciclo de preparación para la aplicación a la acreditación y para el sistema en general, evaluación interna durante el ciclo de mejoramiento y para el sistema en general, al ayudar a identificar con precisión dónde están las fallas de calidad ayudando a focalizar los procesos de mejoramiento. (Restrepo P, 2007, P.57)

### **INSTRUCTIVO PARA CALIFICAR**

- Remítase a la tabla de calificación
- Defina el grado de desarrollo de la organización: Ubíquese en la escala del numeral 3 (Organización en un grado mediano de madurez del enfoque y de la implementación), lea cada una de las variables del enfoque y de la implementación del mismo.
- Compare la organización con las características del numeral 3. Evalúe si corresponde a este numeral. Si corresponde a este, califíquelo como 3, si no corresponde al numeral 3, porque considera que la organización supera las características de este numeral, desplácese hacia el numeral 4. Si está acorde con este numeral. Ponga 4, si considera que la organización tiene un grado de madurez menor que el numeral 3 desplácese hacia el numeral 2. Si está acorde con este numeral. Ponga 2. Y así sucesivamente siga hacia arriba o hacia abajo.

Seguido de este proceso se recomendarán las acciones de mejora requeridas para que la secretaria de salud y seguridad social del municipio de Pereira logre el cumplimiento de los estándares con miras a la acreditación en calidad en atención en salud.


**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

VARIABLE	ESCALA DE CALIFICACION				
	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 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 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.
<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.



**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

VARIABLE	ESCALA DE CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
<b>IMPLEMENTACION Y DESPLIEGUE</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 SEGÚN LA NATURALEZA</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.
<b>PERTINENCIA</b>	Los datos presentados <b>no</b> responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	A<SERTY7890' Los datos presentados son parciales y se refieren a <b>unos pocos</b> factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de <b>algunas</b> áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La <b>mayoría</b> de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	<b>Todos</b> los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas





**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

VARIABLE	ESCALA DE CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
<b>RESULTADOS</b>					
<b>CONSISTENCIA</b>	Solo existen <b>ejemplos anecdóticos</b> de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados <b>todavía incipientes</b> de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de <b>algunos</b> logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento	<b>La mayoría</b> de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento	<b>Todos</b> los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento
<b>AVANCE DE LA MEDICIÓN</b>	<b>No existen</b> indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	<b>Existen algunos indicadores</b> 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 <b>muestran ya tendencias positivas</b> 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 <b>para la mayoría</b> de las áreas y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y <b>la información se utiliza para la toma de decisiones</b> y el mejoramiento de los procesos.



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

VARIABLE	ESCALA DE CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
<b>RESULTADOS</b>					
<b>TENDENCIA</b>	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran <b>resultados muy recientes</b> que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	<b>La mayoría</b> 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 <b>tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos</b> los datos a lo largo del tiempo
<b>COMPARACIÓN</b>	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 sistemáticas	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de <b>algunos</b> procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel <b>nacional</b> de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes <b>nacionales e internacionales</b> 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.

**TABLA 1: instructivo para calificación del SOGC.**

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
INICIACION DE LA PRACTICA PROFESIONAL																				
INICIACION DEL PROYECTO DE LA EMPRESA																				
VISITAS DEL TUTOR A LA EMPRESA																				
ASESORIAS CON EL TUTOR																				
INFORME DE UBICACIÓN																				
PRIMER INFORME APROBADO POR JEFE INMEDIATO Y TUTOR																				
CARTA DE APROBACION POR JEFE INMEDIATO Y TUTOR																				
SEGUNDO INFORME																				
CARTA DE APROBACION POR JEFE INMEDIATO Y TUTOR DEL SEGUNDO INFORME																				
BORRADOR FINAL																				
DEVOLUCIONES Y CORRECCIONES DEL BORRADOR FINAL																				
INFORME FINAL																				
CARTA DE APROBACION POR JEFE INMEDIATO Y TUTOR ( INFORME FINAL)																				
FINALIZACION DE LA PRACTICA PROFESIONAL																				

TABLA 2: (Diagrama de Gantt.)

## **12. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.**

VER ANEXO 1: MATRIZ DE CALIFICACIÓN DE ESTÁNDARES PARA ACREDITACIÓN.

### **OBSERVACIONES Y ACCIONES DE MEJORA PARA CADA ESTANDAR.**

#### **FUNCIÓN POLÍTICA.**

**ESTÁNDAR 1:** los órganos directivos e instancias responsables del plan territorial en salud y del direccionamiento estratégico de la dirección de salud, facilitan y se involucran en su desarrollo. Se debe verificar la metodología de elaboración del plan territorial.

**ESTÁNDAR 2:** la organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos: Lectura del entorno como el marco legal y normativo, el análisis de riesgos en salud de la población, perfil epidemiológico, las políticas y los planes de acción nacionales, las políticas y planes de desarrollo departamentales en el caso de distritos y municipios.

La voz del cliente interno.

La voz del cliente externo.

Ejercicio de referenciación con sus pares.

**ESTÁNDAR 3:** existe un proceso para la educación continuada de los miembros de los órganos directivos; este proceso considera:

Reciben orientación acerca de la organización, sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud

Esta orientación está soportada con educación continuada

**ESTÁNDAR 4:** existe un proceso para definir la misión, la visión, los valores y las políticas de la organización de acuerdo con el análisis estratégico. Esta definición contempla al menos los siguientes criterios.

- La visión enfoca a la organización en el desarrollo de la atención que presta.
- La relación de la organización con la comunidad que sirve.
- Su responsabilidad frente a los actores del sistema, sus trabajadores, las personas, la población y la atención al medio ambiente.
- Definición de políticas sobre salud pública colectiva, aseguramiento, prestación de servicios y organización de redes, tecnología, gestión y asignación de recursos financieros, participación social, calidad en la atención en salud.
- Su responsabilidad frente a las instituciones que vigila en cumplimiento de sus competencias
- Aspectos que guían la gestión y la ética de la organización.

**ESTÁNDAR 5:** la entidad tiene definidos procesos para desarrollar la participación de los individuos y la sociedad en la formulación y seguimiento de las políticas en salud, la promoción de actitudes solidarias, la práctica de la democracia y la cultura de la participación.

**ESTÁNDAR 6:** tiene definidos procesos para que la entidad territorial esté presente en los mecanismos de participación en los cuales está definida su presencia con el fin de generar:

Compromiso por parte de la entidad territorial

Trabajo de base en las organizaciones que respalde la gestión de sus representantes.

**ESTÁNDAR 7:** los objetos de los contratos se deben articular con el plan de acción, el plan de acción está articulado con el plan de desarrollo territorial, seguimiento a las actividades.

Se debe contar con una estructura organización de interventoras.

**ESTÁNDAR 8:** los órganos directivos e instancias responsables del plan territorial en salud y del direccionamiento estratégico de la dirección de salud están involucrados en la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico y del plan que lo hace operativo

Documentar le plan de mejoramiento estratégico.

Realización y seguimiento del plan territorial de salud.

En el PAMEC, desarrollar sistemas de información documentada.

Socialización del plan operativo.

**ESTÁNDAR 9:** existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización

Se debe implementar y realizar un análisis de ajuste del marco fiscal a mediano plazo de la SS y SS.

**ESTÁNDAR 10.** existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para la población de su jurisdicción, que articula los procesos de control interno y externo de la organización; esto implica seguir factores como:

Cobertura, accesibilidad, integralidad y oportunidad de la atención por tipos de servicios.

Satisfacción global del usuario con la atención recibida.

Calidad técnica de la atención.

Resultados de atención en salud a las personas, la población y el ambiente

Cobertura, accesibilidad, integralidad y oportunidad de la atención por tipos de servicios.

Generar un proceso que permita evaluar la gestión en salud para la población.

**ESTÁNDAR 11.** Existe un proceso para la difusión al personal del direccionamiento estratégico de la organización y del plan territorial en salud y los planes que lo hacen operativo.

**ESTÁNDAR 12:** existe una directriz por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran al órgano directivo y el equipo directivo en caso de ser necesario.

Se debe crear en el comité técnico un espacio para asesoría al órgano directivo.

**ESTÁNDAR 13:** cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.

Hay que ajustar los manuales a las nuevas necesidades de la secretaria de salud.

Se debe verificar el mapa de procesos de la entidad y su respectiva caracterización.

Se requiere manual de subprocesos.

**ESTÁNDAR 14:** cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso incluye Una metodología organizacional para la identificación de las necesidades.

Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades.

Se debe verificar el instrumento de identificación de necesidades.

Se debe implementar un proceso de planeación de actividades, identificando las necesidades del cliente interno y externo.

Documentar proceso para identificar las necesidades y expectativas del cliente interno y externo.

**ESTÁNDAR 15:** existe un proceso por parte del equipo directivo ó 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:

Promover la interacción del equipo directo ó alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.

Un sistema de tutoría o acompañamiento y retroalimentación.

Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.

Asignación de recursos entre otros: humanos, financieros, logísticos y tecnológicos

Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.

**ESTÁNDAR 16:** se debe Verificar si existe el proceso documentado, implementado, evaluado y con planes de mejoramiento para el desarrollo de metas y objetivos por cada unidad funcional.

Documentar procesos para la generación de proyectos.

**ESTÁNDAR 17:** los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. La monitorización incluye. Se debe documentar un proceso para la generación de proyectos en el cual se incluya su monitorización, estandarización y seguimiento.

**ESTÁNDAR 18:** existen mecanismos en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los usuarios en el sistema de seguridad social en salud.

Se deben implementar procesos de participación social y comunitaria, conformación de COPACOS, Veedores y Nodos Sociales.

Generar un proceso que responda transversalmente a garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios.

**ESTÁNDAR 19:** existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y servidores públicos de la organización hacia otras personas, clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla.

Una directriz clara emanada de la alta gerencia, que defina las normas de comportamiento frente a la comunidad y compañeros de trabajo

Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención.

Educación a los servidores públicos y a la comunidad que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas.

Información y educación a la comunidad, clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas.

**ESTÁNDAR 20:** existe un proceso para la protección y control de los recursos. Lo anterior se logra a través de:

Seguimiento y monitoreo a los contratos



Monitorización de los presupuestos.

Manejo de inventarios.

Manejo de seguros.

Cultura del buen uso de los recursos.

Auditoría de procesos.

Medición de la productividad y optimización de los recursos.

**ESTÁNDAR 21:** la organización tiene diseñado un sistema de control para realizar el seguimiento al cumplimiento de sus objetivos y la contribución de estos a los fines esenciales como organismo de dirección en el sistema. Este sistema incluye como mínimo:

La definición clara del enfoque de operación del sistema de control

La definición clara de los principios de operación del sistema de control

La definición clara del propósito del sistema de control

La definición del objetivo del sistema y de cada uno de sus subsistemas, componentes y elementos.

La identificación clara de sus componentes y la forma de relacionarse entre ellos.

La identificación clara de la complementariedad con otros sistemas de control y gestión en aquellos casos en que se hayan implementado y desarrollado en la institución ó en alguna dependencia.

Generar un proceso para el control del SILOS de las políticas y directrices implementadas por la Secretaria de Salud y Seguridad Social.

**ESTÁNDAR 22:** planes de mejoramiento de acuerdo a las auditorias de los entes externos.

Se deben generar mecanismo de articulación del direccionamiento estratégico con los sistemas de control.

**ESTÁNDAR 23:** el sistema de control diseñado por la institución permite identificar los riesgos y los puntos de control que tienen mayor impacto en el logro del propósito organizacional.

Se debe verificar si existe un mapa de riesgos y de control de la articulación del direccionamiento estratégico y los sistemas de control.

**ESTÁNDAR 24:** el sistema de control planeado por la institución está articulado a las funciones y actividades realizadas por la organización, generando valor agregado a estos. Esta articulación como mínimo debe tener en cuenta:

La articulación metodológica y procedimental entre las diferentes auditorías que se realicen en la institución.

La definición de los mecanismos para la conformación y ejecución de los procesos de auditoría y evaluación independiente.

Se debe verificar si se cuenta con un sistema de control interno articulado con las auditorías externas. Se debe generar un direccionamiento desde la dirección. (MECI)

**ESTÁNDAR 25:** la organización cuenta con un proceso que garantice que la evaluación del sistema de control, verifique y evalúe permanentemente el mismo sistema, promueva el mejoramiento continuo del control y la calidad de la gestión y las observaciones de los órganos externos de control.

Se debe verificar que el proceso de control interno cuente con acciones de mejora y seguimiento a los mismos.

Generar un proceso de control interno que pueda evaluarse, que cuente con acciones de mejora y seguimiento a las mismas. (MECI)

**ESTÁNDAR 26.** la organización cuenta con un proceso para capacitar y entrenar a la totalidad del personal de la institución en el sistema de control diseñado por la institución.

Se debe verificar el cumplimiento del proceso de control interno e incluir la socialización con el personal de la institución. Modelo estándar de control interno (MECI).

**ESTÁNDAR 27:** la institución cuenta con un proceso de evaluación del desempeño de prestadores de servicios de salud y en el caso de los departamentos, de los municipios de su jurisdicción y otras instituciones que aporten en la responsabilidad de la atención en salud de la población de su jurisdicción.

Se debe verificar si existe un proceso de acompañamiento, verificación y seguimiento a acciones correctivas y vigilancia a la prestación de servicios de salud y verificar actas de Evaluación.

**ESTÁNDAR 28:** la institución cuenta con un proceso de asistencia técnica y procesos que faciliten el mejoramiento de EPS, prestadores y en el caso de los departamentos a los municipios de su jurisdicción y otras instituciones que aporten en la responsabilidad de la atención en salud de la población de su jurisdicción.

Debe existir un proceso de acompañamiento y asistencia técnica a los aseguradores con población asegurada en el municipio y su red prestadora de servicios. Se debe contar con acompañamiento técnico a las EPS e IPS.

**ESTÁNDAR 29:** la institución cuenta con un proceso para planear, organizar, desarrollar y evaluar la oferta de instituciones públicas de prestación de servicios de salud en su jurisdicción. Este proceso incluye entre otros:

La organización de los hospitales públicos en una red de servicios coordinada y complementaria

Las acciones para brindar asistencia técnica y desarrollar mecanismos para el mejoramiento de las instituciones

Las acciones para vigilar y controlar el funcionamiento de las instituciones públicas en su jurisdicción

La evaluación individual y como red de las instituciones públicas en su jurisdicción. Se debe contar con un proceso de Evaluación a la red prestadora de servicios, establecida de acuerdo a las necesidades de la población, sistema de referencia y contra referencia.

Se debe contar con la Evaluación a la red pública como un insumo fundamental para iniciar la planeación de la Evaluación.

Se debe generar un proceso para la evaluación de las entidades públicas.

**ESTÁNDAR 30:** la entidad tiene definidos procesos para dar a conocer a la sociedad los resultados de la gestión del sistema de salud, especialmente en lo relacionado con cumplimiento de metas, ejecución de planes estratégicos y operativos, estados financieros y ejecución presupuestal, proyectos de inversión, desarrollo de planes, programas y proyectos y contratación.

Cuenta con actividades para sensibilizar a los funcionarios frente a la rendición de cuentas

Cuenta con actividades para favorecer el acceso a la información por parte de la población.

Cuenta con actividades para propiciar espacios de interlocución entre la institución y la comunidad.

Se debe verificar si existe un proceso de rendición de cuentas a la comunidad y los entes de control, por esta razón se debe capacitar al capital humano para el proceso de rendición de cuentas.

Además se debe adaptar el proceso para dar a conocer los resultados de la gestión del sistema de salud de la alcaldía.

**ESTÁNDAR 31:** los planes de inversión en infraestructura en salud atienden a los estudios de oferta, de acuerdo con su capacidad de gestión y articulando la oferta entre los niveles de complejidad en función de la red. Para lo anterior contará con:

Diseño de una metodología para la realización de estudios de oferta de servicios en su jurisdicción de acuerdo con la demanda.

Diagnóstico GEO referenciado actualizado de la oferta de servicios, tanto pública como privada.

Identificación de prioridades de oferta de servicios de acuerdo con la demanda.

Diseño de políticas y programas para regular los servicios en la jurisdicción y promover el acceso y el plan Territorialización de los recursos, en especial para la población pobre y vulnerable.

Se tiene diseñada una red de servicios de salud organizada por grados de complejidad y o tipos de servicios relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contra referencia que

proporciona las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de accesibilidad, continuidad, integralidad, eficiencia y oportunidad.

La Organización adopta, implementa organiza y coordina la operación en su territorio de un sistema de información en salud, así como genera y reporta la información requerida por el Sistema.

Deben existir estudios de oferta contra demanda.

Debe haber priorización de oferta para la demanda más prevalente. Además un análisis de accesibilidad a las IPS.

Se debe generar un proceso para realizar el estudio de oferta contra demanda.

**ESTÁNDAR 32:** la entidad cuenta con procesos de evaluación de tecnología biomédica

Diseño de una metodología para la realización de estudios de tecnología biomédica en su jurisdicción de acuerdo con la demanda

Diagnóstico GEO referenciado actualizado de tecnología biomédica

Diseño de políticas y programas para regular la tecnología biomédica y promover el acceso al plan de Territorialización de los recursos, en especial para la población pobre y vulnerable.

Diseño de una metodología para la realización de estudios de tecnología biomédica en su jurisdicción de acuerdo con la demanda tiene muchas debilidades, no tenemos fortalezas.

**ESTÁNDAR 32, 33, 34 y 35:** existen debilidades y falencias evidentes.

Estudio de Oferta de Tecnología Biomédica

Verificar estrategias para incentivar a la oferta necesaria o desincentivar a la innecesaria.

Se debe priorizar el PAMEC en la Función Política y realizar el seguimiento de las mismas

## **FUNCION DE INTELIGENCIA.**

**ESTÁNDAR 1:** los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información dentro de la organización en cada uno de los procesos mencionados en cada sección de estándares del presente manual y responder a dichas necesidades.

Se deben documentar los procesos de gerencia de información, implementado un software y elaboración de actas de comité.

Se debe ajustar el proceso de información a todas las actividades que se realizan en la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira.

**ESTÁNDAR 2:** se deben tener protocolos para el uso y procesamiento para sistemas de información como financiera, vigilancia. Epidemiológico y seguimiento a la gestión de la secretaria. Gestión de usuarios a la base de datos. Se puede verificar con los manuales de usuario del sistema de información.

Se deben documentar los protocolos para cada uno de los aplicativos de la secretaria de salud y seguridad social del municipio de Pereira.

Se debe revisar el manual de usuario.

**ESTÁNDAR 3:** se debe identificar dentro de los protocolos el proceso para el almacenamiento, mantenimiento y transmisión de la información de cada sistema.

Se debe generar un proceso para la distribución o transmisión de la información.

**ESTÁNDAR 4:** se debe identificar dentro de los protocolos el proceso para el almacenamiento y mantenimiento de la información de cada sistema.

Se debería adaptar un proceso para el adecuado manejo y almacenamiento de la información utilizando el medio físico y electrónico; y se debe hacer uso del manual para el buen uso de los equipos.

**ESTÁNDAR 5:** se debe identificar el proceso para el manejo de la información, el seguimiento y Evaluación del mismo.

**ESTÁNDAR 6:** se debe verificar si existe un proceso que consolide la información para la toma de decisiones.

**ESTÁNDAR 7:** se debe generar un PAMEC, con priorización de los procesos de gestión de la información.

### **ACCIONES DE ATENCION A LA POBLACION Y EL MEDIO AMBIENTE.**

**ESTÁNDAR 1:** la organización tiene un proceso para identificar y responder a las necesidades de información y educación a la comunidad y a los actores en el funcionamiento del sistema y su utilización. El proceso incluye:

Información a las personas sobre características del sistema y sus derechos y deberes, para contribuir a cambiar su comportamiento. Conceptos de afiliación y libre elección, en concordancia con los contenidos legales vigentes del sistema, incluyendo:

Debe existir un proceso para educar a la comunidad sobre los actores y el funcionamiento del sistema y su utilización.

**ESTÁNDAR 2:** debe existir una base de datos actualizada permanentemente con priorización a asignación de cupos de acuerdo a la norma.

Hay que documentar el proceso de manera general.

**ESTÁNDAR 3:** debe existir un diagnóstico del estado de salud del municipio discriminado por grupos poblacionales y áreas geográficas. Se debe tener en cuenta el perfil epidemiológico para la realización del plan territorial, se debe articular con actividades de salud pública.

Se cuenta como estrategia con el programa enfasis para la priorización de las necesidades en salud. Se debe articular con las actividades de Salud Pública.

Generar análisis y riesgos de vulnerabilidad.

Identificación de riesgos poblacionales.

**ESTÁNDAR 4:** se debe revisar que se tenga un proceso para generar el modelo de atención a la población más pobre y vulnerable.

Se debe implementar un proceso para la construcción del modelo de atención municipal (población vulnerable).

**ESTÁNDAR 5:** se debe verificar en el contrato los términos expuestos por el estándar.

Se debe desarrollar un proceso para planear, redimensionar las necesidades de la red y la selección de prestadores.

**ESTÁNDAR 6:** se debe verificar si se cuenta con un proceso definido y claro para la prestación del servicio de salud en lo no pos y los mecanismos de validación de derechos y autorización de servicios según la normatividad vigente.

Se debe tramitar un proceso para tramitar y dar respuestas a las solicitudes de servicio de los usuarios.

Se debe generar un proceso para la monitorización del contacto del usuario con los prestadores del servicio.

**ESTÁNDAR 7:** la institución debe implementar un proceso para la monitorización

Se debe realizar seguimiento al cumplimiento del PAMEC de las acciones de mejora y asignar con indicadores para esto.

**ESTÁNDAR 8:** debe existir una retroalimentación sobre las no conformidades y planes de acción derivados de la auditoria de la calidad.

Se debe hacer el plan de socialización del proceso de mejoras a la gestión en Salud Publica

**ESTÁNDAR 9:** proceso de seguimiento de la atención en salud de la población vinculada, protocolos de atención de enfermedades prevalentes de este grupo poblacional.

Seguimiento de atención a la población pobre y vulnerable, perfil epidemiológico de la institución y acciones de promoción y prevención para dicho perfil.

Se debe generar un proceso para asegurar las acciones permanentes en el tiempo.



**ESTÁNDAR 10:** se deben evidenciar modificaciones al presupuesto de acuerdo a los cambios de normatividad y según el documento que lo sustente.

Se debe realizar un proceso de seguimiento a la ejecución presupuestal-

**ESTÁNDAR 11:** se debe verificar si existe un proceso de inducción y re inducción a las EPS contratadas en inducción y mantenimiento de la información, revisión de los informes de auditoría.

Se debe generar e implementar el programa de inducción y re inducción a las EPS.

**ESTÁNDAR 12:** debe existir un programa documentado de capacitación o asistencia técnica a las EPS contratadas. Se deben generar además las actas de asistencia técnica a las EPS S, proceso de Evaluación de las EPS.

**ESTÁNDAR 13:** se debe tener definido un proceso para la contratación de las EPS S. además se deben verificar cada uno de los atributos especificados en este ítem. (Ver estándar 13).

Se debe adoptar y adaptar el proceso de contratación que se encuentra en la norma.

Como soporte se tendrá todos los documentos: órdenes de pago, actas, facturas, contratación, liquidaciones, informes de interventoría.

**ESTÁNDAR 14:** se debe verificar si existe el proceso de interventoría a las EPS-S y que se incluya los ítems del estándar. Como ventaja se tiene un grupo interventor.

Se debe implementar un proceso de interventoría y auditoría interna.

Como evidencia se cuenta con la contratación de grupo interventor y documentación de devolución de facturas.

**ESTÁNDAR 15:** se debe verificar si se cuenta con un proceso de vigilancia y control sobre las prestaciones de servicio. Se debe realizar auditorías y asistencia técnica a las EPS.

Como soporte se cuenta con actas de auditorías.

Realizar un proceso de vigilancia y control a los prestadores de servicios de salud.

**ESTÁNDAR 16:** se debe verificar si se cuenta dentro del proceso de vigilancia y control con el ítem para evaluar el acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado.

**ESTÁNDAR 17, 18, 18 Y 20:** no existe PAMEC. Por lo tanto no hay que verificar, se debe diseñar el implementar el PAMEC para la secretaria de salud y seguridad social de Pereira.

### **CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES COLECTIVAS DE SALUD PÚBLICA**

**ESTÁNDAR 1:** se debe identificar si existe un proceso de vigilancia epidemiológica que incluya los ítems contemplados en el estándar, Cove y sivigila de las acciones colectivas de salud pública.

Se cuenta con protocolos, guías, ficha de sivigila, fichas de visita familiar y sujetos de vigilancia.

Se cuenta con la notificación de eventos y programas instalados e implementados en las EPS.

Se debe complementar la recolección, análisis y factores de riesgo relacionados con comportamientos, actitudes y prácticas. Además se debe hacer una retroalimentación intersectorial de la información. También se debe implementar una encuesta de percepción de los servicios de salud. Se ha capacitado a los coordinadores en la elaboración de planes, programas y proyectos de Salud Publica

Se debe implementar un proceso de monitorización seguimiento y Evaluación de los medicamentos de control especial en salud mental. Además se debe implementar guías y protocolos de atención a las emergencias y los brotes. Se debe realizar acatas de visita a los laboratorios de salud pública y a los laboratorios de la IPS.

Se debe mejorar el seguimiento al registro, fortalecer la integralidad de factores de riesgo por sujeto de visita. Se deben establecer procesos de establecimiento de las funciones de los nodos, implementación de los procesos de vigilancia epidemiológica comunitaria, se deben documentar todos los documentos de participación social, comunicación, educación e información.

Estandarizar las evaluaciones de acuerdo a los indicadores de resultado de impacto y los indicadores de impacto intermedio.

Se debe implementar un proceso para dar a conocer a la comunidad todos los resultados de los indicadores de salud pública.

Se debe realizar una comparación con otras secretarías que realicen actividades de salud pública.

**ESTÁNDAR 2:** se debe verificar que los programas de promoción y prevención se implementen con las características del estándar, debe existir un plan operativo, contratos, actas de seguimiento, asistencia a IPS, capacitaciones, seguimiento a eventos, informes trimestrales, estrategias IEC.

Se debe documentar el proceso de implementación de los programas de promoción y prevención de la salud e incluir la verificación por medio de una lista de chequeo, según las necesidades de cada programa.

**ESTÁNDAR 3:** se debe verificar que los programas de promoción y prevención se implementen con las características del estándar; existe un plan operativo, contratos, actas de seguimiento, asistencia, a IPS, capacitación, seguimiento a eventos, informe trimestral, estrategias IEC.

Se debe documentar el proceso de implementación de los programas de promoción y prevención de la salud, e incluir la verificación por medio de una lista de chequeo según las necesidades de cada programa.

**ESTÁNDAR 4:** se debe verificar si existe un proceso de seguimiento a los programas de detección temprana y protección específica de la salud, calidad de vida, riesgos y daños en salud, para esto se realiza un seguimiento al programa PAI, con informes trimestrales, mensuales de seguimiento a la cobertura, seguimiento a cohortes, visitas de asistencia técnica a las EPS.

Por esta razón se debe implementar el proceso de seguimiento a los programas de detección temprana y protección específica de la salud.

**ESTÁNDAR 5:** no contamos con un PAMEC Se debe implementar un plan para mejorar la calidad de los procesos de salud pública PAMEC.

## **PLANEACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS**

**ESTÁNDAR 1:** se debe desarrollar, implementar y verificar un proceso de planeación financiera de acuerdo a las prioridades de la entidad territorial.

**ESTÁNDAR 2:** se debe verificar si el proceso incluye los ITEMS descritos en dicho estándar. Se puede verificar en la planificación financiera.

**ESTÁNDAR 3:** se debe verificar si existe un proceso para incorporar el presupuesto del fondo de salud al de la entidad territorial en el marco de su régimen presupuestal. Se debe verificar si se cuenta con el proceso para formular el marco fiscal a mediano plazo, el plan financiero, plan operativo anual de inversiones y el plan anual mensualizado de caja.

**ESTÁNDAR 4:** como este estándar está formulado para una entidad descentralizada y que la secretaría municipal es centralizada interpretamos que se cuenta con un proceso para el manejo del fondo local de salud de acuerdo a la resolución 3042-2007.

**ESTÁNDAR 5:** se debe verificar si existe y se aplica un proceso para la búsqueda de recursos nuevos y/o fuentes de financiamiento, esto se puede verificar en el plan financiero y proyectos.

Se debe implementar un proceso para la búsqueda de nuevos recursos y/o fuentes de financiamiento.

**ESTÁNDAR 6:** se debe verificar si existe un proceso para realizar un control a la ejecución de los ingresos que recibe el ente territorial.

Se debe articular y documentar el proceso para ejercer el control de los ingresos que recibe el ente territorial.

Se cuenta con la documentación contable y presupuestal de la página web.

**ESTÁNDAR 7:** se debe implementar y verificar que exista un proceso para verificar el reconocimiento de los recursos. Se puede verificar en el proceso para asegurar el reconocimiento de los recursos presupuestados.

**ESTÁNDAR 8:** se debe implementar un proceso para asegurar que los recursos se recauden adecuadamente y verificar que este incluya y cumpla los ítems del estándar.

**ESTÁNDAR 9:** se debe verificar que exista un proceso de seguimiento a la ejecución de los recursos financieros de la entidad. Todo esto debe quedar contemplado en las actas de comité técnico y de auditoría por parte de los entes de control.

Por esta razón se debe implementar el proceso de seguimiento, análisis y Evaluación de los recursos financieros de la entidad.

**ESTÁNDAR 10:** se debe verificar que exista un proceso que alerte sobre las necesidades de modificaciones al presupuesto.

#### **FUNCION DE APOYO A LA DIRECION.**

**ESTÁNDAR 1:** se debe verificar si existe un proceso de gerencia del recurso humano, independientemente de su manera de vinculación.

Se debe adoptar y adaptar el proceso de gerencia del recurso humano.

**ESTÁNDAR 2:** se debe realizar un proceso de selección del personal que labora en la secretaria de salud de acuerdo al perfil y los requisitos necesarios para el cargo asignado o función desempeñada.

**ESTÁNDAR 3:** se debe implementar un proceso para la planeación del recurso humano, esto se puede verificar en el manual de procedimientos de gestión humana con los atributos evaluados por el personal de planta.

**ESTÁNDAR 5:** se deben realizar evaluaciones periódicas para verificar el cumplimiento adecuado de las labores a desempeñar para todos los funcionarios de la secretaria.

**ESTÁNDAR 6:** se debe implementar un proceso de certificación y Evaluación del desempeño de los funcionarios de la secretaria de salud y seguridad social del municipio de Pereira.

**ESTÁNDAR 7:** se debe implementar un proceso de comunicación y acciones de mejora derivadas del proceso.

**ESTÁNDAR 8:** se debe verificar si existe un proceso con políticas de seguridad sobre la custodia de documentos de los empleados, contratistas, proveedores y autorización de los mismos para acceder a estos.

**ESTÁNDAR 9:** se debe implementar un proceso que garantice el programa de salud ocupacional y seguridad industrial.

**ESTÁNDAR 10:** se debe contar con un proceso que permita medir el nivel de satisfacción de cada uno de los funcionarios de la secretaria de salud y seguridad social.

**ESTÁNDAR 11:** se debe implementar un PAMEC con la priorización de los procesos de apoyo.

**ESTÁNDAR 12:** se debe implementar un PAMEC donde se prioricen las necesidades del cliente interno de la empresa.

**ESTÁNDAR 13:** implementar PAMEC y realizar seguimiento al proceso de priorización del plan de mejoramiento.

**ESTÁNDAR 14:** se debe socializar el plan de mejoramiento y se debe retroalimentar este de acuerdo a los resultados obtenidos.

**ESTÁNDAR 15:** se debe implementar un proceso que genere un panorama de riesgos que identifique las necesidades de los usuarios y su plan de mejoramiento.

**ESTÁNDAR 16:** se debe implementar un proceso para el manejo seguro del espacio físico, insumos y equipo con los atributos evaluados.

**ESTÁNDAR 18:** se debe implementar un plan de emergencias y atención de desastres a nivel interno y externo de la organización. Realizar capacitaciones al personal. Se cuenta con comité de emergencias y desastres interno y se participa del comité de emergencias y desastres interinstitucionales.

### **13. CONCLUSIONES**

- 1.** Es evidente que la Secretaria de Salud y Seguridad Social Cuenta con un Sistema de Gestión de la Calidad, pero esto no es armonizable con los requeridos por el SOGC para el SGSSS.
- 2.** El manual de procesos y procedimientos de la DLS no se ajusta a las necesidades establecidas por el SOGC del SGSSS.
- 3.** Luego de los cambios establecidos por la Ley 1122 al SGSSS, se han desarrollado nuevas competencias y funciones que afectan el funcionamiento de la SS y SS, esto sumado a la reciente reestructuración sufrida por la DLS del municipio, hace que en muchas ocasiones no se tenga una plataforma estratégica bien definida, afectando la función política de la SS y SS.
- 4.** Se requiere un proceso de capacitación a los funcionarios de la Secretaria tanto de sus funciones y competencias como los requerimientos para la acreditación.
- 5.** Se recomienda iniciar un plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la institución que tenga como eje principal el direccionamiento estratégico y el mejoramiento de la función política de la DLS y la reingeniería y diseño de procesos basados en las nuevas competencias y funciones de la SSySS

## **14. RECOMENDACIONES.**

- Implementar y realizar un análisis del marco fiscal a mediano plazo para la Secretaría de Salud y Seguridad Social.
- Ajustar los manuales de procesos y procedimientos a las nuevas necesidades de acreditación de la entidad; buscando la satisfacción del cliente interno y externo.
- Documentar el proceso para la generación de proyectos, donde se incluya su monitorización, estandarización y seguimiento de los procesos.
- Generar un proceso que responda transversalmente a garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios.
- Generar un mecanismo de articulación del direccionamiento estratégico con los sistemas de control.
- Verificar si existe un proceso de acompañamiento, verificación y seguimiento a las acciones correctivas y vigilancia a la prestación de servicios de salud.
- Verificar la metodología de la elaboración del plan territorial.



## 15. GLOSARIO

**ACREDITACION:** Proceso mediante el cual se evalúa la competencia y eficacia de una entidad que realiza actividades en algún rubro de servicios; en este caso en el sector de la salud.

**SOGC:** sistema obligatorio de garantía a la calidad.

**DESCENTRALIZACIÓN:** La transferencia de facultades y competencias del Gobierno Central y de los recursos del Estado a las Instancias Descentralizadas. (Ley N° 26922, Ley Marco de Descentralización, Artículo 2°, publicada el 03 de febrero de 1998).

**ESTANDARIZACIÓN:** La normalización o estandarización es la redacción y aprobación de normas que se establecen para garantizar el acoplamiento de elementos contruidos independientemente, además funciona como mecanismo de selección de los procesos más importantes para lograr la excelente prestación de los servicios ofertados y garantizar la seguridad de funcionamiento y la responsabilidad social con que estos se aplican.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**PAMEC:** proceso de auditoría para el mejoramiento de la calidad.

**INJERENCIA:** acción de meter una cosa en otra, intromisión, entrometimiento.

**AUDITORÍA:** es un proceso de acumular y evaluar evidencia, realizado por una persona independiente y competente acerca de la información cuantitativa de una entidad económica específica, con el propósito de determinar e informar sobre el grado de correspondencia existente entre la información cuantificable y los criterios establecidos.

**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## 16. BIBLIOGRAFIA

- Antonio Bolívar Botía, 2008, Revista calidoscopio N° 7, sistema único de acreditación.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 1445 de 2006, mayo 8, Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2006
- DOMÍNGUEZ G. Gerardo. Indicadores de Gestión. Biblioteca Jurídica Diké. 2002, P.103.
- FIERRO MARTÍNEZ, Ángel María. Diagnóstico Empresarial. Un enfoque para el análisis integral. 2° Ed. Neiva: Editor Autor, 2004. 311p.
- Handfield-Jones R., Brown J.B., Biehn J.B., Rainsberry P., Brailovsky C.A. 1996, “Certification & examination of the College of Family Physicians of Canada. Part 3: Short Answer Management Problems”, P.42.
- Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación (ICONTEC). sistema único de acreditación en salud. Recuperado el 22 de marzo de 2010 <http://www.acreditacionensalud.org.co/>
- LERMA, Héctor D. Metodología de la investigación: Propuesta, Anteproyecto y Proyecto. 2 ed. Santafé de Bogotá: Ecoe, 2008, P. 154
- Ministerio de la Protección Social. Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud (SOGCS). Recuperado el 20 de marzo de 2010: <http://www.saludcapital.gov.co/paginas/sistemaobligatorio.aspx>
- MONTOYA F. Jaime. Tendencias de la Educación Superior. Pereira: Universidad Católica Popular del Risaralda, 2.000.

- Restrepo, P. F. (2007). Guía Práctica de Preparación para la acreditación en Salud, Imprenta Nacional de Colombia, P 57.
- Rubio Cebrián, Santiago. 1995, “Glosario de Economía de la Salud”. Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. España.
- Secretaria de salud y seguridad social del municipio de Pereira. Gente Sana para una Región de Oportunidades. Recuperado el 18 de marzo de 2010 <http://salud.pereira.gov.co/intranet/index.php/spages/home>

## **ANEXOS**