



Dinámica Consultoría

APRENDIZAJE, INNOVACIÓN Y RESULTADOS



www.dinamicaempresarial.com.co

1 METODOLOGÍA DE MEJORAMIENTO



Dinámica Consultoría

APRENDIZAJE, INNOVACIÓN Y RESULTADOS



METODOLOGÍA DE MEJORAMIENTO

6 PASOS DE ÉXITO



Estamos Aquí





CONFORMACIÓN DE EQUIPOS DE MEJORAMIENTO

Los estándares de Acreditación están pensados en la lógica de ciclos Planear, Hacer, Verificar, Actuar (PHVA) y un fuerte proceso interno y externo de comunicación y divulgación de las estrategias y los resultados, para generar aprendizaje organizacional y consolidar las mejores prácticas.

A partir de esta dinámica de desarrollo de los estándares, se ha propuesto un esquema de estructura para los equipos de mejoramiento continuo de la calidad en las instituciones de salud que desarrollan el proceso de preparación para la acreditación.



CONFORMACIÓN DE EQUIPOS DE MEJORAMIENTO





CONFORMACIÓN DE EQUIPOS DE MEJORAMIENTO



OBJETIVO

Implementar y monitorear el cumplimiento de las acciones u oportunidades del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente, aplicables a las áreas o servicios que representan.

Funciones:

- 1 Apoyar la gestión del equipo de autoevaluación de los diferentes grupos de estándares
- 2 Responder por el mejoramiento, implementación despliegue y divulgación de los estándares en cada una de las áreas y servicios, de acuerdo con el plan de mejoramiento del grupo de estándares
- 3 Reportar resultados de la implementación y cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento al equipo de autoevaluación del grupo de estándares correspondiente.



CONFORMACIÓN DE EQUIPOS DE MEJORAMIENTO



3er
Nivel

2do
Nivel

1er
Nivel

OBJETIVO

Responder por la implementación de un grupo específico de estándares de Acreditación

Funciones:

- 1 Calificar cualitativa y cuantitativamente los estándares de acreditación correspondientes
- 2 Promover el liderazgo, planear, gestionar, monitorizar, mantener y desplegar los avances del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente
- 3 Reportar resultados de la gestión al equipo de mejoramiento institucional.



CONFORMACIÓN DE EQUIPOS DE MEJORAMIENTO



OBJETIVO

Planear, gestionar, monitorear y mantener los avances del plan de mejoramiento de cada Grupo de Estándares, alineados con el Mejoramiento Continuo Institucional.

Funciones:

- 1 Apoyar la gestión de mejoramiento institucional desde las diferentes fuentes (autoevaluación de acreditación, auditorías internas, auditorías externas, comités, etc.)
- 2 Evaluar el grupo de estándares de mejoramiento de la calidad
- 3 Integrar y armonizar las diferentes fuentes de mejoramiento institucional.
- 4 Monitorear los avances en la implementación de las oportunidades de mejoramiento originadas de las diferentes fuentes de mejoramiento
- 5 Responder por los resultados de la implementación del plan de mejoramiento institucional, su despliegue y divulgación a la Institución.
- 6 Reportar resultados de la gestión al director o gerente de la institución



CONFORMACIÓN DE EQUIPOS DE MEJORAMIENTO

3er Nivel - EQUIPO DE MEJORAMIENTO

2do Nivel - EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

EQUIPO ASISTENCIAL

DIRECCIONAMIENTO

GERENCIA

GERENCIA DEL TALENTO HUMANO

GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

GESTIÓN DE TECNOLOGÍA

EQUIPOS PRIMARIOS

1er Nivel - EQUIPOS PRIMARIOS



LECTURA Y CONOCIMIENTO DEL ESTÁNDAR

ESTÁNDARES ASISTENCIALES	DERECHOS DE LOS PACIENTES 
Estándar 1. Código: (AsDP1)	5 4 3 2 1
<p>La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que los pacientes y el personal comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p>	
<p>Criterios:</p> <ul style="list-style-type: none">• Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (infantes, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (incluye versión en idiomas extranjeros o dialectos que utilice el usuario cuando aplique).• La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se provee atendiendo al respeto que merece la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.• La organización garantiza estrategias que permitan la participación activa del paciente y familia en el proceso de atención.• El comité de ética hospitalaria tiene entre sus funciones la promoción,	<ul style="list-style-type: none">• la divulgación y la apropiación de los deberes y los derechos y estudia casos en que los mismos son vulnerados.• La participación de los usuarios en investigaciones debe contar con su aceptación escrita y explícita. Previamente a esta aceptación, se le informará verbalmente y por escrito al usuario de dicha solicitud, explicándole los alcances y riesgos de su participación.• Toda investigación amerita la reunión de un comité de ética de la investigación; debe garantizarse que este se reunió y dio su aprobación formalmente mediante acta.• La negativa por parte del usuario no puede ser barrera para una atención médica acorde con su patología.• La organización respeta la voluntad y autonomía del usuario.

INTENCIONALIDAD: El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares del grupo evaluado.

NÚMERO Y CÓDIGO DEL ESTÁNDAR

ENUNCIADO

Hace referencia a las condiciones generales que la organización debe cumplir y que serán tenidas en cuenta dentro del proceso de la evaluación del desempeño organizacional para el otorgamiento de la acreditación.

CRITERIOS

hacen referencia a condiciones particulares que deben ser tenidas en cuenta por la organización para considerar que cumple con lo requerido de acuerdo con la intencionalidad de cada estándar.

Juegan el papel de "No se le olvide"



Estándar 148. Código: (GI7)

Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada. Esto incluye:



ENFOQUE: Defina cómo se deben de cumplir de acuerdo a las políticas institucionales

IMPLEMENTACIÓN: Defina se cumple este estándar de acuerdo a lo que está escrito en las políticas institucionales)

RESULTADO: Presente los datos, gráficas, mediciones, evidencias que soporten que se cumple el enfoque de este dato

Criterios:



LECTURA Y CONOCIMIENTO DEL ESTÁNDAR

Criterios:

1. La transmisión del dato.

ENFOQUE, IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS

2. La definición de responsables de cada paso en la gestión del dato.

ENFOQUE, IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS

3. Los permisos asignados a cada responsable.

ENFOQUE, IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS



Enviar un día antes de la jornada programada de autoevaluación al correo electrónico: as6@dinamicaconsultoria.com.co

www.dinamicaempresarial.com.co



AUTOEVALUACIÓN

Consiste en establecer un diagnóstico para identificar fortalezas y oportunidades de mejora frente a los estándares de Acreditación con el fin de intervenirlos, asegurando el mejoramiento continuo.

TIPOS DE AUTOEVALUACIÓN:

Autoevaluación Cualitativa

Incluye la definición de fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.

Fortalezas

Oportunidades de Mejora

Autoevaluación Cuantitativa

Incluye la asignación numérica del grado de avance en la implementación del estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.

3 Dimensiones

10 Variables



AUTOEVALUACIÓN

Autoevaluación
Cualitativa



Fortalezas

Son los mecanismos, políticas, procedimientos, procesos, implementados por la organización donde ha conseguido resultados y que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno.

Características de una Fortaleza:

1. Debe tener enfoque, implementación y resultados

Enfoque

¿Está documentado?

Implementación

¿Se ha desplegado?
¿Las personas lo están implementando?

Resultados

¿Se está midiendo el impacto?

2. Debe ser un factor consolidado en la institución.

3. Debe tener mejoras desarrolladas ante los resultados obtenidos. Cierres periódicos y sistemáticos de evaluación y mejoramiento.



¿Cómo se redacta una fortaleza?

Clara

Concisa

No se deben emplear calificativos como bueno, malo, insuficiente

No utilizar siglas o abreviaturas

Debe escribir las razones por las que se considera una fortaleza desde el punto de vista de Enfoque, Implementación y Resultados





Descripción **INCORRECTA** de una Fortaleza:



Se cuenta con un formato de consentimiento informado



Se cuenta con una política de Seguridad del Paciente



Se tiene definida la planta de cargos



Descripción **CORRECTA** de una Fortaleza:



Se cuenta con una política de seguridad del paciente la cual ha sido emanada por la gerencia y validada por el equipo asistencial, se ha implementado de manera sistemática en todas las áreas con logros importantes, muestra de ello es la reducción de las infecciones asociadas al cuidado en los últimos 6 meses.



AUTOEVALUACIÓN

Autoevaluación
Cualitativa



Oportunidades
de Mejora

Son las estrategias y mecanismos que deberán ser implementados para bloquear los vacíos encontrados relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados de la práctica.

Características de una Oportunidad de Mejora:

1. Se evidencia una debilidad en las directrices o procesos de la organización
2. No se ha desplegado e implementado el enfoque a sus clientes tanto internos como externos
3. No se evidencia seguimiento o monitoreo del enfoque y la implementación



¿Cómo se redacta una oportunidad de mejora?

Inician con verbo en infinitivo

Se redactan con un lenguaje propositivo, por lo cual hay que definir las en positivo

Deben describir las estrategias que debe implementar la institución para cerrar las brechas frente al enfoque, la implementación y/o los resultados.

No deben emplearse expresiones que representen carencias (falta, no existen, no cuenta con, etc.)



Descripción **INCORRECTA** de una Oportunidad de Mejora:



No tienen estrategias que midan el grado de implementación de la práctica.



No existen procesos relacionados con la práctica evaluada



No cuentan con lineamientos definidos para la elaboración del consentimiento informado.

Emplean expresiones de carencia

Vagas

No definen las estrategias que deberán implementarse para el cierre de las brechas



Descripción **CORRECTA** de una Oportunidad de Mejora:



Establecer indicadores que permitan monitorear la adherencia a la aplicación del protocolo de lavado de manos



Avanzar en la medición de cultura de humanización, que les permita identificar la percepción de los usuarios y colaboradores respecto al carácter humanizado del proceso de atención; así como la percepción de necesidades de humanización por parte del personal asistencial.

Oportunidad de mejoramiento relacionada con los resultados



Desarrollar mecanismos sistemáticos de divulgación y medición de la adherencia a guías de práctica clínica

Oportunidad de mejoramiento relacionada con la implementación



AUTOEVALUACIÓN

Autoevaluación
Cuantitativa



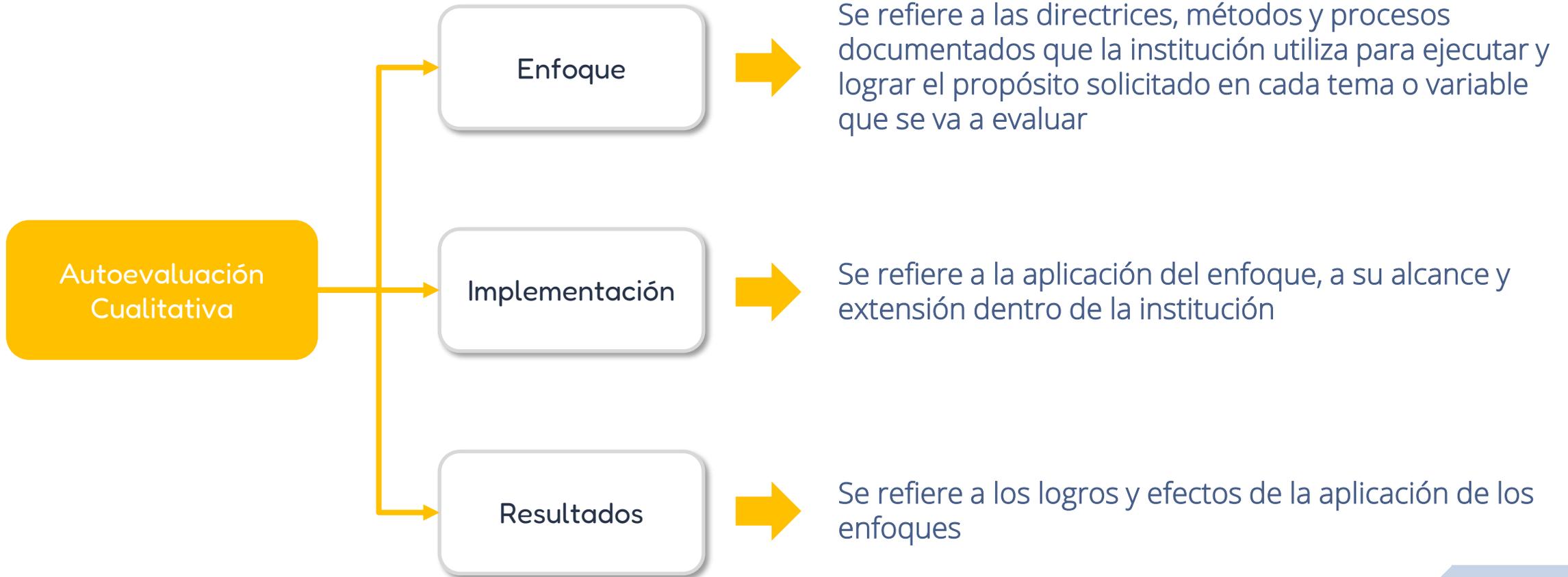
La Autoevaluación Cuantitativa implica evaluar numéricamente los estándares frente a 3 dimensiones y 10 variables teniendo como guía [LA HOJA RADAR](#).

QUE ES LA HOJA RADAR?

Es una matriz donde encontramos las 3 dimensiones, las 10 variables con sus definiciones y el rango de calificación, la cual es una guía para identificar como esta nuestra institución de manera cuantitativa frente al estándar.



AUTOEVALUACIÓN





AUTOEVALUACIÓN





DIMENSIÓN

Enfoque

Variables

Sistematicidad y amplitud

Ejercicio de aplicación disciplinado que abarca todos los procesos y el contenido del estándar; que hace una visión de conjunto de la institución; que contempla un ciclo PHVA.

Proactividad

Grado en que el enfoque es preventivo y se adelanta a la ocurrencia del problema de calidad, a partir de la gestión del riesgo.

Ciclo de evaluación y mejoramiento

Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.



DIMENSIÓN

Implementación

Variables

Apropiación por el
cliente interno y
externo

Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en los distintos servicios o procesos de la organización

Despliegue en la
Institución

Grado en que el cliente del despliegue (cliente interno y/o externo) entiende y aplica el enfoque, según la naturaleza y propósitos del estándar.



DIMENSIÓN

Resultado

Pertinencia

Grado en que los resultados referidos (hechos, datos e indicadores) se relacionan los criterios y requisitos del estándar evaluado

Consistencia

Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.

Avance en la medición

Grado en que la medición responde a una práctica sistémica de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del 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



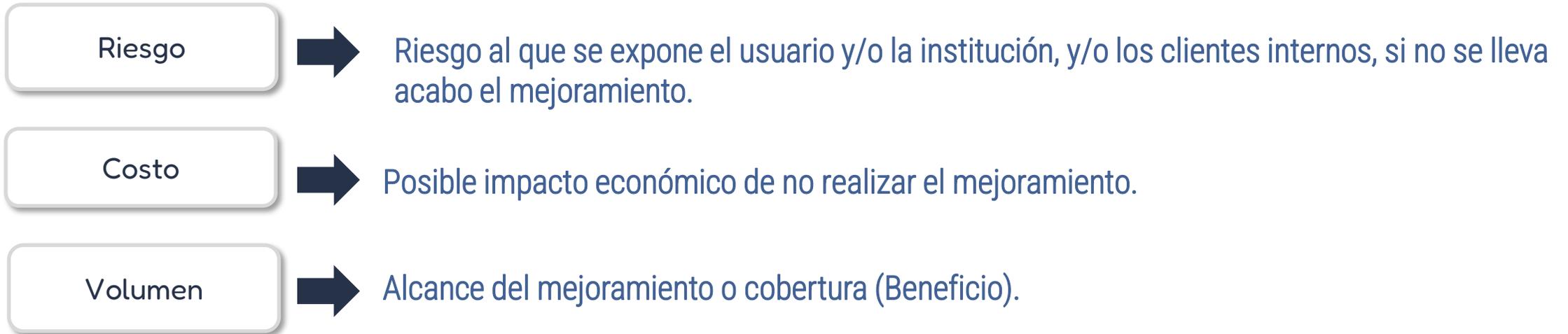
HOJA RADAR

VARIABLES	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD	El enfoque es esporádico, no está presente en todos los servicios o procesos, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistémico para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunos servicios o procesos. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en procesos claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de los procesos. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas los procesos, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
PROACTIVIDAD	Los enfoques son principalmente reactivos. La información presentada es anecdótica y desarticulada.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas. Etapas iniciales de la gestión del riesgo.	Enfoque principalmente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es principalmente proactivo y preventivos en todos los procesos y se evidencian resultados parciales de la gestión del riesgo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas los procesos. Hay evidencia de la gestión del riesgo.
CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos).	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre procesos claves que abarcan la mayoría de productos y servicios.	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
IMPLEMENTACIÓN					
DESPLIEGUE EN LA INSTITUCIÓN	El enfoque se ha implementado en algunos servicios o procesos pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunos procesos o servicios operativo principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en servicios o procesos claves y no existen grandes brechas con respecto a otros Servicios o procesos.	Existe un enfoque bien desplegado en todos los procesos o servicios, con brechas no significativas en aquellos de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevos servicios o procesos de forma integral y responde al enfoque definido en todas los servicios o procesos claves.
APROPIACIÓN POR EL CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO	El enfoque no lo apropian los clientes.	Hay evidencias de apropiación a unos pocos clientes internos y externos pero éste no es consistente	Hay evidencias de apropiación parcial del enfoque en los principales clientes con un grado mínimo de consistencia	El enfoque lo apropian la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque está apropiado en la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.



PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

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





PRIORIZACIÓN DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

Cada variable se califica de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor. Se sugiere utilizar la siguiente tabla de calificación:

Criterios de Priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
<ul style="list-style-type: none">• Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	<ul style="list-style-type: none">• Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.	<ul style="list-style-type: none">• Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
<ul style="list-style-type: none">• Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	<ul style="list-style-type: none">• Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	<ul style="list-style-type: none">• Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
<ul style="list-style-type: none">• Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	<ul style="list-style-type: none">• Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	<ul style="list-style-type: none">• Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.



NO se prioriza el estándar completo, sino que se prioriza cada oportunidad de mejora del estándar.



Sin embargo se debe realizar un análisis de las oportunidades de mejora a priorizar para que el estándar se desarrolle íntegramente (enfoque, implementación y resultados) y poder así avanzar en la escala de calificación



ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORAMIENTO

De acuerdo a los estándares de Acreditación de Mejoramiento de la Calidad, se deben formular planes de mejora para cada grupo de estándares a partir de las oportunidades priorizadas mediante metodología PHVA se definen acciones para ejecutar el cierre de brechas.

Cada equipo de autoevaluación deberá realizar el seguimiento a los planes de acción de las oportunidades priorizadas según un cronograma de reuniones establecido conjuntamente con el área de calidad.

El Equipo de Mejoramiento Institucional, conformado por los líderes de todos los equipos de autoevaluación, deberá realizar reuniones para evaluar aspectos estratégicos de la organización y realizar seguimiento al plan de mejora institucional. Además, se evalúan las barreras para la ejecución de los planes y se definen compromisos para las siguientes reuniones.



APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL Y CIERRE DE CICLO

Al final del ciclo de mejoramiento se debe realizar un recuento del aprendizaje organizacional obtenido, se debe generar un informe de cierre de ciclo con la validación del impacto de las acciones desarrolladas mediante los indicadores definidos y un recuento de los procesos que fueron impactados y estandarizados.

2 INTENCIONALIDAD DE ESTÁNDARES



Dinámica Consultoría

APRENDIZAJE, INNOVACIÓN Y RESULTADOS



Estándares Asistenciales

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo, a partir de un enfoque de humanización de servicios, es:



Que se respeten los derechos a los pacientes durante su atención.



Evaluar la implementación del plan de cuidado y tratamiento para que el paciente obtenga los resultados esperados de la atención.



Que el paciente reciba una adecuada finalización del tratamiento y un plan de cuidados posterior al egreso.



Dar a conocer cuales son los deberes de los usuarios



Que cada paciente reciba atención, cuidado y tratamiento de acuerdo con sus condiciones específicas de salud.



Dar una atención sin discriminación, en un tiempo razonable, sin interrupciones y de acuerdo con su condición o enfermedad



Estándares Asistenciales

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo, a partir de un enfoque de humanización de servicios, es:



Que al paciente que deba ser referido se le garanticen las condiciones para la continuidad de la atención y si es necesario, el regreso a la institución.



Que el paciente se beneficie de las acciones de mejoramiento de los procesos de cuidado y tratamiento.



Brindar una atención al paciente y su familia teniendo en cuenta las características socioculturales individuales y sus necesidades y expectativas sobre la atención.



Que el plan de cuidado y tratamiento sea recibido por el paciente bajo condiciones de seguridad, respeto a sus derechos, de manera informada, con acciones de educación sobre condición de salud y con el propósito de obtener los resultados esperados de la atención.



Estándares Direccionamiento

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

Que la organización esté alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad. Para el efecto, la organización cuenta con procesos para:



La lectura del entorno.



La formulación y revisión periódica del direccionamiento estratégico.



La sustentación de la gestión del personal ante la junta.



El seguimiento y evaluación del direccionamiento estratégico y del plan estratégico.



La construcción de un plan de direccionamiento estratégico.



La comunicación, difusión y orientación del personal.



La evaluación integral de la gestión en salud.



Estándares Direccionamiento

Esto incluye:

- El énfasis en los siguientes ejes: gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo, la seguridad del paciente, la humanización de la atención, la gestión de la tecnología, el enfoque de riesgos orientados a la transformación cultural de largo plazo y la responsabilidad social.
- La incorporación de la normatividad relevante, los aspectos éticos, las necesidades del usuario y su familia, las necesidades de los trabajadores, la relación con la comunidad a la que sirve y la interacción con otras organizaciones en el desarrollo de un medio ambiente saludable.
- La viabilidad financiera para la ejecución de los planes.
- El direccionamiento estratégico central cuando existen sedes organizadas en red.
- La política para promover, proteger y mejorar la salud de la población en el ámbito de los servicios que brinda y en colaboración con las organizaciones y comunidades relevantes.
- La articulación del direccionamiento estratégico con los procesos de las unidades funcionales.
- La educación continua de la junta directiva.
- La conformación interdisciplinaria de los equipos de autoevaluación de estándares de acreditación.
- La sostenibilidad de la cultura de calidad, del mejoramiento continuo y el mantenimiento de los requisitos de entrada a la acreditación definidos por el organismo de acreditación.



Estándares Gerencia

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

Que los procesos organizacionales lleven a la operación los lineamientos estratégicos orientados hacia el logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad. Para tal efecto, la organización cuenta con procesos de:

- Identificación de los clientes internos y externos de los procesos y de sus necesidades.
- Identificación y cumplimiento de los requisitos de entrada al proceso de acreditación.
- Asignación de recursos físicos, financieros y de talento humano para las labores de mejoramiento.

- Si la organización delega servicios, procesos para definir, acordar y monitorizar criterios de alineación entre el servicio delegado, los lineamientos y las políticas institucionales y los estándares de acreditación que apliquen, así como el mejoramiento de los servicios delegados.



Estándares Gerencia



La protección de los recursos.



Definición y monitorización de metas y objetivos por unidad funcional, alineados con las metas y los objetivos institucionales.



Esto incluye estrategias y acciones de la alta gerencia para apoyar con recursos y acompañar a los niveles operativos en las actividades de mejoramiento de procesos, un enfoque de autocontrol de los responsables de los procesos, el cumplimiento y el respeto de los deberes y los derechos de los pacientes.



Estándares Gerencia

Que la organización obtenga cada vez mejores resultados en los procesos institucionales o delegados en relación con los logros esperados institucionales. Para tal efecto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de direccionamiento estratégico de manera sistemática con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad. Esto incluye:



La definición de un plan con objetivos y estrategias, basado en la información obtenida del equipo de salud, del usuario y su familia.



La determinación de procesos prioritarios de atención e implementación de las actividades de mejoramiento en concordancia con las prioridades.



La monitorización del mejoramiento de los procesos mediante la medición de resultados.



La divulgación y despliegue de los resultados del mejoramiento entre los trabajadores de la institución.



Identificación y respuesta efectiva a las necesidades.



Estándares Talento Humano

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

Que el talento humano mejore sus competencias y desempeño en relación con las metas y los objetivos institucionales, particularmente en la atención de usuarios. Para ello, la organización cuenta con procesos de:



Identificación y respuesta efectivas a las necesidades del talento humano.



Desarrollo de estrategias para promover la seguridad del paciente, la humanización de la atención y el enfoque de riesgo.



Evaluación competencias y desempeño.



Evaluación sistemática de la satisfacción del cliente interno.



Planeación del talento humano institucional.



Educación continuada.



Mejoramiento de la salud ocupacional y seguridad industrial.



Desarrollo de la transformación cultural.



Estándares Talento Humano

Esto incluye:



Garantizar competencias del talento humano en el rol que desempeña en la institución.



Empoderar el talento humano para asumir las responsabilidades que le han sido asignadas.



Aplicar los procesos al talento humano, incluidos todos los colaboradores de la institución, independientemente de la modalidad de vinculación.



Acondicionar las áreas y puestos de trabajo para mejorar el desempeño de los colaboradores de la institución..



Implementar estrategias para evaluar la transformación cultural.



Aplicar los procesos al talento humano, incluidos todos los colaboradores de la institución, independientemente de la modalidad de vinculación.



Desarrollar estrategias para promover la comunicación y el diálogo permanente.



Mejoramiento de la salud ocupacional y seguridad industrial.



Estándares Talento Humano

Que la organización obtenga cada vez mejores resultados en el desempeño del talento humano alineado con los objetivos y las metas institucionales. Para el efecto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de direccionamiento estratégico, de manera sistemática, con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad. Esto incluye:



La definición de un plan con objetivos y estrategias, basado en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia.



La monitorización del mejoramiento de los procesos mediante la medición de resultados.



La determinación de procesos prioritarios de atención e implementación de las actividades de mejoramiento en concordancia con las prioridades.



La divulgación y el despliegue de los resultados del mejoramiento hacia los trabajadores de la institución.



Estándares Ambiente Físico

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

Que los procesos institucionales, y en particular los de atención del paciente, cuenten con los recursos físicos, tecnológicos y de infraestructura y con las características técnicas que respondan a las necesidades. En especial que las condiciones del ambiente físico garanticen la protección en un ambiente humanizado a los usuarios y los colaboradores.



Gestión de insumos y suministros.



Gestión de la infraestructura física.



Gestión ambiental..



Plan de emergencias y desastres internos y externos..



Seguridad industrial y salud ocupacional.

Esto incluye el manejo seguro del ambiente físico, con enfoque de riesgo, consistente con el direccionamiento estratégico, y la promoción de una cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico.



Estándares Gestión de la Tecnología

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

Que los procesos institucionales, y en particular los de atención del paciente, cuenten con el respaldo de una gestión tecnológica, orientada a la eficiencia, la efectividad y la seguridad, en un marco de aplicación sensible a las necesidades de los usuarios y los colaboradores.



Gestión de equipos biomédicos.



Gestión de medicamentos y dispositivos médicos



Mejoramiento de la gestión de tecnovigilancia y farmacovigilancia



Incorporación de nuevas tecnologías.



Gestión de tecnologías de la información.



Gestión de tecnologías de soporte

Esto incluye el manejo seguro de la tecnología, con enfoque de riesgo, la consistencia con el direccionamiento estratégico y la promoción de cultura institucional para el buen manejo de la tecnología.



Estándares Gerencia de la Información

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

Que los procesos institucionales cuenten con la información necesaria para la toma de decisiones basada en hechos y datos.

La implementación de estrategias y mecanismos para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información, los sistemas de evaluación y mejoramiento de la gerencia de la información, las políticas y estrategias para el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información, las políticas y las estrategias en el manejo de registros clínicos del paciente de manera que estén disponibles para los equipos de salud responsables de la atención, la unificación centralizada en las instituciones organizadas en red y, la definición de planes de contingencia en caso de fallas en sistemas primarios, entre otros.

Que la información a que se refiere esta sección incluya todos los procesos organizacionales, las necesidades del usuario, su familia y la comunidad.

Que la organización obtenga cada vez mejores resultados en el desempeño de la gestión de información. Para esto, la organización desarrolla un plan para la gerencia de la información, de manera sistemática con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.



Estándares Gerencia de la Información

Para este fin, la organización requiere de procesos para:

- Identificación y respuesta efectiva a las necesidades de información.
- Planificación de la gerencia de la Información.
- Gestión de los datos y realización de minería de datos.
- Estandarización de la información.
- Desarrollo y gestión de registros clínicos.
- Tablero de mando integral institucional.
- Análisis de la información y toma de decisiones.
- Análisis de causas de las brechas observadas frente a lo esperado.
- Uso seguro y confiable de la tecnología.
- Soporte tecnológico, redes y licencias para el sistema de información.

- Implementación basada en prioridades.
- Almacenamiento, conservación y depuración de la información.
- Uso de la información para la toma de decisiones.
- Políticas de confidencialidad y respeto en la difusión de información.
- Evaluación de la veracidad y transparencia de la información.
- Análisis y evaluación de riesgos de la información.
- Apoyo de la dirección al proceso de información.
- Costos del sistema de información y proyecciones.
- Controles de la información y selección de los mismos.
- Sistemas de comunicación organizacionales y efectividad de los mismos.



Estándares Mejoramiento

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

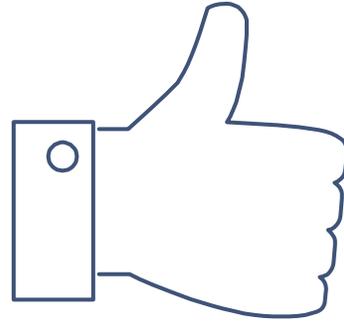
Que la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos.

Que el proceso de calidad de la institución integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización para que los procesos de calidad que se desarrollen sean efectivos y eficientes.

Que los procesos de calidad estén íntimamente integrados en los procesos organizacionales y que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización.

Que los procesos de mejora de la calidad sean sostenibles en el tiempo.

Que los procesos de mejora de la calidad general produzcan aprendizaje que sea útil tanto para la organización como para el sistema en general..



GRACIAS!