

# Premio

Calidad en Salud  
Colombia

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD



GUIA para  
los participantes



CENTRO  
DE GESTIÓN  
HOSPITALARIA



## Contenido

1.	Introducción	4
2.	Instituciones que pueden postularse al Premio	7
3.	Proceso de postulación al Premio	8
4.	Evaladores y jurados	12
5.	Responsabilidades de los participantes y ganadores	13
6.	Marco conceptual de los criterios del premio	14
7.	Criterios de evaluación	16
8.	Puntajes de criterios y estándares	45
9.	Glosario	47
	Bibliografía	63

## PREMIO CALIDAD EN SALUD COLOMBIA PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

### 1.

## Introducción

El **CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA** es una corporación mixta, sin ánimo de lucro, promovida por el Departamento Nacional de Planeación como un centro de innovación para el sector de la salud en los temas de gestión y calidad.

En el **CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA** combinamos de manera balanceada, articulada y única **CONOCIMIENTO PROFUNDO e INNOVADOR de CALIDAD y GARANTIA DE CALIDAD** en salud, un **SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRAL** actualizado, adaptado y probado en salud y **EXPERIENCIA** en acompañamiento y manejo exitoso de organizaciones de salud. Estas características nos permiten ofrecer, de manera claramente diferenciada, al sector salud:

- ❖ Orientación y acompañamiento en el proceso de implementación de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en salud: **HABILITACIÓN, AUDITORIA, ACREDITACIÓN E INFORMACIÓN A USUARIOS.**
- ❖ Orientación y acompañamiento teórico-práctico en la implementación de un Sistema de Gestión Integral adaptado a las áreas administrativas y a la actividad clínica de las instituciones de salud, con lo cual se logra homologación del estilo y del lenguaje gerenciales en toda la organización y se facilitan la comunicación y la integración de las áreas de apoyo con las asistenciales.
- ❖ Asesoría que garantiza transferencia efectiva de conocimiento útil y aprendizaje institucional orientados a la obtención de resultados extraordinarios.
- ❖ Espacios de reflexión y de difusión de logros, especializados en gestión y calidad en salud, diseñados para incentivar el mejoramiento continuo en las organizaciones del sector.
- ❖ **Instrumentos para evaluación y reconocimiento de la gestión específicos para instituciones de salud.**

- ❖ Capacidad para contribuir en la formulación de políticas públicas sectoriales.

## Misión del premio

El PREMIO CALIDAD SALUD COLOMBIA es un instrumento de evaluación específico para organizaciones de salud, desarrollado con el propósito de ofrecer una oportunidad para analizar, de manera profunda y detallada, todos los aspectos de su gestión, documentarlos, compararlos con criterios internacionales, someterlos a evaluación por parte de un grupo de expertos y recibir retroalimentación. Es una herramienta diseñada teniendo en cuenta las características propias y únicas de los macroprocesos centrales, es decir, de las actividades técnico asistenciales de las instituciones de salud. Es una metodología poderosa que no se limita a evaluar la calidad de la gestión administrativo-financiera, sino que profundiza y pondera adecuadamente los procesos asistenciales, es decir, la gestión clínica.

Las instituciones ganadoras del PREMIO CALIDAD SALUD COLOMBIA son reconocidas por sus pares y por sus usuarios como las mejores y se convierten en referente de gestión y calidad para el sector.

## Objetivos del premio

- ❖ Facilitar el conocimiento del nivel de desempeño de los procesos y con base en un diagnóstico objetivo orientar los planes futuros.

- ❖ Despertar conciencia de la calidad como elemento esencial de la productividad y la competitividad.
- ❖ Generar sentimientos de orgullo individual y organizacional que contribuyen a la buena marcha institucional.
- ❖ Complementariamente, el premio permite identificar, documentar y difundir las mejores prácticas, con el fin de promover la excelencia y facilitar el desarrollo de todas las instituciones del sector.

## ¿Cómo se garantiza la calidad, seriedad y neutralidad del premio?

La dirección técnica y la coordinación del Premio Calidad Salud Colombia son responsabilidad del Centro de Gestión Hospitalaria.

En cumplimiento de su misión, el Centro trabaja en:

- a) *Generación de conocimiento relacionado con Calidad de Atención en Salud*, mediante dos estrategias: **investigación** (generación de conocimiento nuevo) e **innovación** (identificación y apropiación de metodologías probadas en otros lugares y/o en otros sectores).
- b) *Prestación de servicios y formulación de recomendaciones*. Entre los primeros se encuentra la evaluación de la gestión de las organizaciones de salud y de la calidad de los servicios que prestan, con el fin de orientar su desarrollo. El Premio Calidad Salud Colombia, tal como se dijo antes, es una de

las metodologías de evaluación institucional del Centro de Gestión Hospitalaria y al mismo tiempo un poderoso incentivo de mejoramiento para las instituciones del sector.

- c) *Difusión de conocimiento* mediante productos tales como el Foro Internacional, la revista Vía Salud, las guías y los libros escritos y editados por reconocidos expertos en cada uno de los temas.

El Centro de Gestión Hospitalaria garantiza el nivel técnico del premio, así como la equidad, seriedad y transparencia del proceso frente a todos los participantes. Para ello el Centro:

- ❖ Desarrolla los criterios de evaluación que guían a las instituciones participantes para documentar su gestión y los revisa cada 5 años para su mejoramiento.
- ❖ Selecciona y entrena al jurado y a los evaluadores.
- ❖ Recibe los informes presentados por las instituciones y los radica con un número que servirá de identificación de la institución, permitiendo el manejo de calificaciones de manera anónima en la reunión del jurado.
- ❖ Registra y tabula en forma reservada los datos recopilados para ser presentados ante el jurado.
- ❖ Coordina las reuniones de consenso entre evaluadores, las reuniones de jurado, las visitas a las instituciones finalistas y las visitas de retroalimentación, y acompaña a los evaluadores a las visitas de retroalimentación.
- ❖ Cumple estrictamente un cronograma, unos requisitos y unos procedimientos establecidos y conocidos por todos los participantes, evaluadores y jurados.

## 2.



# Instituciones que pueden postularse al Premio

Pueden participar en el Premio las siguientes instituciones, tanto del sector público como privado, con o sin ánimo de lucro, cualquiera que sea su tamaño, siempre y cuando constituyan en sí mismas una **Unidad de Gestión**:

- ❖ Instituciones de prestadoras de servicios (hospitales o centros de atención ambulatoria) dedicados a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- ❖ Empresas promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado, empresas solidarias de salud o administradoras de riesgos profesionales.

Se entiende por **Unidad de Gestión**, toda institución que tenga autonomía financiera y administrativa, lleve a cabo una gestión integral y por ello pueda analizar su organización bajo los criterios planteados en la cartilla. De esta forma no pueden participar centros, áreas o servicios, que dependan financiera o administra-

tivamente de una institución de la cual hacen parte.

Deberían postularse las instituciones que han hecho avances importantes en su gestión por calidad, por la oportunidad para analizar de manera profunda esos avances, documentarlos, compararlos con criterios exigentes, someterlos a evaluación y recibir retroalimentación por parte de expertos. Este esfuerzo les trae un mejoramiento inmediato y una guía para orientar su trabajo hacia el futuro.

**Para otras instituciones que no han alcanzado niveles altos de calidad**, el Centro de Gestión Hospitalaria ofrece talleres de autoevaluación con base en los criterios del Premio, para ayudarles a identificar fortalezas y oportunidades de mejoramiento, definir una línea de base que facilite la cuantificación de sus avances, definir planes que den un foco más preciso a los mismos y cuya implementación les permita postularse en un futuro próximo.



## 3.

# Proceso de postulación al Premio

El proceso de evaluación está compuesto por 7 etapas, a saber:

### 3.1 Promoción e información Técnica del Proceso del Premio

Las reuniones de promoción e información técnica del proceso de evaluación y postulación se llevan a cabo en las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín, en la segunda semana del mes de Enero de cada año, fechas que son publicadas en la página web del Centro de Gestión Hospitalaria [WWW.cgh.org.co](http://WWW.cgh.org.co). En dichas reuniones se explican las reglas para concursar, el significado de los estándares, se orienta a las organizaciones para desarrollar la autoevaluación, se dan recomendaciones para escribir el informe de postulación y se entrega la cartilla con los criterios y la ficha de inscripción.

### 3.2 Inscripción

Existe un formato de inscripción debe ser diligenciado en su totalidad y haber cancelado

los derechos respectivos equivalentes a **\$5'000.000** de pesos colombianos, tarifa única que cubre el costo del proceso de evaluación externa y la retroalimentación a cada una de las instituciones participantes.

### 3.3 Proceso de autoevaluación y elaboración del informe de postulación

En los 3 meses siguientes a la inscripción, los inscritos al Premio Calidad en Salud Colombia, las instituciones deberán autoevaluarse y elaborar un informe de postulación que describe el enfoque, la implementación y el resultado de su gestión, respondiendo a las indicaciones presentadas en los criterios para la evaluación (capítulo 7). **Este documento constituye la única base para la primera etapa de la evaluación y es guía fundamental para la decisión del jurado.** Se recuerda que no hay visita de campo sino a las instituciones que sean seleccionadas en al primera reunión de jurados.

Las especificaciones que deben seguir para elaborar el informe son las siguientes:

- ❖ El informe debe estar escrito en computador, en letra de 10 puntos como mínimo, tamaño carta, a un espacio y en una columna.
- ❖ La extensión total no debe ser superior a las 100 páginas incluidos los anexos. Los evaluadores y jurados no tendrán en cuenta las páginas que excedan el límite anterior, por lo cual se recomienda expresamente no excederse.
- ❖ El informe debe ceñirse fielmente a las indicaciones establecidas en los CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN (capítulo 7) y debe utilizar el mismo orden y numeración.
- ❖ Por ello, para cada CRITERIO y sus estándares, el postulante deberá explicar claramente su enfoque, el grado de avance en la implementación, y los resultados obtenidos. Deberá referirse igualmente a las principales oportunidades de mejoramiento o las acciones faltantes para su futuro desarrollo. Cabe anotar que en la evaluación se tendrá muy en cuenta la relación de causalidad entre los resultados presentados y la aplicación de los enfoques.
- ❖ El informe debe estar redactado en forma precisa, respondiendo a la información requerida en cada estándar. Es conveniente utilizar gráficos y tablas para la presentación de los datos y evitar descripciones largas e imprecisas.
- ❖ Debe incluir ejemplos, siempre que sean relevantes, breves y que ilustren la respuesta conceptual solicitada.
- ❖ Es conveniente distribuir el trabajo de preparación del informe entre las personas más versadas en cada tema, quienes de antemano deben conocer los objetivos y el contenido del Premio a cabalidad. Una vez elaborados los borradores se recomienda asignar a un equipo de la alta dirección la responsabilidad de la edición final, recalcando sobre la importancia de mantener la coherencia integral y de no sobrepasar la extensión final permitida. Si hay algún comentario que ya haya explicado en otro lugar del informe, solo remítalo al lugar donde lo redactó para ahorrar espacio.
- ❖ El informe debe presentarse en tres copias de papel y una copia electrónica y ser entregado al Centro de Gestión Hospitalaria, antes de la fecha establecida. Las instituciones participantes fuera de Bogotá deben enviar informe de postulación con el tiempo necesario por correo recomendado para que llegue al Centro de Gestión Hospitalaria en la fecha y hora establecida. **No se reciben los informes que no lleguen a tiempo**

### 3.4 Evaluación de informes de postulación por evaluadores por pares y selección de instituciones para visita de campo:

La evaluación se realizará con base en los informes de postulación que presenten las instituciones inscritas. Toda institución es evaluada por un grupo de evaluadores. Cada uno de ellos en forma individual, analizará y evaluará las tres dimensiones mencionadas (enfoque, implementación y resultado), en cada una de las

áreas que conforman el conjunto de criterios y calificarán la institución.

Posteriormente a la evaluación individual, los evaluadores, se reúnen para dar una calificación de consenso que entregan al Centro de Gestión Hospitalaria.

La calificación de las instituciones será presentado a los jurados de forma anónima, identificando cada una con un número asignado en el momento de inscripción. El jurado revisará los puntajes, fortalezas y oportunidades de mejoramiento definidos por los evaluadores, además de la consistencia entre los diferentes capítulos que conforman el Premio. Como fruto de este análisis, el jurado seleccionará aquellas instituciones que muestren un mayor desarrollo y tengan posibilidad de recibir un reconocimiento.

***Estas instituciones recibirán una visita de campo por parte del equipo evaluador.***

*Se debe recalcar la importancia que tiene la adecuada elaboración del informe, para que sea el reflejo fiel de la situación de la institución, pues constituye la base para ser seleccionado para una visita de campo.*

### 3.5 Visita de Campo:

Las instituciones seleccionadas recibirán la visita de los evaluadores, en fechas previamente acordadas, para examinar con mayor

profundidad los enfoques, implementación y resultados de la calidad de la empresa, y para verificar la consistencia entre los distintos criterios consignados en el informe de postulación. Basados en estas visitas, los evaluadores elaborarán el informe definitivo de cada institución, en el cual se hará alusión explícita sobre el carácter integral de los criterios. Este informe definitivo se presenta nuevamente al jurado.

### 3.6 Decisión del Jurado y entrega del Premio:

El premio Calidad en Salud Colombia otorgará un reconocimiento a las instituciones de salud que alcancen el mas alto nivel de calificación en la evaluación de su Gestión Integral por Calidad. Estos niveles son crecientes para promover el mejoramiento continuo de las instituciones, de forma que una institución que logre recibir el reconocimiento por alcanzar un determinado nivel, puede y debería seguir trabajando para lograr niveles superiores en años siguientes. Cada institución estará compitiendo por su propio desarrollo y únicamente contra sí misma. Así, si varias instituciones logran un determinado nivel, todas recibirían el reconocimiento correspondiente.

Los niveles de reconocimiento que dará el Premio Calidad en Salud Colombia son los siguientes:

	BRONCE	PLATA	ORO
ENFOQUE	Sistémico en la <i>mayoría</i> de áreas claves Preventivo en <i>algunas</i> áreas claves	Totalmente sistémico Preventivo y proactivo en la <i>mayoría</i> de las áreas claves	<i>Totalmente</i> sistémico preventivo y proactivo.
IMPLEMENTACION	Implementado en <i>algunas</i> áreas claves y de soporte	Implementado en la <i>mayoría</i> de áreas claves. Buen nivel de integración. Brechas en algunas áreas de soporte.	Implementación y articulación en <i>todas</i> las áreas.
RESULTADOS	Tendencias de mejoramiento en <i>algunas</i> áreas y factores claves. <i>Iniciando</i> procesos de comparación con las mejores prácticas.	Tendencias fuertes de mejoramiento en la <i>mayoría</i> de áreas claves Comparación de <i>algunos</i> procesos claves con empresas líderes en el mercado con resultados de mejoramiento.	Excelentes resultados en <i>todas</i> las áreas claves Resultados <i>positivos</i> de la comparación con las mejores prácticas Ciclos de mejoramiento.

La premiación se llevará a cabo con presencia del Señor Presidente de la República y/o con el Ministro de Protección Social en ceremonia especial para tal fin, generalmente al finalizar el foro anual del Centro de Gestión Hospitalaria.

### 3.7 Retroalimentación:

Todos los postulantes recibirán un informe escrito como resultado de la evaluación y una visita de retroalimentación, para presentarle las fortalezas encontradas y recomendaciones sobre aquellos

aspectos que representen oportunidades para mejorar. A esta visita de retroalimentación asisten un representante del Centro de Gestión Hospitalaria y un representante del equipo de evaluadores.

Con base en las oportunidades de mejoramiento las instituciones hacen sus planes de acción.

***La retroalimentación es el aporte más valioso que reciben los participantes en el proceso y lo reciben todas las instituciones participantes.***

## 4.



## Evaluadores y jurados

El grupo de evaluadores del **Premio Calidad en Salud Colombia** es un grupo mixto seleccionado con base en un perfil muy exigente, para asegurar un juicio imparcial y riguroso. Lo componen líderes del sector salud con experiencia en gestión, tales como jefes de programas de postgrado, de sociedades científicas, directores de instituciones líderes, asesores en calidad y gestión e investigadores, y evaluadores del Premio Colombiano a la Calidad, quienes aportan su conocimiento y experiencia en evaluación de la gestión por calidad en diferentes empresas. Como se indicó, toda institución es evaluada por un grupo mixto de evaluadores de salud y del Premio Colombiano de la calidad.

Los evaluadores reciben un entrenamiento anual para asegurar la interpretación uniforme de los criterios del Premio y del sistema de calificación. La asignación de los evaluadores a determinadas

instituciones se realiza con base en su experiencia, el tipo de institución a evaluar, y acorde con un Código de Ética y con un estricto análisis de los conflictos de interés que los evaluadores deben manifestar por escrito.

Los jurados son personas de reconocida trayectoria académica y/o práctica y un conocimiento profundo en gestión por calidad, que ofrecen su tiempo, conocimiento y visión integral como directivos, para asegurar que las instituciones elegidas puedan ser un ejemplo real para el país.

El entrenamiento y la coordinación del trabajo de los evaluadores y jurados, es llevado a cabo por el Centro de Gestión Hospitalaria. **Para mantener su papel eminentemente técnico y neutral, el Centro de Gestión Hospitalaria no participa en la evaluación, ni en el juzgamiento.**

5.



## Responsabilidades de los participantes y ganadores

Recibir el Premio Calidad en Salud Colombia constituye un honor y un compromiso para las instituciones ganadoras, quienes servirán de ejemplo a las instituciones del sector. Se espera por ello que su comportamiento posterior al reconocimiento siga siendo consistente con dicha distinción. Deben convertirse en promotoras del desarrollo de la calidad en el sector y en el país y dar a conocer sus experiencias y resultados a quienes se muestren interesados.

Los ganadores podrán utilizar el Premio en campañas publicitarias, lo cual les permitirá promocionar su imagen como una Institución de

Calidad; sin embargo, esta publicidad deberá ser de tipo institucional, haciendo mención al año en el cual fueron ganadores, al nivel de reconocimiento que recibieron, y por un tiempo máximo de tres años.

Siendo uno de los objetivos del Premio Calidad en Salud Colombia difundir las prácticas exitosas en la aplicación de los conceptos de Calidad, todas las instituciones participantes se comprometerán a permitir que su caso sea difundido con fines didácticos, con el entendimiento de la institución tiene derecho a solicitar que cifras que se presenten en el informe de postulación se mantengan en reserva.

## 6.

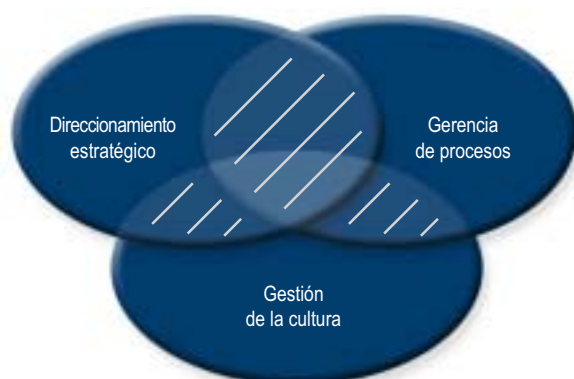


## Marco conceptual de los criterios del Premio

Los estándares del premio están basados en el sistema de Gestión Integral por Calidad .

La Gestión Integral por Calidad es una forma de pensamiento gerencial, estructurado, que tiene como propósito que una organización se desarrolle de manera integral y armónica, entendiendo por ello que logre el mayor beneficio y satisfacción para sus clientes, para sus empleados, para sus dueños o dolientes, y para la sociedad en general.

La Gestión integral por Calidad combina tres elementos, el Direccionamiento Estratégico, la Gerencia del Día a Día y la Transformación de la Cultura.



**El Direccionamiento Estratégico** significa orientar la organización hacia el futuro, focalizar sus esfuerzos y lograr solidaridad de todas las personas que la integran hacia propósitos comunes.

**La Gerencia del Día a Día** significa dar a cada persona de la organización la responsabilidad y los medios para controlar sus procesos y lograr que su resultado sea predecible.

**La Transformación de la Cultura** significa definir y llevar a cabo las acciones necesarias para modificar o promover creencias y actitudes de las personas de la organización que impedirían o reforzarían el logro de los propósitos de la organización.

La Gestión Integral por Calidad obliga a las organizaciones de salud a buscar la congruencia entre esos elementos:

- ❖ Se logra congruencia entre el *Direccionamiento Estratégico* y la *Gerencia del día a día* que realizan las personas en su día a día, cuando de manera sistemática se despliegan

los planes, se negocian metas de contribución al logro, se asignan recursos y se utilizan indicadores de seguimiento para todas las personas y niveles de la organización.

- ❖ Se logra congruencia entre el *Direccionamiento Estratégico y la Cultura*, cuando de manera sistemática se construyen significados comunes sobre grandes propósitos (misión, visión, valores, áreas de direccionamiento) entre todas las personas y niveles de la organización, cuando se trabaja en un cambio en las creencias y hábitos de las personas y cuando se dan reconocimientos acordes con la estrategia, cuando se analiza y trabaja el desarrollo individual dentro de la organización.
- ❖ Se logra congruencia entre la Cultura y la Gerencia del Día a Día, cuando de manera sistemática se realizan acciones para lograr el empoderamiento del personal, la autonomía y autogestión para manejar sus propios procesos para el logro de metas de la organización, cuando se da capacitación y entrenamiento para ello.

La Gestión Integral por Calidad no obliga el uso de herramientas de gestión específicas, sino que propone hacer uso de la tecnología de gestión más avanzada y de las mejores herramientas disponibles.

La Gestión Integral por Calidad es el medio para que:

- ❖ Las organizaciones de salud sean económicamente exitosas y socialmente sanas, donde todos los que interactúan con ella se desarrollen y estén satisfechos.
- ❖ Los usuarios y otros clientes reciban servicios de calidad.
- ❖ Los dueños o dolientes de las instituciones obtengan un mejor resultado económico.
- ❖ Mejore la productividad de cada persona de la organización porque cuenta con instrumentos para gerenciar sus procesos, mejorar la calidad y reducir costos.
- ❖ La organización logre concebir, desarrollar y mantener ventajas competitivas sostenibles garantizando su supervivencia.
- ❖ Se logre un equipo humano con propósitos comunes, y donde la institución se proyecte como un espacio vital donde las personas que lo integran se desarrollen.
- ❖ El sector salud, la comunidad y la sociedad en general mejoren con los resultados de la organización.

Los criterios del premio están diseñados como un instrumento de evaluación de la gestión integral por calidad para cualquier organización de salud, independientemente de su avance.



## 7.

# Criterios de evaluación

La evaluación de la Gestión Integral por Calidad se hace con base en 7 criterios que se describen a continuación. Cada criterio consta de un grupo de estándares que se calificarán considerando tres dimensiones: ENFOQUE, IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS (algunos criterios hablan de resultados y otros no). Estas dimensiones tienen los siguientes significados:

**Enfoque:** Se refiere a los métodos y directrices que la empresa utiliza para lograr el propósito establecido en cada tema o factor que se va a evaluar.

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

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

Siguiendo las indicaciones que se dan a continuación, la institución debe escribir una introducción y luego analizar cada uno de los criterios en las dimensiones a las que este hace referencia, respondiendo en orden en que están desarrollados, refiriendo cómo están diseñados y desarrollados los distintos enfoques, el avance de su implementación y los resultados obtenidos.

## INTRODUCCIÓN

Este capítulo no tiene puntaje específico asignado, pero debe incluir un marco general de la institución y de su proceso de calidad como fundamento para el análisis y evaluación detallada de los diferentes capítulos que conforman los criterios del Premio. No debe superar las tres páginas.

### A. INFORMACIÓN GENERAL

Presente en forma breve las principales características de la institución, tales como su tamaño, naturaleza jurídica, complejidad, población a atender, tipo de servicios que presta, etc.

### B. HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN HACIA LA CALIDAD

Describa en forma cronológica, los eventos significativos que se han presentado como parte del desarrollo de la institución hacia la calidad explicando el enfoque e implementación en cada una de las fases históricas. Este trabajo debe ser realizado por el director o cabeza de la institución.

## ESTÁNDARES PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

### 1. Direccionamiento estratégico y liderazgo

Este capítulo examina el proceso para definir e implementar el Direccionamiento Estratégico (DE) de la organización, así como los procesos para su despliegue y seguimiento y para la alineación de la estrategia, la estructura y la cultura hacia el alcance de los grandes propósitos corporativos.

Evalúa también la participación efectiva y el compromiso de la alta dirección como líder y responsable del desarrollo, despliegue y seguimiento del Direccionamiento Estratégico y la importancia que da la institución al sistema de liderazgo basado en el ejemplo. Este tipo de liderazgo guía el trabajo diario del equipo humano para promover la excelencia del desempeño y una cultura de calidad internamente y en el entorno, buscando dar una respuesta efectiva a los usuarios, a otros clientes y a la comunidad.

Finalmente, examina si la institución ha logrado incorporar dentro de la visión a largo plazo y sus estrategias, aspectos como la responsabilidad social con la comunidad y el sistema de salud y el compromiso con el desarrollo y preservación del medio ambiente y los ecosistemas circundantes.

#### 1.1 Formulación, análisis y despliegue del direccionamiento estratégico

El nivel directivo tiene establecidos unos mecanismos sistemáticos para:

- ❖ Formular los grandes propósitos corporativos: misión, visión y grandes valores; definir los factores críticos de éxito y las políticas y directrices en términos de objetivos, estrategias y metas cuantificables.
- ❖ Identificar variables externas e internas que puedan afectar el buen desempeño de la organización y su viabilidad en el tiempo; establecer rangos para vigilar el riesgo, hacerles seguimiento, identificar cambios y analizar su incidencia para modificar o no las estrategias. Existe un proceso para diseñar planes de corto y largo plazo así como estrategias que incluyan una amplia participación de la gerencia en su desarrollo.

Variables externas tenidas en cuenta: políticas y directrices del sector salud y de otros sectores a nivel nacional; usuarios y otros clientes (actuales, probables y potenciales); competitividad del mercado del sector salud y desempeño operacional de otros prestadores de servicios de salud similares; riesgos financieros actuales y potenciales que impacten en la sociedad; capacidad de proveedores claves, etc.

Variables internas tenidas en cuenta: capacidad del recurso humano de la institución para cumplir con los objetivos y estrategias propuestas; capacidad operativa de la organización para responder a los requerimientos y necesidades de los usuarios y otros clientes y del mercado; capacidad de innovación e investigación; capacidad financiera para la implementación del Direccionamiento Estratégico; resultados del desempeño de los procesos, productos y servicios cuya revisión y análisis se usan para establecer prioridades de mejoramiento y para distribuir recursos; fundamentos de calidad y su contribución a los resultados.

- ❖ Determinar la oferta de valor diferenciado y los aportes al sector, a los usuarios y otros clientes a través de los servicios que presta y definir los recursos y las capacidades vitales para garantizar la sostenibilidad de ese valor diferenciado.
  - ❖ Adecuar y alinear la estructura organizacional (conjunto de prácticas y conductas, capacidad del recurso humano, capacidad de recursos operativos, procesos y sistemas, conocimiento, perfiles, etc) a los enunciados estratégicos y a la cultura definida en el Direccionamiento Estratégico y verificar que las personas cumplan con los lineamientos y características de la cultura propuesta. Se hace seguimiento y se identifican y bloquean las causas que originan desvíos en su cumplimiento.
  - ❖ Difundir y desplegar los grandes propósitos y políticas globales (objetivos, metas y estrategias) entre las distintas áreas clínicas, de apoyo clínico y administrativas y los diferentes niveles de la organización. Se negocian metas, recursos e indicadores para integrarlos a los planes y estrategias globales y se soportan mediante un presupuesto de ingresos y gastos.
  - ❖ Revisar el grado de avance y resultados de los planes globales y de las áreas operativas a través de un sistema de indicadores. Se establecen tendencias de desempeño y las brechas entre lo planeado y lo ejecutado, se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
  - ❖ Proteger el conocimiento y fortalecer y compartir el aprendizaje organizacional para crear una institución capaz de prepararse y adaptarse a las oportunidades y requerimientos del entorno.
  - ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos organizacionales críticos, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
  - ❖ Evaluar y mejorar el sistema de diseño, despliegue y seguimiento del Direccionamiento Estratégico.
- RESULTADOS ( últimos 5 años)
- Cumplimiento de objetivos y metas estratégicas
- Resultados de la efectividad de los procesos que se compararon con las mejores prácticas.
- ## 1.2 Liderazgo mediante el ejemplo
- La alta dirección participa en:
- ❖ El establecimiento de directrices que generen la creación, comunicación, implementación y difusión de los grandes propósitos corporativos: visión, misión, políticas y principios y valores claros y visibles que contribuyan a la construcción de una cultura de calidad en la organización. El despliegue de objetivos, estrategias y metas; la revisión cuidadosa de los planes y los avances; y el alineamiento de la organización con los grandes objetivos, metas y estrategias para garantizar tanto el éxito actual como el futuro.
  - ❖ El fortalecimiento del comportamiento ético de todas las personas de la organización y vigila su adherencia a las directrices, normas y reglamentos institucionales. Evalúa el

comportamiento y la coherencia de los líderes con los valores y principios que predica.

- ❖ La evaluación sistemática del desempeño organizacional y de las capacidades de los procesos, productos y servicios; la dirección de los cambios hacia la satisfacción de las necesidades de la organización y la creación de una cultura de calidad.
- ❖ La construcción del sistema de liderazgo para fortalecer las habilidades de liderazgo (los líderes se seleccionan bajo un perfil y unos criterios establecidos), promover las actitudes deseadas en los jefes y desplegar y evaluar el liderazgo dentro de la institución. Se utilizan indicadores para medir la oportunidad y efectividad de la participación de todos los niveles de dirección en el proceso de gestión y despliegue.
- ❖ Promover el desarrollo del equipo humano para facilitar las iniciativas individuales y grupales incrementando su responsabilidad a través del autocontrol, el empoderamiento, la innovación, la comunicación eficaz, el aprendizaje compartido, el desarrollo de destrezas y la capacitación.
- ❖ Llegar a acuerdos con clientes y proveedores, establecer metas cuantificables, hacerles seguimiento, corregir y dar soluciones a las brechas observadas.
- ❖ Enfocar sistemáticamente sus esfuerzos hacia el conocimiento de las expectativas y las necesidades de los usuarios y otros clientes y la comunidad. Toma decisiones basadas en mediciones confiables, hechos y datos, usados sistemática y rutinariamente para evaluar y medir el desempeño.

- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos críticos, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.

#### RESULTADOS ( últimos 5 años)

Resultados de la efectividad del liderazgo en todos los niveles de dirección en el proceso de despliegue del Direccionamiento Estratégico.

Resultados de la efectividad de los procesos que se compararon con las mejores prácticas.

*Resultados de procesos claves de la organización:*

Indicadores claves que evalúan el desempeño financiero y la solidez organizacional e incluyen:

Crecimiento de ventas, rentabilidad de las inversiones financieras, retorno sobre ventas e ingresos, utilidad, participación en el mercado, y todos aquellos que la organización haya identificado como claves para mantener un grado de salud financiera que asegure su futuro.

Indicadores claves que evalúan el desempeño en la calidad de la prestación de los servicios de atención e incluyen:

Índices de mortalidad general, infantil y materna; tasa de infecciones nosocomiales; rehospitalizaciones; porcentaje de eventos adversos, tasa de complicaciones anestésicas y quirúrgicas; porcentaje de recién nacidos que ingresan a la Unidad de Recién Nacidos en las primeras 48 horas de vida; oportunidad de la atención en urgencias y consulta externa (para otorgar

servicios y en espera de ellos); demandas por mala práctica; y todos aquellos que la organización haya identificado como claves para mantener un grado importante de calidad.

Para instituciones de primer nivel. Además de los indicadores clínicos y asistenciales que le competan, debe presentar indicadores de la aplicación de programas de promoción y prevención como esquemas de vacunación y tratamientos odontológicos terminados; porcentaje de maternas con atención prenatal completa; pacientes de bajo riesgo que se complicaron; oportunidad de la atención en urgencias y consulta externa (para otorgar servicios y en espera de ellos) y los resultados de todos los demás programas como los de Hipertensión, Diabetes, etc. y de todos aquellos que la organización haya identificado como claves para mantener un grado importante de calidad.

Para instituciones ambulatorias no hospitalarias: además de los indicadores clínicos que le competan debe presentar indicadores como la oportunidad de la atención para otorgar servicios, el porcentaje de muestras y/o resultados erróneos y/ o perdidos; los resultados de programas especiales y de todos aquellos que la organización haya identificado como claves para mantener un grado importante de calidad.

Indicadores claves que evalúan el desempeño en la satisfacción de los usuarios y otros clientes e incluyen:

Índices de satisfacción y comportamiento de los usuarios y otros clientes frente a los distintos productos y servicios.

Fidelidad de los clientes, referencias positivas y otros aspectos de la construcción de relaciones con los usuarios.

Indicadores claves que evalúan el desempeño en la satisfacción del cliente interno e incluyen:

Índice de satisfacción del personal, rotación de personal, ausentismo, accidentalidad, días perdidos por huelgas, porcentaje de empleados que alcanzan los objetivos y metas de desempeño, etc. y todos aquellos que la organización haya identificado como claves para mantener un grado importante de calidad. Explique aquellos indicadores desfavorables.

Capacidad de respuesta de la organización relacionada con innovación, renovación y capacidad de cambio y aprendizaje.

### 1.3 Responsabilidad social con el sector, el medio ambiente, los ecosistemas y la comunidad

La institución ha definido acciones, recursos y tiempo para las actividades que son parte de su responsabilidad social, más allá de su actividad central, y genera indicadores que permiten analizar, hacer seguimiento y mejorar los mecanismos para:

- ❖ Conocer las necesidades de la comunidad circundante (diferentes a las de prestación de servicios de salud) para contribuir a la solución de las mismas e impulsar el progreso, bienestar y calidad de vida de la comunidad.
- ❖ Divulgar y compartir sus conocimientos, experiencias y prácticas con el sector salud (I.P.S, A.R.S, E.P.S, fundaciones, universidades, asociaciones, entidades del gobierno, organizaciones comunitarias, sus propios proveedores y subcontratistas y entidades de otra índole).
- ❖ Participar en grupos de estudio de problemas relacionados con el sector salud, hacer

convenios para integrar redes de atención buscando la cooperación interinstitucional, etc.

- ❖ Preservar y mejorar los ecosistemas cercanos a las instalaciones para evitar la contaminación, fuera y dentro, con elementos y riesgos que puedan afectar el medio ambiente, resultantes de las actividades diarias de prestación de servicios. Desarrollar e implementar un sistema de evaluación de los sistemas intermedios y finales de manejo de desechos y de los programas de reciclaje, y hacer seguimiento a las empresas de servicios públicos con quienes contrata para garantizar un manejo óptimo de los desechos durante todo el proceso, incluyendo la etapa posterior a que éstos sean sacados de la institución. Evaluar el impacto ambiental de la institución en el entorno y analizar y mejorar sus procedimientos para preservar el medio ambiente.

#### RESULTADOS ( últimos 5 años)

Resultados del impacto de las acciones y asignación de recursos financieros y tiempos de profesionales y personal para las actividades mencionadas.

Número de convenios para integración de redes basadas en cooperación interinstitucional.

## 2. Satisfacción de los clientes

En este capítulo se analizan los mecanismos y procedimientos que utiliza la organización para identificar los requerimientos y expectativas de sus usuarios y otros clientes (quienes financian o prestan el servicio, las entidades normativas, los estudiantes y las universidades, la comunidad, etc.), para interpretarlos y, acorde con ellos,

diseñar o rediseñar los procesos para satisfacerlos, fortaleciendo su lealtad. También estudia la efectividad de los mecanismos que tiene la institución para ofrecer al usuario final y a su familia un trato humano y con calidad.

### 2.1 Conocimiento de las expectativas de los usuarios y otros clientes.

La organización tiene establecidos mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Identificar y conocer segmentos y grupos de usuarios, compradores claves y otros clientes actuales, probables y potenciales, así como sus características, necesidades y requerimientos. Cuenta con información confiable y actualizada.
- ❖ Analizar información relevante como la satisfacción y quejas de los usuarios y clientes, la información del mercado, la lealtad y fidelidad de sus clientes y el análisis de los clientes de la competencia. Se asegura que la información de satisfacción o insatisfacción de los usuarios y clientes sea utilizada en forma rápida para el mejoramiento de procesos y servicios.
- ❖ Evaluar y mejorar los mecanismos de escucha al cliente utilizados y la confiabilidad de la información recogida.

### 2.2 Despliegue de la calidad - sistema de interpretación de las necesidades de los usuarios y otros clientes

La institución cuenta con mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Traducir la información recibida sobre los requerimientos y expectativas de sus usuarios y otros clientes, en características

o atributos de calidad que se convierten en especificaciones de diseño para los productos, procesos y servicios.

- ❖ Diseñar o rediseñar los procesos de atención al usuario y sus familias teniendo en cuenta las características y/o atributos de calidad de los aspectos técnico científicos (estándares de calidad de los procesos de atención); administrativos (agilización de trámites para admisión, remisión de pacientes, pagos, egreso, acceso a la institución; tiempos de espera; señalización, comodidad, aseo y adecuación de los baños, pasillos, sitios de espera y otras áreas de uso; etc); y humanos de la atención (información clara y sencilla por parte de los profesionales y personal de salud; amabilidad, compasión y respeto por la dignidad y privacidad del paciente; respuesta rápida a sus requerimientos; entrenamiento para el autocuidado, etc.).
- ❖ Seleccionar bajo un perfil específico y exigente a los empleados y profesionales que tienen trato directo con los usuarios y capacitar y entrenar al personal con contenidos técnico-científicos y administrativos sobre el componente humano y de servicio. Las necesidades de capacitación se encuentran dentro del plan de formación permanente de la institución.
- ❖ Verificar el impacto del entrenamiento y capacitación de los empleados y profesionales que interactúan con los usuarios y sus familias, especialmente en lo que se refiere al trato humanizado en los servicios de salud.
- ❖ Hacer seguimiento a los procesos diseñados o rediseñados, a través de indicadores específicos, para verificar si están cumpliendo

con las necesidades de los usuarios y otros clientes. Si se encuentran brechas entre lo diseñado y lo que quiere el usuario, se establecen medidas correctivas y se sigue haciendo seguimiento.

- ❖ Evaluar y mejorar el sistema de interpretación de las necesidades del usuario y otros clientes y el proceso de diseño de productos y servicios.
- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos críticos relacionados con los sistemas de escucha al cliente y su despliegue, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.

## RESULTADOS (últimos 5 años)

Resultados y tendencias del desempeño de los procesos de respuesta de la institución a las necesidades y requerimientos de los usuarios y sus familias.

Tiempos de respuesta para la atención en los distintos niveles de atención y para otorgar citas en las distintas especialidades.

### 2.3 Gestión de las relaciones con los usuarios y otros clientes

La institución tiene políticas, compromisos y procedimientos para facilitar las relaciones con sus usuarios y otros clientes a través de:

- ❖ Establecer una relación estrecha y de confianza, una comunicación periódica de doble vía y unas reglas del juego claras con los compradores de servicios (EPS, ARS y

afines, secretarías de salud), universidades con quienes tienen relaciones académicas, entes normativos y otros clientes; para incrementar la satisfacción de los usuarios y sus familias.

- ❖ Establecer un sistema de monitoreo para hacerle seguimiento a los compromisos y reglas del juego establecidos con las EPS, ARS y Secretarías de Salud para construir en forma conjunta el mejoramiento de la prestación del servicio al usuario. Se hacen planes de mejora, se corrigen los problemas y se asegura que éstos no se vuelvan a presentar y que los procesos correspondientes se evalúen y mejoren constantemente.
- ❖ Diseñar una adecuada y fácil señalización; proveer información clara, fácil y completa sobre los servicios y funcionamiento de la institución, trámites administrativos para obtener servicios, etc.
- ❖ Hacer más amable el contacto con la institución con respecto a la facilidad de parqueaderos y accesos; comodidad y privacidad; aseo, orden y adecuación de consultorios, cafeterías, oficinas, baños, áreas comunes, sitios de espera y otras áreas de uso; uso de rampas para discapacitados y para facilitar el tránsito de camillas y sillas de ruedas; facilidades para los trámites administrativos de los pacientes con los aseguradores, etc.

#### RESULTADOS (últimos 5 años)

Resultados de la respuesta que da la institución a las necesidades y requerimientos de otros clientes, especialmente de las EPS, ARS y similares.

Índices de satisfacción de los compradores y otros clientes.

Fidelidad de los clientes.

#### 2.4 Sistemas de respuesta

La institución cuenta con mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Establecer sistemas para recibir las quejas y sugerencias de los usuarios y otros clientes, evaluarlas, resarcir las fallas o errores cometidos y darles una respuesta rápida. El proceso de análisis de la información obtenida muestra el mejoramiento de los procesos y la predicción de la conducta futura.
- ❖ Difundir internamente los resultados y los aportes que resultan de las quejas y sugerencias de los usuarios
- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos críticos relacionados con los sistemas de quejas y sugerencias, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
- ❖ Evaluar y mejorar estos sistemas de respuesta a quejas y sugerencias.

#### RESULTADOS (últimos 5 años)

Resultados y tendencias de las quejas de los pacientes por tipo de causa en los distintos puntos de contacto del usuario con la institución y de los tiempos de respuesta a dichas quejas.

## 3. Gestión clínica de los procesos de atención

Este capítulo examina la forma en que la institución diseña y gerencia los procesos clínicos para garantizar a los pacientes la seguridad del proceso de atención. Cómo se implementan la cultura de la investigación y el aprendizaje de los factores humanos (fallas activas) y organizacionales (fallas latentes) relacionados con eventos adversos o eventos adversos potenciales prevenibles y con el mejoramiento continuo de calidad; si se hace referenciación de los eventos adversos a través de la evidencia científica de mayor nivel disponible; si se bloquean las fallas potenciales latentes de los mismos; si hay un permanente entrenamiento y seguimiento al equipo humano en la prevención y manejo de estos eventos adversos y cómo se complementa la gestión de procesos clínicos con el sistema de auditoría de la organización.

Examina cómo minimiza la organización la posibilidad de eventos adversos para el usuario resultantes de fallas cometidas por el mismo, y cómo se promueven el comportamiento saludable y el autocuidado para complementar el resultado de la atención.

Evalúa si la organización garantiza la mejor aplicación de la ciencia y la tecnología disponibles a través de una serie de estándares de calidad para la planeación, adquisición, uso y administración de tecnología para los procesos asistenciales y para la adecuada relación de la interfase hombre-máquina. Revisa también si la organización tiene implementado un proceso de gestión de medicamentos que garantice la calidad y la seguridad del usuario.

Finalmente, examina cómo asegura la institución que los servicios de salud que presta a través de terceros o por servicios concesionados, cumplan con los requisitos y especificaciones de calidad para alcanzar los objetivos y metas de la organización contratante.

### 3.1 Diseño, implementación y mejora de los procesos de gestión clínica

La organización cuenta con políticas y mecanismos sistemáticos para:

- ❖ Evaluar la calidad de la historia clínica como elemento básico y central de información sobre el usuario. El sistema de evaluación de la calidad de la historia clínica les permite asegurar la oportunidad, confidencialidad y confiabilidad de la información además de la pertinencia del diagnóstico y tratamiento. El resultado de este análisis permite encontrar las brechas entre la calidad deseada y la observada, tomar medidas correctivas y hacer planes de mejoramiento con base en las fallas.
- ❖ Definir los procesos críticos de la atención integrados a los propósitos organizacionales. En su diseño y desarrollo, la institución ha incorporado la tecnología de punta del conocimiento técnico-científico en aspectos claves, especialmente en lo relacionado con seguridad del cliente interno (accidentes del personal) y externo (la ocurrencia de un evento adverso o evento adverso potencial y la severidad del mismo); las necesidades y características de los usuarios y otros clientes; y los resultados de oportunidad, productividad y efectividad en la prestación de los servicios, entre otros.

- ❖ Fomentar la cultura de la Gestión Clínica basada en el enfoque sistémico de los eventos investigados. Esta cultura está dirigida a los procesos de atención y no a las personas; es una cultura del aprendizaje y del mejoramiento continuo de calidad y no del castigo. Incluye una definición, unos conceptos y unos procedimientos explícitos sobre la Gestión Clínica y excluye los casos de eventos adversos o eventos adversos potenciales negligentes o producto de actos riesgosos intencionales, los cuales serán motivo de investigación y resolución por los comités éticos o disciplinarios creados para tal fin.
- ❖ Prevenir y manejar los factores humanos (fallas activas) y organizacionales (fallas latentes) relacionados con eventos adversos o eventos adversos potenciales prevenibles tales como: manejo del stress; consejería y soporte al talento humano con problemas de alcoholismo y/o drogadicción; sistemas de reporte confidencial de eventos adversos; supervisión permanente del personal en entrenamiento; entrenamiento en prevención y manejo de eventos adversos basados en equipos de atención y no en profesionales y técnicos individualmente.
- ❖ Preparar los equipos de trabajo. La organización impulsa explícitamente el enfoque e implementación de la gestión clínica basada en equipos multidisciplinarios de trabajo, en los cuales se promueven la toma efectiva de decisiones a través del conocimiento de los riesgos potenciales de un proceso de atención, el acceso a la información, el fomento de la participación de todos los miembros del equipo, el manejo de las discrepancias y la descripción rigurosa del caso a tratar; la retroalimentación de doble vía entre los miembros del equipo y entre éste y otros equipos de trabajo; el monitoreo del desempeño de manera grupal; la innovación con métodos efectivos para prevenir y solucionar los riesgos potenciales de la atención y el uso de ayudas incorporadas en el diseño de los procesos para evitar lapsos o fallas de memoria. Estos mecanismos están integrados a un sistema de incentivos a los equipos.
- ❖ Describir y analizar los procesos clínicos prioritarios. Los equipos de atención son entrenados en la descripción y análisis de los procesos en los cuales se identifican los puntos críticos de la atención donde existe el riesgo de incurrir en un evento adverso o un evento adverso potencial. También se identifican y describen las fallas actuales y potenciales, activas y latentes, en los pasos críticos de los procesos y se genera una descripción del estado actual de las barreras de seguridad diseñadas y/o instauradas para la prevención, manejo o mitigación de los eventos adversos o de los eventos adversos potenciales.
- ❖ Desarrollar los sistemas de reporte de eventos adversos. La organización tiene diseñados e incentiva el uso de sistemas de reporte de eventos adversos y de eventos adversos potenciales. El sistema de reporte, como elemento proveedor de información, debe estar ligado a las acciones de mejoramiento continuo de la calidad de los procesos de atención. Estos sistemas deben ser confidenciales, sencillos y con acceso restringido sólo a los interesados; no incluir eventos negligentes o criminales; ser utilizados para tomar decisiones de

mejoramiento; contar con sistemas de incentivos a los reportes; acompañarse de una política clara en donde todos los miembros del staff, independientemente de su profesión y grado, sean responsables del reporte; disponer de una lista clara de los indicadores o eventos a ser reportados, previamente consensuada con los equipos de trabajo; contar con formatos amigables de reporte y con la definición de cómo reportar.

- ❖ Referenciar los eventos adversos y los eventos adversos potenciales a través de la evidencia. La organización, a través de sus equipos de atención genera una línea de base de la frecuencia de los eventos adversos de los procesos de atención definidos como prioritarios; revisa la evidencia científica de mayor nivel disponible y determina, en el escenario más próximo al de los procesos de atención de la organización, la frecuencia de los eventos adversos reportados en la evidencia; y compara, analiza y describe los principales eventos adversos sobre los cuales definir una metodología para garantizar la seguridad del proceso.
- ❖ Identificar la causa raíz de eventos adversos y eventos adversos potenciales. La organización cuenta con un mecanismo explícito para analizar las fallas, sean activas o latentes, que promovieron la ocurrencia de un evento adverso o de un evento adverso potencial. Este proceso debe ser parte integral de los sistemas de monitoreo y auditoría de la calidad que la organización tenga establecidos. Para lo anterior se debe tener en cuenta que:
  - El análisis sea interdisciplinario, incluyendo a los responsables del proceso.
  - El análisis se enfoque en los procesos más que en las personas.
  - El análisis se centre en el “qué ocurrió” y el “por qué ocurrió”, hasta que todos los aspectos del proceso hayan sido revisados.
  - El análisis identifique los cambios que se pueden introducir para prevenir la recurrencia de la falla.
  - Se incluya, cuando aplique, la revisión de literatura relevante.
- ❖ Mejorar la calidad de los procesos clínicos enfocados a la seguridad de la atención. La organización promueve que a los procesos definidos como prioritarios se les defina un plan de mejoramiento continuo de calidad cuyos objetivos y alcances incluyan:
  - Garantizar a los pacientes la seguridad del proceso de atención.
  - Minimizar el riesgo del equipo de trabajo de incurrir en una falla activa.
  - Minimizar el riesgo de sufrir, por parte del personal de la institución, una lesión o incapacidad.
  - Bloquear las potenciales fallas latentes en los procesos.
  - Diseñar mecanismos para mitigar las consecuencias de los eventos adversos.
- ❖ Estandarizar los procesos de atención relacionados con el aprendizaje sobre eventos adversos y eventos adversos potenciales. Se definen guías, protocolos, listas de chequeo y políticas de atención para evitar los eventos adversos y eventos adversos potenciales, acorde con unos criterios. Se definen los mecanismos para la

elaboración, recopilación, ordenamiento, preservación, evaluación, actualización y remplazo de los estándares. Se tiene un sistema para vigilar la adherencia a protocolos, guías y demás estándares de atención y se toman medidas correctivas cuando se encuentran fallas.

- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos críticos de la gestión clínica, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
- ❖ Evaluar y mejorar el sistema de diseño, despliegue y seguimiento de la gestión clínica.

#### RESULTADOS (últimos 5 años)

Resultados y tendencias de la evaluación de calidad de la historia clínica (porcentaje de pacientes que tiene más de una historia clínica, porcentaje de historias clínicas perdidas en un período, porcentaje de historias cerradas en el período establecido, porcentaje de errores y/o ilegibilidades encontrados en las historias clínicas, cumplimiento de las políticas claves, pertinencia de la atención, oportunidad, accesibilidad, etc.

Demandas y costo por mala práctica en la atención.

(últimos dos años)

Número total de eventos adversos y de eventos adversos potenciales reportados en los últimos dos años (por cualquier mecanismo de reporte).

Porcentaje de eventos adversos de los procesos clínicos prioritarios, global y discriminado por tipo de evento.

Tasa global de disminución de eventos adversos en los últimos dos años.

Tasa discriminada de disminución de cada evento adverso en los últimos dos años.

Porcentaje de eventos adversos y de eventos adversos potenciales reportados con análisis de causa raíz.

Porcentaje de eventos adversos y de eventos adversos potenciales reportados con plan de mejoramiento continuo de la calidad implementado.

#### 3.2 Participación del usuario en la gestión clínica

Se tienen políticas y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Identificar las necesidades y expectativas del usuario y su familia en cuanto a información, capacitación y educación, prácticas culturales y religiosas, barreras emocionales, de lenguaje o limitaciones de conocimiento, deseos de aprender sobre su enfermedad, etc. Se verifica el cumplimiento de las mismas.
- ❖ Asegurar que el usuario entienda la forma de tomar los medicamentos ordenados, las prevenciones necesarias en su dieta, las técnicas de rehabilitación para facilitar su recuperación o independencia funcional, el acceso al equipo de atención, los recursos disponibles para obtener tratamiento adicional si lo requiere, las responsabilidades que le corresponden con respecto a su tratamiento y la información sobre el cuidado

posterior al egreso como los signos de alerta que pueden presentarse en pacientes posquirúrgicos y pos-parto, las reacciones a medicamentos, etc.

- ❖ Diseñar e implementar instrumentos que minimicen la posibilidad de que un paciente sufra un evento adverso o un evento adverso potencial como producto de una falla cometida por el mismo paciente: información adicional a un familiar; estrategias de recordación de información clave que debe saber; uso de materiales educativos con gráficos, redactados en frases cortas y lenguaje conversacional; y diseño de horarios de los medicamentos, ajustados a la rutina del paciente.
- ❖ Promover y entrenar a los profesionales asistenciales en mecanismos que faciliten el paciente comprenda las recomendaciones e informaciones provistas. Utilizar lenguaje simple y entendible y promover la retroalimentación de la información provista al paciente.
- ❖ Definir e implementar políticas y procedimientos para la prevención y promoción de la salud en los usuarios, con estrategias para romper barreras socioculturales relacionadas con la adopción de conductas saludables y hábitos adecuados.
- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos de educación al usuario, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.

- ❖ Evaluar y mejorar el sistema de diseño, despliegue y seguimiento del sistema de educación a los usuarios.

## RESULTADOS (últimos 5 años)

Porcentaje de pacientes con problemas de información para su autocuidado (por falta de información o información deficiente).

### 3.3 La tecnología en la gestión clínica

La organización cuenta con políticas y mecanismos sistemáticos para:

- ❖ Garantizar una serie de estándares de calidad para la planeación, adquisición, uso y administración de la tecnología de los procesos asistenciales y la adecuada relación de la interfase hombre-máquina. Para la compra de tecnología tiene en cuenta aspectos relevantes como: las necesidades y alternativas de adquisición de tecnología fundamentadas en un adecuado soporte científico y de medicina basada en la evidencia y que incluyan descontaminación, cuando aplique; los programas de mantenimiento preventivo y correctivo (contratados con los fabricantes, lo mismo que la administración de repuestos) y la medición, calibración y ajuste de los equipos; chequeos de seguridad y pruebas piloto antes de usar y comprar la tecnología; las implicaciones en la seguridad de los usuarios, la institución y el sistema de salud; los análisis de costo efectividad; las políticas definidas en el sector, etc.
- ❖ Entrenar al personal en el uso y operación segura de las tecnologías, en el reconocimiento del mal funcionamiento de los equipos, en la corrección o reporte del mismo

y en el reporte de los eventos adversos asociados con su uso. Los equipos cuentan con protocolos y manuales de operación y soporte técnico de fácil acceso al usuario. Existen acciones encaminadas a garantizar el buen manejo de los equipos y a evitar daños.

- ❖ Mantener un sistema de información que apoye a los jefes de mantenimiento a actualizar las hojas de vida de los equipos, controlar las órdenes de trabajo, vigilar la eficiencia en el uso, evitar daños innecesarios y hacer el seguimiento y control de las distintas actividades de mantenimiento.
- ❖ Evaluar y mejorar los resultados y tendencias con respecto a la productividad de los equipos, a las principales fallas que se presentan en los equipos, la oportunidad de respuesta a las solicitudes, el cumplimiento de la programación, etc. Cuando se encuentran brechas entre lo planeado y lo ejecutado se analizan las causas y se dan soluciones.
- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y, con base en esta comparación, adaptar y/o rediseñar los procesos de gestión de tecnología, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
- ❖ Evaluar y mejorar el sistema de diseño, despliegue y seguimiento de los sistemas de gestión de tecnología.

RESULTADOS (últimos 5 años)

Productividad de los equipos

### 3.4 Medicamentos y suministros médico-quirúrgicos en la gestión clínica

La organización cuenta con mecanismos y procedimientos para:

- ❖ Planear la compra de los medicamentos y suministros médico-quirúrgicos, radiológicos y reactivos químicos acorde con los estándares de calidad establecidos en la institución, los avances e innovaciones tecnológicas y científicas con mayor beneficio potencial para los pacientes, las necesidades de los distintos grupos de clientes, las patologías, los stocks máximos y mínimos, la rotación de inventarios, los tiempos de reposición, los consumos frecuentes y variables y los indicadores de eficacia y efectividad, los cuales se integran a la cadena de proveedores, a la entrega del producto o servicio y a los recursos disponibles.
- ❖ Desplegar y negociar el plan global de compra de medicamentos, insumos y material médico-quirúrgico y sus metas con cada uno de los niveles operativos de la organización; crear un sistema de seguimiento a la ejecución de los planes para identificar las brechas y darles solución.
- ❖ Seleccionar los proveedores que alcanzan las mejores calificaciones porque cumplen con los métodos de verificación, las especificaciones y certificaciones de calidad, y con las políticas y procedimientos establecidos en la institución para alcanzar los objetivos y metas globales.
- ❖ Garantizar la calidad de cada uno de los pasos de la cadena logística de medicamentos y suministros médico-quirúrgicos, radiológicos y reactivos químicos

necesarios para la atención del usuario: Adquisición, Recepción, Almacenamiento, Distribución y Flujo, y Administración al usuario.

- ❖ Asegurar y garantizar todos los procesos de calidad relacionados con la preparación de nutrición parenteral para adultos y pediatría, mezclas y unidosis. La institución cuenta con personal especializado para tal fin y tiene protocolos establecidos para el trabajo diario.
- ❖ Controlar la prescripción y administración de medicamentos. Se promueve el uso de tecnologías para evitar la formulación inadecuada y minimizar el riesgo de interpretaciones erróneas de las órdenes médicas y de interacción de diferentes drogas y/o efectos secundarios de las mismas. Se registra y analiza permanentemente información sobre la respuesta de los pacientes a los medicamentos, alergias, efectos secundarios, etc. Se cuenta con profesionales de farmacia quienes apoyan al personal científico asistencial en el uso adecuado de los medicamentos, siguiendo protocolos establecidos para tal fin. Se fortalece el uso de la prescripción estandarizada y de las dosis unitarias. Se establecen sistemas de identificación visual de empaques y/o nombres parecidos en medicamentos. Se perfecciona la información del cálculo de las dosis y se asegura que el nombre del medicamento, la dosis y la vía de administración estén visibles en el empaque.
- ❖ Educar previamente al usuario sobre el uso, aplicación y potenciales reacciones secundarias, producto de la administración del medicamento.
- ❖ Desarrollar un sistema efectivo para monitorear y reportar los eventos adversos medicamentosos o los problemas relacionados con medicamentos.
- ❖ Garantizar un proceso de reconciliación medicamentosa, esto es, que dentro de los esquemas terapéuticos diseñados en los procesos asistenciales hospitalarios se incluyan los medicamentos que son de uso rutinario por el paciente, para tratamientos que no necesariamente son el motivo de la actual asistencia.
- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos de gestión de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
- ❖ Evaluar y mejorar el sistema de diseño, despliegue y seguimiento de la gestión de medicamentos e insumos médico-quirúrgicos.

## RESULTADOS (últimos 5 años)

Resultados y tendencias de errores y problemas evitables en la administración de medicamentos.

Calificación de los proveedores de medicamentos e insumos.

Costos por desperdicios (Fechas de vencimiento, mala conservación, carencia de dosis unitarias).

Tendencia de los últimos doce meses en días de inventario versus el estándar y nivel de servicio (total de cirugías y procedimientos realizados versus total de cirugías y procedimientos

programados) atribuible a falta de elementos o medicamentos, o porcentaje de cancelación de cirugías atribuibles a falta de elementos o medicamentos.

### 3.5 Control sobre acondicionamiento, limpieza y asepsia de las áreas clínicas y de apoyo clínico

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Garantizar el control y prevención de infecciones durante el proceso de atención al cliente (comité de infecciones con apoyo del comité de salud ocupacional u otros comités o personas involucradas en estos procesos); la limpieza y asepsia en las áreas clínicas y de apoyo clínico; la desinfección y esterilización en salas y equipos; el manejo de la ropa de los usuarios y del personal asistencial y la limpieza de las habitaciones. Este proceso está articulado al sistema de calidad de la institución.
- ❖ Desarrollar, implementar y hacer seguimiento a la utilización de protocolos, guías de manejo y técnicas de asepsia para los procesos anteriormente mencionados y para los relacionados con técnicas de aislamiento, administración y transporte de pacientes infectados y/o con riesgo biológico, químico o radiactivo.
- ❖ Evaluar tanto los resultados y tendencias del control de infecciones nosocomiales y contagios indeseados, como la efectividad y mejora de los procesos de limpieza y asepsia.
- ❖ Monitorear el estado de salud de los trabajadores, visitantes, usuarios y familiares que potencialmente pudieran sufrir contagios

o efectos indeseados al entrar en contacto con el riesgo.

- ❖ Garantizar el manejo adecuado de los residuos sólidos hospitalarios provenientes de los servicios clínicos y de apoyo clínico (recolección de los residuos ya clasificados teniendo en cuenta el riesgo, transporte, almacenamiento y aprovechamiento).

Los procesos anteriores están articulados con el programa de salud ocupacional de los trabajadores y con el sistema de calidad de la institución.

- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos de control sobre el acondicionamiento, limpieza y asepsia de las áreas clínicas y de apoyo clínico. Se establecen metas y se les hace seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
- ❖ Evaluar y mejorar el sistema de diseño, despliegue y seguimiento al sistema de control sobre el acondicionamiento, limpieza y asepsia de las áreas clínicas y de apoyo clínico.

### RESULTADOS (últimos 5 años)

Tasa de accidentes del cliente interno y/o externo.

Tasa de infecciones por causa.

### 3.6 Relación con los proveedores a quienes contrata o subcontrata servicios de atención

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Asegurar que los servicios de salud que presta a través de terceros o por servicios concesionados cumplan con los requisitos y especificaciones de calidad y con las políticas y procedimientos establecidos en la institución, para alcanzar los objetivos y metas de la organización contratante.
- ❖ Establecer los criterios de selección de los proveedores y verificar su cumplimiento.
- ❖ Participar en la formulación y seguimiento de los planes de mejoramiento de los productos y servicios que la institución contrata o subcontrata.
- ❖ Evaluar conjuntamente los resultados y tendencias de la calidad de los procesos o servicios que subcontrata y cuando se encuentran fallas, tomar medidas correctivas y preventivas acordes con los lineamientos planteados en los estándares previamente presentados.
- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos de relación con los proveedores a quienes contrata o subcontrata servicios de atención. Se establecen metas y se les hace seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
- ❖ Evaluar y mejorar el sistema de diseño, despliegue y seguimiento de los mecanismos para relacionarse con los proveedores a quienes contrata o subcontrata servicios de atención.

RESULTADOS (últimos 5 años)

Resultados y tendencias de calidad (oportunidad, calidad intrínseca, costo, seguridad, etc.) de los servicios de atención que contrata o subcontrata.

### 3.7 Auditorías o evaluaciones al sistema de garantía de la calidad

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Desarrollar e implementar un sistema de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en sus dos niveles: de primer orden -autocontrol y auditoría interna- y de segundo orden -auditoría externa-, basado en un marco de confianza entre los diferentes clientes y compradores.
- ❖ Identificar y definir los diferentes clientes y compradores y realizar acercamientos para llegar a acuerdos sobre los niveles de calidad esperados. Se establecen indicadores de control para hacer seguimiento al comportamiento de los procesos prioritarios comparando la calidad observada y la esperada. Se da solución a las brechas encontradas y se han implementado estrategias para evitar la reincidencia.
- ❖ Retroalimentar a las diferentes partes que intervienen en la vigilancia de la calidad de los procesos de prestación de los servicios.
- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos para garantizar la calidad institucional. Se establecen metas y se les hace seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.

- ❖ Evaluar y mejorar el sistema de diseño, despliegue y seguimiento al sistema de auditoría de la atención en salud institucional.

#### RESULTADOS (últimos 5 años)

Resultados y tendencias de los indicadores claves negociados por las dos instituciones (IPS Y EPS o similares) en su relación de confianza.

### 4. Gerencia de la información

Este capítulo examina cómo la institución selecciona, recoge, analiza, administra y mejora sus datos e información clave para dirigir y mejorar el desempeño organizacional y su competitividad. Revisa si la información, como unidad central de los procesos, es usada como base para la toma de decisiones y para alinear la estrategia, la cultura y los recursos empleados en las operaciones, de acuerdo con lo establecido en el Direccionamiento Estratégico.

También examina cómo asegura la institución la calidad y disponibilidad de los datos e información acorde con las necesidades del nivel directivo, de los niveles operativos, proveedores y socios, y de los usuarios y otros clientes y cómo construye y aprende de este conocimiento.

#### 4.1 Diseño y administración del sistema de información

La Institución ha desarrollado mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Desarrollar el perfil de la comunidad a atender y para caracterizar los distintos grupos de usuarios de acuerdo con los perfiles epidemiológicos, culturales, económicos y sociales de la población de su área de

influencia, georreferenciación de la demanda, etc.

- ❖ Recoger y analizar la información de oferta y demanda de servicios, de los sistemas de escucha al cliente, los proveedores, la competencia, las mejores prácticas y el desempeño de los procesos administrativos y asistenciales, la calidad de la prestación de los servicios, etc. para diseñar, adaptar o mejorar los servicios de atención; para la construcción y desarrollo del aprendizaje organizacional; y para alinear las operaciones y actividades con las metas y los objetivos estratégicos.
- ❖ Diseñar el sistema de información con base en las necesidades de información de cada área y/o servicio administrativo o asistencial y de la alta dirección. El sistema debe responder en forma efectiva y debe ser amigable y sensible para detectar oportunamente los cambios internos y del entorno.
- ❖ Implementar las bases de datos con base en criterios establecidos para apoyar la planeación, el seguimiento y la evaluación de procesos, el mejoramiento del trabajo diario y la referenciación competitiva.
- ❖ Asegurar la integralidad, confiabilidad, disponibilidad, oportunidad, consistencia y actualización de la información utilizada (software y hardware); analizar y mejorar las bases de datos y su diseño y análisis.
- ❖ Establecer criterios de selección y de prioridad para comparar los procesos con las mejores prácticas y con base en esta comparación establecer y mejorar las metas y objetivos organizacionales y los resultados de procesos críticos, productos y servicios.

- ❖ Asegurar que la información esté al alcance y a la vista de las personas que la requieran.
- ❖ Evaluar y mejorar los sistemas para promover el uso de información para el cumplimiento de las metas y de los objetivos organizacionales, y para acompañarlos de acciones correctivas y de mejora.
- ❖ Evaluar la eficiencia y mejora del diseño y administración del sistema de información.

## 4.2 Análisis de la información

La institución tiene políticas y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Analizar los datos e información que se obtienen de manera rutinaria y los modelos y herramientas utilizados.
- ❖ Que los resultados de los análisis sirvan para la toma de decisiones estratégicas y apoyen las actividades cotidianas en áreas claves como la satisfacción de los clientes o usuarios; el compromiso, participación y satisfacción del equipo humano y la planeación y aseguramiento de la calidad y la eficiencia.
- ❖ Evaluar la eficiencia de los sistemas de información y de los mecanismos para su análisis y difusión y para mejorar la calidad de dichos sistemas.

### RESULTADOS (últimos 5 años)

Resultados y tendencias de la eficiencia del sistema de información.

Grado de satisfacción del cliente interno y de las directivas con el sistema de información.

Resultados del mejoramiento del proceso de información acorde con las necesidades y expectativas del cliente interno.

## 5. Seguimiento y control de procesos administrativos

### 5.1 Diseño y administración de los procesos administrativos y de apoyo

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Definir objetivos, estrategias y metas de los procesos administrativos, consistentes con los grandes propósitos de la organización y con las necesidades del usuario, su familia y otros clientes en el proceso de atención. Se hace seguimiento al cumplimiento de metas.
- ❖ Identificar los lineamientos que llevan a clasificar los procesos en procesos directivos, procesos esenciales y procesos de apoyo. Se cuenta con el mapeo de los procesos y este se relaciona con el Direccionamiento Estratégico y con la política de calidad.
- ❖ Identificar y diseñar los procesos administrativos claves que crean valor a la institución, a sus clientes internos y externos y otros dolientes, y cuyo desarrollo brinda soporte a los diferentes servicios de atención.
- ❖ Identificar las necesidades y prioridades de los clientes internos frente a los servicios de apoyo administrativo (facturación, contabilidad, admisiones, cartera, suministros y mantenimiento), diseñar e implementar los procesos con base en dichas necesidades y vigilar que éstos cumplan con los requerimientos del diseño.

- ❖ Identificar las necesidades de los clientes externos -EPS,ARS- (autorizaciones, control de servicios, derechos, etc) con el fin de diseñar e implementar los mecanismos que faciliten la calidad de la atención a sus afiliados.
- ❖ Identificar y definir los indicadores para medir la calidad y el desempeño de los procesos administrativos en las distintas dimensiones (calidad técnica, eficiencia, costo, seguridad, etc.) con el fin de dar respuesta a los clientes internos y externos. Cuando se encuentran brechas, se establecen mecanismos para identificar los problemas y sus causas con todos los involucrados en el proceso y se adoptan medidas correctivas y preventivas para evitar la reincidencia.
- ❖ Desarrollar y mantener la documentación y estandarización de los procesos administrativos (manuales, guías, etc.), los criterios para escogerlos y los mecanismos para su elaboración, recopilación, ordenamiento, preservación, evaluación, actualización y remplazo, en los procesos relacionados con manejo:

*Financiero:* admisiones, facturación y cartera, pagos (de servicios, a proveedores, a empleados, etc.), tesorería, contabilidad, costos y presupuesto.

*Suministros:* manejo de proveedores, compras, recepción, almacenamiento, distribución y manejo de inventarios.

Mantenimiento, adecuación y limpieza de las instalaciones.

Inventario actualizado de activos fijos, muebles y enseres.

- ❖ Capacitar al personal involucrado en el cumplimiento de los estándares y vigilar su cumplimiento. Si se encuentran fallas se toman medidas correctivas y preventivas.
- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos organizacionales críticos, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
- ❖ Evaluar y mejorar los procesos de apoyo administrativo y de estandarización de los procesos.

#### RESULTADOS (últimos 5 años)

Resultados y tendencias de la satisfacción del cliente interno con los servicios de apoyo administrativo (oportunidad, entrega según la cantidad y calidad del producto) en suministros, mantenimiento, limpieza, admisiones, etc.

Costo del inventario obsoleto o en exceso.

Adherencia a las políticas, guías de manejo y manuales técnicos administrativos.

Cumplimiento de las metas de actualización de la documentación.

Reducción de inventario.

Disminución de desperdicios.

Certificaciones logradas por sus proveedores que busquen el mejoramiento de su desempeño (ISO 9000), calidad de sus productos certificados y/o sellos de calidad.

Todos aquellos indicadores que la organización haya identificado como claves para mantener un grado importante de calidad.

## 5.2 Control sobre equipos no biomédicos

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Planear la compra de equipos no biomédicos con base en las prioridades y las necesidades de los clientes internos, el costo-eficiencia de la nueva tecnología, la vida útil de los equipos, la capacidad de inversión y el soporte técnico con programas integrales de mantenimiento preventivo y correctivo de los fabricantes. Se cuenta con un procedimiento para evaluar y calificar los posibles proveedores de equipos.
- ❖ Garantizar el buen uso y la productividad de los equipos por parte de quienes lo usan. Los equipos cuentan con protocolos y manuales de operación y además hay un programa de entrenamiento y acciones encaminadas a garantizar el buen manejo de ellos y evitar daños.
- ❖ Desarrollar el plan de contingencia cuando un equipo se encuentra en mantenimiento o cuando se presenta un daño inesperado.
- ❖ Mantener un sistema de información que apoye a los jefes de mantenimiento para controlar las órdenes de trabajo, la oportunidad de respuesta a las solicitudes, el cumplimiento de la programación, la actualización de hojas de vida de los equipos, el seguimiento y control de las distintas actividades de mantenimiento, la detección de las principales fallas que se presentan en los equipos y evitar daños innecesarios.
- ❖ Evaluar y mejorar los resultados y tendencias referentes a la productividad de los equipos, la oportunidad de respuesta a las solicitudes, el cumplimiento de la programación, etc.

Cuando se encuentran brechas entre lo planeado y lo ejecutado, se analizan las causas y se dan soluciones.

- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos organizacionales críticos, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
- ❖ Evaluar y mejorar los sistemas y procedimientos de control y los criterios y procedimientos aplicados cuando se utilizan entidades externas para el mantenimiento de los equipos.

### RESULTADOS (últimos 5 años)

Cumplimiento de metas referentes a la programación de mantenimiento preventivo y correctivo.

Productividad de los equipos.

Satisfacción de los clientes internos con el mantenimiento de equipos.

## 5.3 Acondicionamiento, limpieza y mantenimiento de las áreas comunes y puestos de trabajo

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Mantener los sitios de trabajo dignos, que muestren respeto por las personas y promuevan el trabajo productivo; el aseo, higiene, orden y la clasificación de los recursos de trabajo, para que no haya desperdicio y sean de fácil acceso y uso para

todos; y el acondicionamiento y buen estado de los puestos de trabajo y áreas comunes.

- ❖ Mantener en las mejores condiciones de aseo y accesibilidad los baños de uso públicos, los lugares de espera, cafeterías, ascensores, escaleras, parqueaderos, etc.
- ❖ Desarrollar e implementar mecanismos de seguimiento a las prácticas mencionadas para verificar su efectividad y para mejorarlas como resultado de su evaluación.
- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos críticos. Se establecen metas y se les hace seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
- ❖ Evaluar y mejorar el sistema de diseño, despliegue y seguimiento a los procesos de acondicionamiento, limpieza y mantenimiento de las áreas comunes y puestos de trabajo.

#### RESULTADOS (últimos 5 años)

Efectividad de las prácticas y acciones para mantener el aseo, la higiene, orden y clasificación de los puestos de trabajo y áreas comunes.

Satisfacción de los clientes internos y externos con la limpieza, el aseo y el orden.

Resultados de encuestas de clima organizacional.

#### 5.4 Calidad en las compras y manejo de proveedores

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Planear las compras de acuerdo con las políticas definidas en el Direccionamiento

Estratégico de la organización, para garantizar la calidad de los insumos, productos y servicios de atención. Se utiliza también para este análisis, la información relevante sobre uso de recursos, reprocesos y desperdicios, demanda, stocks máximos y mínimos, rotación de inventarios, tiempos de reposición, consumos frecuentes y variables y sobre indicadores de eficacia y efectividad, entre otros.

- ❖ Asegurar la calidad de las compras con el apoyo de un comité mixto (personal administrativo y asistencial) el cual emite las políticas, desarrolla e implementa las especificaciones y requisitos de calidad y vigila y controla que éstos se cumplan.
- ❖ Generar e implementar indicadores de efectividad y oportunidad para evaluar el proceso de compras y contratos y con base en éstos se toman acciones correctivas y de mejoramiento para el logro de los objetivos.
- ❖ Definir directrices respecto al número y tipo de proveedores claves de insumos y productos y los criterios para seleccionarlos, para asegurar la igualdad de condiciones para todos los proveedores. Los criterios de selección incluyen la capacidad técnico-científica, las negociaciones sobre precio para generar márgenes de rentabilidad, la flexibilidad y tiempos de respuesta óptimos para las entregas y la referenciación de clientes a quienes les hayan vendido el equipo ofrecido.
- ❖ Establecer relaciones con los proveedores partiendo de involucrarlos en los procesos de diseño y mejoramiento de los productos y servicios y apoyándolos para que desarrollen sus esquemas de gestión hacia la calidad.

Definir conjuntamente los deberes y derechos y hacerles el seguimiento correspondiente con el fin de garantizar su cumplimiento y corregir las fallas observadas. También se establecen mecanismos para dirimir conflictos.

- ❖ Desarrollar e implementar mecanismos para evaluar el desempeño de los proveedores y retroalimentarlos, para que con base en la evaluación desarrollen planes de mejoramiento a los que se les hace seguimiento.
- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos organizacionales críticos, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
- ❖ Evaluar y mejorar las políticas y procedimientos relacionados con las compras y el manejo de proveedores.

## RESULTADOS (últimos 5 años)

Costo de devoluciones de insumos, suministros, material médico-quirúrgico, equipos, etc. por no cumplir con las especificaciones establecidas.

Situación de pagos a proveedores.

Calificación de proveedores.

## 6. Control sobre los recursos financieros

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Garantizar la disponibilidad oportuna de recursos financieros para soportar el avance

de los planes de la institución, acorde con los grandes propósitos, las metas y los objetivos planteados en el Direccionamiento Estratégico de la organización. Todas las áreas y servicios participan en la elaboración y seguimiento y control del presupuesto de ingresos y gastos. Esta participación se traduce en la disponibilidad de presupuestos para cada una de las áreas y en la ejecución de cada uno de ellos.

- ❖ Definir el alcance del análisis de costos de los servicios y la información requerida para tomar decisiones. El análisis del riesgo se basa en perfiles de usuarios e información sobre costos, uso de servicios, etc. La información de costos es utilizada para la negociación de prestación de servicios, para la definición de nuevos productos a comercializar, para la evaluación financiera de las áreas y de los productos, etc.
- ❖ Garantizar la seguridad y rentabilidad de las inversiones financieras de la institución y de los excedentes que tenga, bajo criterios establecidos. Se cuenta con fuentes de información para la toma de decisiones.
- ❖ Garantizar un adecuado manejo de convenios y contratos para prestación de servicios y para la recuperación del valor de los servicios prestados. Se elaboran pautas para negociación y aprobación de convenios y contratos; se llevan a cabo análisis para la fijación de tarifas; seguimiento a la ejecución y costo del convenio, contrato o servicio prestado; cobro de facturas y gestión para la pronta recuperación de cartera.
- ❖ Definir el alcance del proceso de presupuestación y su articulación con los

grandes propósitos, estrategias y planes de la institución.

- ❖ Garantizar la seguridad del uso de los recursos financieros. Se establece la delegación de autoridad para el manejo de dichos recursos, los cargos o personas que pueden dar autorizaciones y los montos, el manejo de tesorería (apertura y cancelación de cuentas bancarias, manejo de inversiones temporales, firmas autorizadas para pago de cheques, manejo de chequeras y sellos, transferencias bancarias, pagos a terceros, etc.), facturación (fijación de tarifas, descuentos, castigo de cuentas, cobro judicial, etc.) y contabilidad (presentación de estados financieros, de informes de tesorería, de informes fiscales, de informes de carácter legal, revisiones presupuestales, etc.).
- ❖ Garantizar la veracidad de la información contable y la oportunidad de los informes de carácter contable y financiero. Existen controles sobre la información y están establecidas fechas límite para la presentación de informes y para la realización de actividades críticas (refiérase a estados financieros, ejecución presupuestal global y por áreas, informes fiscales, cierre contable, preparación de conciliaciones bancarias y procesos de revisoría fiscal).
- ❖ Capacitar al personal del área financiera en manejo de información y en seguimiento y evaluación de los procesos a su cargo a través de indicadores y su utilización. Cuando encuentran fallas se toman medidas correctivas y preventivas.
- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los

procesos organizacionales críticos, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.

- ❖ Evaluar y mejorar los sistemas de gestión financiera

#### RESULTADOS (últimos 5 años)

Glosas por tipo y costo.

Días de cartera y monto.

Estados financieros: P&G, balances, flujo de caja actual y proyectado.

## 7. Conformación y desarrollo del equipo humano

En este capítulo se examina la importancia que da la institución a la conformación de un grupo humano idóneo, a promover el desarrollo de todas las personas que lo constituyen y a generar un adecuado ambiente de trabajo. Se analiza particularmente su autonomía, su creatividad, su capacidad de compromiso y colaboración con el mejoramiento de los procesos y los resultados de los servicios que presta la institución. Examina también cómo se protege al personal de los riesgos propios de su trabajo diario.

### 7.1 Organización y administración del trabajo

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Diseñar, organizar, implementar y hacer seguimiento a las funciones y cargos de acuerdo con los macroprocesos y procesos gerenciales claves para mantener

actualizadas las necesidades de la institución, lograr su dinamismo, promover la cooperación, el empoderamiento, la innovación y una cultura organizacional alineada con el Direccionamiento Estratégico.

- ❖ Asegurar la idoneidad del personal de salud responsable de la atención del paciente. Se definen perfiles para cada cargo y criterios para la selección de las personas y se determinan los privilegios clínicos o rangos de competencia por especialidad, por nivel de entrenamiento o experiencia, por el perfil de riesgo de los pacientes atendidos o por tipo de procedimiento. Se definen las responsabilidades según la capacidad técnica actual y las aptitudes físicas y mentales de los individuos. El personal asistencial y no asistencial que ha sido contratado a través de terceras personas (finalmente son responsabilidad de la organización), tiene la suficiente calificación y competencia para desarrollar la labor para la cual fue asignado. Se hace seguimiento estricto al cumplimiento de los requerimientos establecidos por la organización, se solucionan las fallas encontradas y se dan soluciones para resarcir las causas por las cuales se presentaron estas brechas.
- ❖ Especificar las responsabilidades de los estudiantes y residentes y las de supervisión por parte del personal profesional de la institución, si se trata de una institución con actividades docentes. Se cuenta con mecanismos que permiten hacer el seguimiento al cumplimiento de estas responsabilidades, verificando el impacto de las mismas en la formación del estudiante.
- ❖ Definir y socializar políticas de personal para reclutar, seleccionar y contratar candidatos;

para renovación de nombramientos, vinculaciones y cancelación de contratos; para imponer sanciones, valorar cargos, etc.

- ❖ Evaluar la efectividad y mejorar los mecanismos diseñados para asegurar la idoneidad del personal y el cumplimiento de las políticas de personal.

## RESULTADOS (últimos 5 años)

Cumplimiento de políticas claves para el personal asistencial (perfiles e idoneidad profesional, selección, etc.)

### 7.2 Inducción, entrenamiento y capacitación de todo el personal

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Determinar las necesidades de inducción y entrenamiento del personal (administrativo y asistencial) con base en las necesidades claves de la organización para el mejoramiento de los procesos de atención del usuario y su familia. Existen mecanismos de selección y determinación de prioridades en las actividades de capacitación y se planean acciones y recursos para asegurar un conocimiento actualizado y mantener las habilidades técnicas y científicas.
- ❖ Evaluar su efectividad teniendo en cuenta el desempeño individual, colectivo y organizacional y los posibles cambios que pueden afectar la organización, tales como los cambios en los grandes propósitos de la organización, cambios en la complejidad de los servicios, cambios en la planta física y en la disponibilidad de los recursos, cambios de la legislación relevante, etc.

- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos críticos de capacitación e inducción al personal, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
- ❖ Evaluar la efectividad y mejorar los mecanismos diseñados para capacitar el personal.

#### RESULTADOS (últimos 5 años)

Cumplimiento del plan de capacitación versus objetivos.

Recursos financieros utilizados para cumplir con el plan / Total de ingresos anuales.

Tiempos de los distintos trabajadores y profesionales utilizado en programas de capacitación.

Impacto de la capacitación versus objetivos y metas.

#### 7.3 Evaluación de cargos, retribución y administración de salarios

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Definir la remuneración del equipo humano de la institución, tanto en el área asistencial como en la administrativa, según los diferentes niveles jerárquicos y el sistema de valoración de cargos. Se compara la remuneración de cargos con otras instituciones y se definen variables para hacer los incrementos salariales.
- ❖ Establecer planes de mejoramiento individual a partir de la evaluación y de los intereses de

la organización y del equipo humano que la conforma, de tal manera que se garanticen el crecimiento personal, el grupal y el de la organización.

- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos organizacionales críticos, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
- ❖ Evaluar la efectividad y mejorar los mecanismos diseñados para evaluar los cargos y administrar los salarios.

#### RESULTADOS (últimos 5 años)

Satisfacción del cliente interno.

#### 7.4 Reconocimiento y desarrollo

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Evaluar el personal, para medir su contribución a los objetivos y metas de la institución y hacerles reconocimiento tanto individual como grupal.
- ❖ Determinar y ejecutar planes de desarrollo de los miembros del equipo humano para que contribuyan al logro de los objetivos de la organización.
- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos organizacionales críticos, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.

- ❖ Evaluar la efectividad y mejorar los mecanismos diseñados para medir la contribución del personal a los objetivos y metas y para su reconocimiento.

RESULTADOS (últimos 5 años)

Cumplimiento de los empleados con las metas individuales establecidas.

Satisfacción del cliente interno.

## 7.5 Participación, trabajo en equipo y comunicación

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Desarrollar el potencial de las personas mediante la participación en el logro de las metas de su área y de la institución, estimular la innovación y dar respuesta rápida y satisfactoria a las iniciativas de las personas.
- ❖ Participar en la toma de decisiones, incrementar la autoridad y la autonomía de las personas en su trabajo.
- ❖ Involucrar a los sindicatos en un trabajo conjunto por los objetivos de la organización y se obtienen resultados.
- ❖ Evaluar la efectividad de estas acciones y mejorar las prácticas para buscar la participación de las personas.

RESULTADOS (últimos 5 años)

Efectividad de procesos, proyectos y programas donde se trabaje en equipo.

Satisfacción del cliente interno.

## 7.6 Capital intelectual

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Identificar el conocimiento, la tecnología y los expertos en todos los procesos y niveles de la organización. Se protegen el conocimiento, la tecnología y la experiencia que se genera del análisis de cada uno de los procesos. Se difunden, documentan y comparten las innovaciones para mejorar en el futuro los diferentes procesos.

- ❖ Apoyar el conocimiento del personal y el buen desempeño de su trabajo, logrando de esta manera contribuir a las estrategias del negocio, la misión y la visión y crear valor para los usuarios y la organización.

- ❖ Desarrollar las curvas de aprendizaje, evaluarlas periódicamente y socializarlas.

- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos organizacionales críticos, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.

- ❖ Evaluar la efectividad para administrar y mejorar los sistemas relacionados con el capital intelectual (Conocimiento, Tecnología, Experiencia).

- ❖ Manejar la propiedad intelectual y su explotación comercial.

RESULTADOS (últimos 5 años)

Efectividad de las actividades relacionadas con la gestión del aprendizaje organizacional.

## 7.7 Calidad de vida en el trabajo

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Identificar los factores críticos de bienestar, seguridad industrial, salud ocupacional y calidad de vida laboral y familiar.
  - ❖ Definir factores relacionados con ergonomía, bienestar, recreación, actividades culturales, trato digno y respetuoso a todo el personal, salud y seguridad; así como programas de extensión a la familia para mejorar la calidad de vida integral de los trabajadores, los cuales pueden incluir: guarderías, deportes, actividades sociales y culturales, transporte, alimentación en horarios de trabajo, adecuación de áreas para discapacitados y preparación para el retiro, entre otros.
  - ❖ Propiciar el conocimiento y la aplicación de habilidades múltiples en el personal, para facilitar la movilidad y la flexibilidad en el trabajo, la variedad en las tareas y contenidos de los puestos y, en general, para lograr un ambiente interno que promueva el desarrollo personal.
  - ❖ Evaluar la efectividad de los programas mencionados y mejorar los mecanismos descritos anteriormente. La institución ha desarrollado acciones para mejorar periódicamente estos mecanismos.
- físico, mental y social de los trabajadores mediante actividades de medicina preventiva (promoción y prevención de la salud); medicina del trabajo (exámenes preocupacionales y ocupacionales); higiene y seguridad industrial (identificación y corrección de factores de riesgo, estudios ambientales, etc.).
- ❖ Definir el programa de seguridad industrial para minimizar los accidentes y riesgos de incendio, explosión, contaminación y cualquier otro que se pueda originar, con objetivos, alcance y metas, cubrimiento, frecuencia, procedimientos, simulacros, plan de evacuación, señalización de vías de evacuación y salidas de emergencia de la institución, definición de quién debe asumir el manejo de emergencias, control sobre el mantenimiento y buen estado de los equipos y medios para evitar y responder a riesgos, etc. Se capacita al personal para evitar y enfrentar un momento de riesgo.
  - ❖ Definir y planear el programa de salud ocupacional y sus componentes (elementos de protección personal, aislamiento, exámenes ocupacionales, capacitación al personal sobre temas de salud e higiene, cubrimiento, frecuencia, procedimientos, etc.); establecer el panorama de riesgos y los mecanismos de prevención de riesgos para los trabajadores, derivados de la atención de cierto tipo de pacientes, de la manipulación de desechos contaminados o del uso de la tecnología.

## RESULTADOS (últimos 5 años)

Efectividad de los programas de ergonomía, bienestar, recreación, actividades culturales, salud y seguridad.

### 7.8 Higiene y seguridad

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Desarrollar e implementar un programa de salud ocupacional, orientado a promover y mantener el mayor grado posible de bienestar
- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos organizacionales críticos, establecer metas y hacerles seguimiento.

- ❖ Evaluar la eficacia y efectividad de los programas anteriormente mencionados y mejorar los diferentes programas de salud ocupacional y seguridad industrial. Se les hace seguimiento, se detectan las fallas y se dan soluciones para evitar que los problemas vuelvan a ocurrir.

## RESULTADOS (últimos 5 años)

Cumplimiento de metas establecidas para minimizar riesgos.

Resultados y tendencias de la efectividad de programas y acciones para mejorar la salud ocupacional, medicina del trabajo e higiene y seguridad industrial.

Índices de accidentalidad, frecuencia y severidad.

Índices de ausentismo por accidentes de trabajo o por enfermedades profesionales.

Todos aquellos indicadores que la organización haya identificado como claves para mantener un grado importante de calidad.

### 7.9 Mecanismos para conocer las necesidades y expectativas del equipo humano y la satisfacción con su trabajo en la institución

Se tienen directrices, mecanismos y procedimientos sistemáticos para:

- ❖ Conocer las necesidades y expectativas de los miembros del equipo humano -personal asistencial, personal administrativo y de apoyo-, referentes a realizar adecuadamente su trabajo y sentirse bien dentro de la institución, al liderazgo de sus directivos, a las

posibilidades de participación y desarrollo, a las condiciones de trabajo, al ambiente de trabajo, etc. Estos mecanismos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.

- ❖ Recoger, analizar y dar el curso pertinente a la información para la toma de decisiones relacionadas con la mejora de las expectativas y satisfacción del equipo humano. Se trazan metas, que se reflejan en los niveles de satisfacción, y se hace seguimiento al cumplimiento de las mismas.
- ❖ Compararse con las mejores prácticas a nivel nacional e internacional y con base en esta comparación adaptar y/o rediseñar los procesos de escucha al cliente interno, establecer metas y hacerles seguimiento. Se identifican las causas que originan desvíos en el cumplimiento de los objetivos y metas y se dan soluciones.
- ❖ Evaluar la efectividad de los mecanismos utilizados, y la confiabilidad de la información recogida, asociada con la satisfacción del personal en su trabajo.

## RESULTADOS (últimos 5 años)

Tendencias de satisfacción del cliente interno.

Cumplimiento de planes relacionados con las expectativas de satisfacción del equipo humano.

Días perdidos por huelgas.

Todos aquellos indicadores que la organización haya identificado como claves para mantener un grado importante de calidad. Explique aquellos indicadores desfavorables.

## 8. Puntajes de los criterios y estándares

PUNTAJE	MÁXIMO
<b>1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y LIDERAZGO</b>	<b>200</b>
1.1. Formulación, análisis y despliegue del direccionamiento estratégico	90
1.2. Liderazgo mediante el ejemplo	100
1.3. Responsabilidad social con el sector, el medio ambiente, los ecosistemas y la comunidad	10
<b>2. SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES</b>	<b>150</b>
2.1. Conocimiento de expectativas de los usuarios y otros clientes.	50
2.2. Despliegue de la calidad - sistema de interpretación de las necesidades de los usuarios y otros clientes	50
2.3. Gestión de las relaciones con los usuarios y otros clientes	25
2.4. Sistemas de respuesta	25
<b>3. GESTIÓN CLÍNICA DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN</b>	<b>250</b>
3.1. Diseño, implementación y mejora de los procesos de gestión clínica	100
3.2. Participación del usuario en la gestión clínica	20
3.3. La tecnología en la gestión clínica	30
3.4. Medicamentos y suministros medico-quirúrgicos en la gestión clínica	30
3.5. Control sobre acondicionamiento, limpieza y asepsia de las áreas clínicas y de apoyo clínico	20
3.6. Relación con proveedores con quienes contrata o subcontrata servicios de atención	20
3.7. Auditorias o evaluaciones al sistema de garantía de la calidad	30

4.	GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	100
4.1	Diseño y administración del sistema de información	50
4.2	Análisis de información	50
5.	SEGUIMIENTO Y CONTROL DE PROCESOS ADMINISTRATIVOS	50
5.1	Diseño y administración de los procesos administrativos y de apoyo	5
5.2	Control sobre equipos no biomédicos	20
5.3	Acondicionamiento, limpieza, mantenimiento de las áreas comunes y puestos de trabajo	5
5.4	Calidad en las compras y manejo de proveedores	20
6.	CONTROL SOBRE LOS RECURSOS FINANCIEROS	50
7.	CONFORMACIÓN Y DESARROLLO DEL EQUIPO HUMANO	200
7.1	Organización y administración del trabajo	20
7.2	Inducción, entrenamiento y capacitación de todo el personal	30
7.3	Evaluación de cargos, retribución y administración de salarios	20
7.4	Reconocimiento y desarrollo	20
7.5	Participación, trabajo en equipo y comunicación	20
7.6	Capital intelectual	20
7.7	Calidad de vida en el trabajo	10
7.8	Higiene y seguridad	30
7.9	Mecanismos para conocer las necesidades, expectativas del equipo humano y la satisfacción con su trabajo en la institución	20

## 9. Glosario

### A

**Accesibilidad.** Se habla de accesibilidad de la atención cuando es fácil de iniciarse y de mantenerse.<sup>I</sup> Esta depende de los proveedores que la hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar, pero también depende de la habilidad de los clientes potenciales para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención. En acreditación es importante darle una dimensión adicional al término Acceso, ampliando su concepto a la capacidad de la organización de involucrar los derechos de los usuarios dentro de su sistema de direccionamiento político frente al paciente y su familia.

**Acceso.** Son aquellas dimensiones que describen la entrada potencial y actual de un grupo poblacional dado al sistema de provisión de servicios de salud.<sup>II</sup> Su acercamiento al estudio del acceso a los servicios de salud implica que las características del sistema de provisión de servicios y las características de la población en riesgo reflejan el acceso potencial a los servicios médicos, mientras que la utilización y la satisfacción son considerados indicadores del acceso realizado. Aday y Andersen desarrollaron el "Expanded Behavioral Model". Este modelo tiene 5 componentes: la política de salud, las características del sistema de provisión de servicios de salud (lo cual incluye tanto su disponibilidad como organización), las características de la población en riesgo (diferenciadas como variables de predisposición al uso, variables que habilitan el uso y variables de necesidad del servicio), la utilización de servicios de salud y la satisfacción del usuario.<sup>III</sup>

Basados en este modelo, Aday y Andersen proponen que el acceso equitativo a servicios de salud es uno "en el cual la enfermedad (definida por el paciente y su familia o por profesionales de la salud) es el principal determinante de la asignación de recursos".<sup>IV</sup>

**Acción correctiva.** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable. No confundir con corrección: acción tomada para eliminar una no conformidad detectada, pero sin la eliminación de su causa.

**Aceptabilidad.** Aspecto relacionado con la satisfacción de los usuarios (y que depende de aspectos culturales), respecto de la valoración que estos realizan acerca del costo, la calidad, la seguridad, la actitud del proveedor. Los resultados, la conveniencia u otros aspectos relevantes relacionados con una prestación sanitaria determinada.<sup>V</sup>

**Acreditación.** Es un proceso de evaluación, formal y voluntario, que busca el mejoramiento de las organizaciones.

Los estándares que utiliza se consideran óptimos factibles y son preestablecidos y conocidos. Es realizada generalmente por un organismo con reconocimiento, usualmente no gubernamental, en el cual pares evalúan que la organización de salud cumpla con los estándares.

**Activos estratégicos.** Son los elementos valiosos que la organización ha acumulado a través del tiempo, tangibles e intangibles y que son capaces de generar un valor apreciado por los clientes, apropiables, difíciles de adquirir o imitar, y competitivamente superiores.

**Actos riesgosos intencionales.** Es cualquier evento que resulta de un acto criminal, un acto no seguro realizado intencionalmente, un acto relacionado con abuso de alcohol o de sustancias psicoactivas.

**Administración por Políticas.** Conocido también como gerencia por directrices. Es una metodología de Direccionamiento Estratégico que permite establecer, desplegar y controlar las metas fundamentales de la alta gerencia y los correspondientes medios para asegurar su logro a todos los niveles de la organización. La expresión japonesa para administración por políticas Hoshin Kanri que literalmente traduce: metodología para establecer, implantar y controlar el direccionamiento estratégico.<sup>vi</sup>

**Afiliación.** Resultado de un proceso por medio del cual se asocia o ingresa al Sistema de Seguridad Social a un nuevo individuo. Este término es igualmente aplicable a fondos de pensiones, cesantías o cualquiera de los regímenes de salud.

**Aislamiento, técnicas de.** Confinamiento involuntario de un paciente en una habitación, de la que no se le permite salir durante un espacio de tiempo determinado. El aislamiento no incluye el confinamiento involuntario por mandato legal sin propósitos clínicos, como confinar a una persona que se enfrenta a cargos criminales o que está cumpliendo una sentencia, a una habitación cerrada con llave.

**Alta dirección.** Comprende los ejecutivos, directores líderes, que constituyen el nivel más alto de una empresa, los cuales comparten la responsabilidad principal por el desempeño o por los resultados de la organización.

**Alto desempeño.** Es la actuación capaz de generar el mayor valor, conocimiento y aprendizaje posibles a través del ejercicio y mejoramiento de los sistemas de trabajo y hábitos de mejora continua, innovación y creatividad en el personal, con un modelo de trabajo que muestre características de efectividad de clase mundial en sus resultados.

**Ambiente Físico.** Medio en el que se desarrollan los seres humanos y que potencialmente puede condicionar su crecimiento, desarrollo, supervivencia y comportamientos. Comprende todos los aspectos externos al organismo humano de tipo físico, químico o biológico, que ejercen alguna influencia sobre su salud, y respecto del cual tiene limitada capacidad de control.

**Aprendizaje.** Es el proceso de adaptarse y anticiparse a los cambios permanentes que ocurren en el entorno, para asegurar la supervivencia y la competitividad. Incremento en la capacidad de acción efectiva frente al cambio. Es el proceso mediante el cual el conocimiento adquirido permite cambiar la forma de interpretar el mundo. Es el proceso mediante el cual los organismos vivos se adaptan a los cambios para asegurar su supervivencia.

**Áreas de Direccionamiento Estratégico.** Constituyen decisiones de rumbo más concretas que establecen taxativamente las acciones hacia las cuales se enfocará la gestión.

**Aseguramiento de la calidad.** Parte de la gestión de la calidad orientada a proporcionar confianza en que se cumplirán los requisitos de la calidad.

**Atributo de calidad.** Es una característica o propiedad importante para un desempeño adecuado del producto y/ o servicio que, en la percepción del cliente, puede ejercer influencia en su preferencia o en su fidelidad.

**Auditoría de Calidad.** La auditoría de la calidad de la atención en salud, es definida como “la evaluación sistemática de la atención en salud, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios”.<sup>vii</sup> Significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico - científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud.

Se define también como un examen sistemático de las actuaciones y decisiones de las personas con respecto a la calidad, con el objeto de verificar o evaluar de manera independiente e informar el cumplimiento de los requisitos operativos del programa de calidad o de la especificación o de los requisitos del contrato del producto o servicio.<sup>viii</sup> Es una iniciativa que busca mejorar la calidad y resultado de la atención en salud, se examinan sus prácticas contra estándares preestablecidos y se modifica la práctica donde esté indicado.<sup>ix</sup>

Para el Centro de Gestión la auditoría de calidad tiene tres niveles: autocontrol, auditoría interna y auditoría externa.

**Auditoría externa.** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución, con base en los acuerdos previamente establecidos.<sup>x</sup>

**Auditoría Interna.** Es la evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura de autocontrol. Este nivel puede estar ausente siempre y cuando el grado de desarrollo del autocontrol sustituya en la totalidad las acciones realizadas por la auditoría interna.<sup>xi</sup>

**Autocontrol.** Es una condición que permite a cualquier individuo controlar el proceso de trabajo al tiempo que lo ejecuta. El trabajador debe: Querer intervenir: debe estar motivado para desempeñar mejor sus tareas. Saber intervenir: ha de tener la formación necesaria no sólo para saber hacer su trabajo, sino también para detectar los fallos y corregirlos. Poder intervenir: tiene que estar dotado de la suficiente autonomía y responsabilidad para poder subsanar, por sí mismo, aquellos errores que se produzcan en el trabajo.<sup>xii</sup>

## B

**Balanced scorecard.** Ver Tablero de Mando o Tablero Balanceado de Indicadores.

**Barrera de Seguridad o Defensas.** Mecanismos por medio de los cuales la protección de los usuarios del proceso está garantizada

**Benchmarking** (referenciación competitiva). Es el proceso de compararse y evaluarse continuamente con otras organizaciones consideradas como las mejores prácticas para lograr información sobre filosofías, estrategia, procesos, medidas que le pueden ayudar a su organización a tomar acciones para mejorar su desempeño.<sup>xiii</sup>

**Bienestar laboral.** Concepto relacionado con la calidad del ambiente de trabajo, que se refiere a una sensación individual medible a través de una valoración subjetiva por parte del trabajador construida por la incidencia de los

factores físicos de su entorno, los sentimientos de autoestima y la sensación de pertenencia a una comunidad mediante la integración social en la organización.

**Brecha.** Diferencia en el desempeño, detectada a través de la comparación entre un estándar de benchmarking o una meta establecida, sobre una actividad en particular o sobre otras compañías.



**Calidad.** La calidad de la atención en salud se define como el logro de los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos recursos.<sup>XIV</sup>

Al hablar de calidad en un sistema de salud o un territorio, se define calidad como: la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.<sup>XV</sup>

**Calidad en el ambiente de trabajo**(Cinco ESES ). Método para aplicar los principios y conceptos de la calidad a la mejora de los lugares de trabajo, mediante el desarrollo de comportamientos y hábitos nuevos de clasificar, ordenar, limpiar, aseo interior y autodisciplina.

**Certificación.** Proceso mediante el cual un cuerpo autorizado, ya sea un organismo gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce que una persona o institución cumple con unos criterios preestablecidos. La certificación se refiere por lo general, a personas, y la acreditación, a instituciones. En salud es más conocida la certificación de profesionales como especialistas, en el cual el colegio profesional, sociedad o grupo de especialistas certifican que el profesional tiene capacidades mayores que las que permitieron su licenciamiento y cumple con los requisitos para actuar.<sup>XVI</sup>

**Cliente.** Cualquier individuo, familia, grupo y/o comunidad (interno o externo a la organización) que recibe cuidados y tratamientos o servicios de la organización.<sup>XVII</sup>

**Código de Ética.** Conjunto de estándares para la construcción y funcionamiento de los principios de la moral aplicados a las acciones humanas.

**Competitividad.** Capacidad de mantenerse con éxito en un entorno cambiante y competido. Capacidad de sobrevivir en el largo plazo.

**Confiabilidad.** Factor fundamental que hace referencia a que el cliente pueda estar seguro del buen desempeño y respuesta de un proveedor de productos o servicios para cumplir sus cometidos.<sup>XVIII</sup>

**Confidencialidad.** Respeto a los derechos del paciente para controlar la distribución y difusión de los datos de su enfermedad. Limitación al acceso, a los datos y la información a los individuos que tengan necesidad, motivo y esté autorizado su acceso.<sup>XIX</sup>

**Consentimiento Informado.** Es el consentimiento otorgado por una persona responsable de ella misma, para participar en un tratamiento, investigación, programa de inmunización, régimen, etc., tras haber sido informada del propósito, métodos, procedimientos, ventajas y riesgos inherentes. Este último factor es fundamental para que un sujeto otorgue su consentimiento informado.

**Continuidad.** Componente de la calidad de la asistencia al paciente que consiste en la coordinación de la asistencia misma necesaria entre diferentes médicos y centros sanitarios y a lo largo del tiempo.<sup>xx</sup>

**Control.** Conjunto de operaciones encaminadas a verificar y comprobar el funcionamiento, productividad, de algún proceso de acuerdo con unas directrices y planes establecidos.

**Creencia.** Idea trascendental a la que alguien le presta asentimiento firme, considerándola como verdad indudable.

**Cultura.** Es un conjunto de creencias básicas, construidas y compartidas en el tiempo, por un grupo de personas las cuales determinan su forma de pensar, sentir y obrar. Las dimensiones de la cultura son Invisible (conjunto de valores y principios que son comunes y compartidos en forma auténtica por sus integrantes). Visible (Las conductas o comportamientos característicos en esa organización).<sup>xxi</sup>

**Cultura de calidad.** Conjunto de comportamientos que caracterizan a las personas y a la organización tendientes a lograr una mayor efectividad y satisfacción de los clientes tanto internos como externos.

**Criterio.** Elementos predeterminados contra los cuales los aspectos de calidad de los servicios médicos deben ser comparados.

**Cultura Efectiva.** Es aquella en la cual los rasgos que la determinan cubren en forma equilibrada las distintas dimensiones que afectan la efectividad de la organización.

**Cultura Organizacional.** Esquema de valores, principios y creencias que son construidos y compartidos en forma auténtica por los integrantes de la organización. Así como el conjunto de comportamientos y prácticas que son comunes y distintivos de las personas que pertenecen a ella.

## D

**Dato.** Valor de una variable asociado a un acontecimiento. Cuantificación de un fenómeno. Registro individual y puntual de un hecho. Materia prima de la información. Material, hecho y observación sin interpretar, coleccionado durante la actividad de evaluación.

**Declaración de Derechos y Deberes.** Política emanada de la alta gerencia, diseñada en conjunto con los empleados de la organización, donde se estipula claramente la responsabilidad social de la organización frente a los derechos que legal y humanamente tienen los pacientes, así como los deberes que estos deben cumplir acorde con los lineamientos legales del sistema. Sirve de directriz para el comportamiento de los funcionarios de la organización frente a los pacientes que debe atender.

**Desastre.** Suceso natural u ocasionado por el hombre que perturba el entorno de la asistencia, tales como daños ocasionados a terrenos y edificios del hospital como tormentas, tornados, huracanes o terremotos. También sucesos que afectan a la asistencia al paciente y al tratamiento, como la pérdida de suministros (luz, agua y teléfono) debido a inundaciones, disturbios, accidentes o emergencias dentro del hospital o en la comunidad circundante.<sup>xxii</sup>

**Desechos.** Cualquier producto deficiente, inservible o inutilizado que su poseedor destina al abandono o del que quiere desprenderse.<sup>xxiii</sup>

**Desempeño.** Resultados obtenidos de procesos y de productos que permiten ser evaluados y comparados en relación con las metas, los estándares, los resultados históricos y otros procesos y productos. Más comúnmente los resultados expresan satisfacción, insatisfacción, eficiencia, y eficacia y pueden ser presentados en términos financieros o no.

**Despliegue de Políticas.** Desplegar una política significa dividirlas en otras políticas bajo la responsabilidad de personas en cada nivel, donde cada directriz establecida está íntimamente ligada a la original. La ejecución de la política desplegada deberá garantizar el cumplimiento de la directriz original.<sup>XXIV</sup>

**Direccionamiento Estratégico.** Es un concepto amplio que significa focalizar esfuerzos y lograr solidaridad hacia propósitos comunes. No es un sistema gerencial ni un instrumento específico. Busca orientar la organización hacia el futuro y hacia el mercado (entorno), para garantizar su supervivencia a largo plazo, al definir, revisar, desplegar y hacer seguimiento a las definiciones básicas (misión, visión, valores y políticas) y a los planes de la institución, de forma que cada persona establece cómo contribuye al cumplimiento de los objetivos y las metas institucionales.

**Documentación.** Es el registro cotidiano del desempeño de los procesos y sistemas. Constituye el acervo de conocimientos de la organización y permite evaluar y mantener vigente la tecnología operativa.

## E

**Ecosistema.** Es el conjunto de elementos orgánicos e inorgánicos que mantienen una relación de interdependencia continua y estable para formar un todo unificado.

**Efectividad.** El grado en que la asistencia médica se presta de forma correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente.<sup>XXV</sup>

**Efectos colaterales o secundarios.** Resultados paralelos y generalmente de menor importancia de un proceso o acción.

**Eficacia.** Indicadores y respectivos resultados, que miden el grado en que los requisitos de los clientes están siendo atendidos por los procesos.

**Eficiencia.** Indicadores y resultados que miden el nivel de recursos empleados en un proceso para atender los requisitos de los clientes. Relación entre los resultados (resultados de la asistencia) y los recursos utilizados para prestar la asistencia al paciente.

**Empoderamiento.** Es una forma fundamentalmente distinta de trabajar en conjunto en la que los empleados se sienten responsables no solamente de hacer su trabajo, sino también de hacer que la institución trabaje mejor, solucionando activamente problemas, ayudando a planear cómo deben hacerse las cosas y cómo hacer para que éstas se lleven a cabo. Los equipos trabajan juntos para mejorar continuamente su desempeño, alcanzando cada vez mayores niveles de productividad y las organizaciones están estructuradas para que su personal se sienta capaz de alcanzar los resultados esperados, para que puedan hacer lo que necesitan hacer y no sólo lo que se quiere de ellos y para recompensarlos.

**Enfoque.** Se refiere a la concepción y las directrices que orientan a la organización y los métodos utilizados para lograr el propósito establecido en cada tema o factor que se va a evaluar.

Se evalúa que sea adecuado para atender el propósito del ítem en función de la realidad de la organización, que sea proactivo innovador y conocido.

**Ergonomía.** Estudio de actos biológicos y tecnológicos aplicados a problemas de mutua adaptación entre el hombre y la máquina

**Error.** Una falla en completar una acción como estaba planeada o el uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo, sin la intervención de un evento imprevisible.<sup>xxvi</sup>

**Error Medicamentoso (EM).** "Cualquier evento prevenible que puede causar o conducir al uso inapropiado de un medicamento o a un daño al paciente mientras el medicamento está en uso por parte del profesional, del paciente o del consumidor. Estos eventos pueden estar relacionados con la práctica profesional, los productos, procedimientos y sistemas, incluyendo la prescripción, orden, identificación, empaque, nomenclatura, mezclado, dispensación, distribución, administración, educación, monitorización y uso".<sup>xxvii</sup>

**Equipo Administrativo.** Grupo de personas dedicadas a acciones de guía, coordinación y dirección de una institución, orientadas hacia la mejora de sus objetivos y el cumplimiento de sus fines.

**Equipo de Salud o asistencial.** Grupo de personas del sector salud que realizan diferentes aportes con una metodología compartida, de cara a un objetivo común centrado en el diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la salud, así como las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; donde cada miembro tiene claramente asumidas sus propias funciones y los intereses comunes, y todos los miembros comparten la responsabilidad de los resultados.

**Estándar.** Expresiones desarrolladas profesionalmente de los rangos de variaciones aceptables de una norma o criterio. Hay diferentes tipos de estándares de acuerdo hacia dónde estén dirigidos, ya sea, hacia la estructura, el proceso o el resultado. Los estándares de estructura se refieren a los recursos disponibles para la atención de salud y la forma de disposición de los mismos (personas y los recursos financieros y físicos), los estándares de procesos se refieren a los hechos e intercambios en el paciente durante la atención de salud y, los estándares de resultado, se refieren a los cambios en el estado de salud del paciente y a su satisfacción con la atención.<sup>xxviii</sup>

**Estandarización.** Actividad sistemática de una organización para establecer y utilizar estándares.

**Estrategia.** Medios o caminos escogidos (necesarios) para alcanzar posiciones futuras favorables (metas) con relación a otros competidores en determinado mercado. Camino que ha de seguir por la organización para garantizar su supervivencia en el largo plazo.

**Estructura.** Aspectos de evaluación que se refieren a un conjunto de recursos y personas que permiten dar la atención de salud y la forma como ellos se organizan.

**Evaluación.** Emisión de un juicio al compararlo lo que debería ser con lo que es a través de indicadores y de estándares cuando se miden.

**Evento adverso.** Una lesión o daño no intencional al paciente, causado por la administración de los cuidados en salud más que al proceso patológico, que conduce a una hospitalización, a la prolongación de la estancia hospitalaria, a una morbilidad al momento del egreso o a la muerte.

**Evento Adverso Medicamentoso (EAM).**

- “La ocurrencia adversa después de la exposición a un medicamento que no es necesariamente causado por el medicamento mismo”[1].<sup>xxix</sup>
- “Una lesión, grande o pequeña, causada por el uso de un medicamento. Esto puede ser inofensivo, tal como un rash, o tan serio como la muerte por una sobredosis. Existen dos tipos de EAM: aquellos causados por un error y aquellos que ocurren a pesar de un uso apropiado”[2].<sup>xxx</sup>

**Evento Adverso Negligente.** Subcategoría de evento adverso prevenible que satisface los criterios legales usados para definir negligencia

**Evento adverso no prevenible.** Una lesión o daño no intencional e inesperado en el paciente, que normalmente ocurre cuando es administrado un medicamento o tecnología en dosis adecuada y para la patología adecuada.

**Evento adverso potencial.** Evento o situación que pudo haber resultado en un accidente, lesión o complicación pero que no ocurrió, bien sea debido al azar o por una intervención oportuna.

**Examen Clínico y Diagnóstico.** En un continuo de atención del usuario, hace parte de su valoración para determinar el plan de cuidados posteriores que se le deben ser practicar, al igual que la definición de las posibles causas que alteran el estado de salud del paciente

**Exámenes Diagnósticos.** Pruebas y técnicas realizadas en las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de contribuir a la investigación y esclarecimiento de las características y circunstancias del estado de salud de los usuarios y sus patologías (incluye exámenes de laboratorio clínico, patológico, inmunológico, genético, biológico, electrofisiológico, oftalmológico, auditivo, etc.; así como también pruebas imagenológicas invasivas y no invasivas.

## F

**Factores críticos.** Son aquellos aspectos de los que depende fuertemente el cumplimiento de los objetivos de un sistema o proceso.

**Fallas Activas.** Errores resultantes de las decisiones y acciones de las personas que participan en un el proceso.

**Fallas Latentes.** Fallas en los sistemas de soporte. Ej. Regulaciones, mantenimiento

**Ficha Técnica.** Documento de carácter técnico que soporta y estandariza al interior de la organización los aspectos básicos de cada uno de los indicadores. Esta Ficha Técnica incluye la conceptualización y referencia bibliográfica importante del indicador incluyendo sus ventajas y limitaciones, el uso que la organización pretende darle, la forma de estandarización, la cual comprende las fuentes de recolección de la información, los responsables de la misma,

los datos necesarios para conformar el numerador y el denominador y la fórmula de construcción del indicador. Adicionalmente se incluye en la Ficha Técnica la periodicidad de medición.

**Fortalezas.** Son mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno, los cuales pueden deberse a un elevado dominio de funciones o procesos, o pueden resultar de aspectos tradicionales del día a día de la organización.



**Garantía de Calidad.** Todo aquello que realizan los individuos para mantener, mejorar la calidad.<sup>xxxI</sup>

**Gerencia de la Cultura.** Toda acción deliberada y planificada que busca crear, evolucionar y/o fortalecer los rasgos culturales deseables de una organización.

**Gerencia del Día a Día.** Acciones y verificaciones diarias realizadas, para que cada persona pueda asumir las responsabilidades en el cumplimiento de las obligaciones atribuidas a cada individuo y a cada organización.

Busca definir, mantener y mejorar los procesos repetitivos, a través de la implementación del ciclo de Gerencia Básica (PHVA). Los procesos repetitivos representan el 95% o más en las organizaciones. Elimina y/o bloquea las causas fundamentales de los problemas, logra predicibilidad sobre los procesos, mantienen los niveles alcanzados y los mejora. Posibilita que la alta dirección disponga de más tiempo para pensar en el futuro y el mercado de la organización.<sup>xxxII</sup>

**Gestión de la Calidad.** Conjunto de acciones sistematizadas y continuas dirigidas a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementan los riesgos a los pacientes a través de monitoría, evaluación, diseño, desarrollo y cambio organizacional.

**Gestión Integral por Calidad.** Forma de pensamiento gerencial estructurado, que tiene como propósito que una organización se desarrolle de manera integral y armónica, entendiéndolo por ello, que se logre el mayor beneficio y satisfacción para sus usuarios y clientes, para sus empleados, para sus dueños o dolientes, y para la sociedad en general.

Las dimensiones de la gestión integral por calidad son: direccionamiento estratégico, gerencia del día a día y transformación de la cultura.

**Guías de Práctica Clínica.** Las guías de manejo clínico basadas en evidencia científica son recomendaciones desarrolladas de manera sistemática que buscan ayudar al médico y al paciente en decisiones sobre el cuidado apropiado en salud en circunstancias clínicas específicas.<sup>xxxIII</sup> Las guías de manejo clínico han sido promovidas como una estrategia para apoyar las decisiones clínicas, buscando mejorar la efectividad y optimizar costos de los servicios de salud. Promueven una apreciación más explícita de los determinantes de la toma de decisiones clínicas<sup>xxxIV</sup> y facilitan la estandarización y evaluación de la calidad de la práctica médica mediante parámetros confiables y científicamente sólidos.

## H

**Historia Clínica.** Informe recopilado por médicos y otros profesionales de la salud de una variedad de información del paciente, como de los resultados de la evaluación del paciente, las características del tratamiento y las notas de evolución.<sup>xxxv</sup>

**Historia Clínica Única.** Es la historia clínica de los tratamientos ambulatorios archivada en el mismo lugar de la historia clínica de tratamientos intrahospitalarios hechos al paciente y que es de fácil acceso y consecución. También incluye los resultados de los exámenes clínicos, radiológicos y de laboratorio realizados al paciente.

## I

**Impacto Ambiental.** Efecto o Consecuencia de las acciones de la organización en todo lo que es externo a la misma. El ambiente comprende todo lo físico, biológico, social, cultural, etc., todos los cuales pueden ser influenciados.

**Implementación.** Se refiere a la forma como se lleva a la práctica cotidiana el enfoque, así como a su alcance y extensión dentro de la organización.

Se evalúa su incorporación de acuerdo con la realidad, así como la permanencia en la aplicación del enfoque.

**Incidente.** Suceso que surge en el desarrollo de otro.

**Indicadores.** Se refiere a la información numérica que cuantifica (mide) las dimensiones de entrada, salida y de desempeño de procesos, productos y servicios de la organización como un todo. Estas variables permiten medir, evaluar y comparar, cuantitativamente en el tiempo, su propio comportamiento y su posición relativa respecto de sus similares de otras realidades.

**Indicador de efectividad.** Mide el grado en que el sistema contribuye al logro de los fines para los cuales fue diseñado, así como al desempeño del servicio o de las tareas realizadas.

**Indicador de resultado.** Son los indicadores que muestran los resultados de los procesos.

**Infecciones nosocomiales (u hospitalaria).** Todas las infecciones que se presentan en el hospital, excepto los casos en los que el paciente ingresa con la infección activa o en período de incubación. Infecciones adquiridas en el hospital que no se ponen de manifiesto hasta después del alta. Infecciones entre el personal sanitario.<sup>xxxvi</sup>

**Información.** Grupos de datos interpretados que pueden ayudar a tomar decisiones.

**Innovación.** Mejoramiento, creación organizada de cambios positivos, introducir una novedad en algo.

**Insumos.** Son los recursos humanos, financieros, de infraestructura, materiales, etc., que utilizan una institución para producir servicios.

**Integralidad.** Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general de las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y

recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley.<sup>xxxvii</sup> Papel de coordinación de una organización para que un paciente use una serie de prestadores cuyo trabajo en conjunto sea complementario dentro de un mismo proceso de atención en un punto del tiempo o a lo largo del mismo.<sup>xxxviii</sup>

## L

**Las 5 Eses – (Calidad del ambiente de trabajo).** Método para aplicar los principios y conceptos de la calidad a la mejora de los lugares de trabajo, mediante el desarrollo de comportamientos y hábitos nuevos de clasificar, ordenar, limpiar, aseo interior y autodisciplina.<sup>xxxix</sup>

**Licenciamiento.** Es un proceso de evaluación mediante el cual una entidad, generalmente gubernamental, otorga el permiso a un médico individual o a una organización, para prestar servicios de salud. Se hace la evaluación para asegurar el cumplimiento de unos estándares mínimos, para proteger la salud de los usuarios y la seguridad pública. Esta evaluación se puede repetir de forma periódica para que el prestador pueda continuar con sus funciones.

**Liderazgo.** Se ocupa del cambio, se deben crear redes de personas y relaciones que puedan llevar a cabo un programa y después tratar de que esas personas hagan realmente el trabajo. Quienes son líderes empiezan por fijar una orientación: una visión del futuro junto con las estrategias que permitan introducir los cambios necesarios para alcanzar esa visión; comunican la nueva orientación a la persona que puedan formar coaliciones, comprendan la visión y se comprometan a alcanzarla y finalmente generan la motivación e inspiración; consiguiendo que las personas avancen en la dirección adecuada, a pesar de los grandes obstáculos que dificultan el cambio, apelando a las necesidades, emociones y valores humanos básicos, que tantas veces se desaprovechan.<sup>xl</sup>

## M

**Managing Managed Care.** Ir a. <http://books.nap.edu/books/030905642X/html/255.html#pagetop>

**Medidas de resultado (Outcome Measures).** Son las herramientas o indicadores para evaluar el impacto real de las acciones de la institución. Una medida de resultado es un medio para la comparación cuantificada entre el resultado real y el esperado.

Los criterios para seleccionar medidas de resultados basadas en los pacientes son los siguientes:<sup>xli</sup>

- ❖ Adecuación (Appropriateness)– requiere que el investigador considere la concordancia entre un instrumento y el propósito específico.
- ❖ Confiabilidad (Reliability) – requiere que el instrumento sea reproducible e internamente consistente.
- ❖ Validez (Validity) –se refiere a la característica de un instrumento de medir lo que se propone medir
- ❖ Sensibilidad (Responsiveness) – característica de un instrumento de reflejar los cambios de importancia en los pacientes

- ❖ Precisión – se refiere a los números y precisión de las diferencias detectadas por un instrumento.
- ❖ Interpretabilidad – se refiere al significado que tiene la calificación obtenida con un instrumento
- ❖ Aceptabilidad – tiene en cuenta la aceptación de los responsables para diligenciar el instrumento
- ❖ Factibilidad – se relaciona con el grado de esfuerzo, trabajo e interrupción del grupo de trabajo y de la atención que resultan del uso de un instrumento.

**Mejoramiento Continuo de la Calidad.** Filosofía organizacional que busca llenar las necesidades del cliente y exceder sus expectativas con un mínimo de esfuerzos, reprocesos y desperdicios, utilizando un proceso estructurado que identifique y mejore selectivamente todos los aspectos de la atención y el servicio de manera continua. (Donald Berwick)

**Mejoramiento Continuo de Procesos.** Se refiere a actividades dirigidas a elevar los actuales estándares, significa pequeños mejoramientos como resultado de esfuerzos continuos

**Mercado.** Conjunto de consumidores potenciales de un producto o servicio.

**Meta.** Es un resultado bien definido, que se pretende alcanzar en el futuro; está compuesta por tres partes: objetivo, valor y plazo.

**Misión.** Razón de existencia de la empresa que expresa su compromiso y deber para con la sociedad y traza una línea común que une los programas y las actividades de una entidad.<sup>XLII</sup>

**Monitoreo.** Se refiere a la vigilancia constante y la medición sistemática de un fenómeno, se utiliza para detectar tempranamente cualquier alejamiento del buen manejo o estándar del proceso y su corrección inmediata. Se utilizan criterios explícitos para temas considerados como importantes, esenciales o básicos, manejados en condiciones específicas.

## N

**Nivel.** Grado alcanzado por una magnitud en comparación con un valor que se toma como referencia. En este caso se refiere a los resultados obtenidos en relación con los resultados de los líderes, los objetivos y las metas fijadas.

## O

**Oportunidad.** Dimensión de la actuación referente a la manera en que se presta la asistencia o se realiza una intervención en el paciente en el momento más beneficioso o necesario.<sup>XLIII</sup>

**Oportunidades de mejoramiento.** Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados.

**Organización.** Es un conjunto de personas que trabajan juntas es una estructura más o menos determinada con unos recursos, para lograr un fin común.



**Pares, revisión por.** Evaluación de la actuación de un profesional realizada por un compañero de profesión.

**Personal.** Funcionarios que laboran en o para la organización. Incluye a los profesionales de la salud, a los profesionales de áreas diferentes de la salud y a los demás trabajadores no profesionales de cualquier nivel.

**Pertinencia.** Cualidad de lo que exactamente conviene o corresponde al objetivo que se trate.<sup>XLIV</sup>

**Planeación de la Atención y del Tratamiento.** Mecanismo utilizado para definir las actividades a ser realizadas en la prestación de los servicios para obtener el resultado deseado. En la planificación de la atención y el tratamiento se debe tener en cuenta que ésta utilice como insumo guías de manejo clínico, que lo planeado sea acorde con el diagnóstico y que se establezcan las actividades para disponer de los insumos técnicos y logísticos en el tiempo y lugar requeridos para la prestación del servicio.

**Política.** Es una meta y las medidas prioritarias suficientes para conseguir esta meta. Política = Meta + Medida.

Una política está compuesta por: un fin (que) (expresión específica de la meta prioritaria que se pretende lograr (debe ser medible). Uno o varios medios (cómo) (estrategias para el logro del fin).<sup>XLV</sup>

**Practica.** Realización de un trabajo con continuidad o repetidamente y tener por ello destreza en él.

**Prevención y Control de Infecciones.** Programa de asistencia en salud de la organización incluyendo normas y procedimientos para la supervisión, prevención y control de la infección. Todos los servicios de asistencia y ayuda al paciente están incluidos en él.

**Principio.** Norma, precepto o regla de conducta. Verdad o idea que sirve de fundamento a otras o a un razonamiento. Ley universal que rige la conducta humana.

**Problemas Relacionados con Medicamentos.** “Circunstancias que involucran el tratamiento medicamentoso de un paciente que interfiere, actual o potencialmente, con el logro de un resultado óptimo”.<sup>XLVI</sup>

**Proceso.** El concepto de proceso puede ser entendido como el conjunto de causas que provocan un o unos efectos.<sup>XLVII</sup> La Joint Commission lo define como una serie de acciones, sucesos, mecanismos, o pasos interrelacionados y orientados hacia un objetivo.<sup>XLVIII</sup> Vicente Falconi lo define como la secuencia de tareas organizadas, repetitivas que producen un resultado (producto/bien/o servicio) predeterminado, y tienen un solo responsable.<sup>XLIX</sup>

**Procesos claves.** Se refiere a los procesos esenciales para el funcionamiento de la organización en todos los niveles (estratégico, táctico y operacional) así como para la consecución de las metas establecidas. Son aquellos que generan las características de producto o servicio que son apreciadas por el cliente.

**Productividad.** Para el profesor Vicente Falconi, la productividad, comúnmente definida como una relación entre el output y el input de un servicio, se entiende como una relación entre el valor producido y valor consumido, o sea entre su calidad y sus costos<sup>4</sup>

A esta definición contribuye Corella<sup>LI</sup> al precisar que el proceso productivo de la atención de salud tiene como output o resultado final el estado de salud incrementado, mantenido, mejorado o rehabilitado, con eficacia y satisfacción del paciente. Las consultas y procedimientos son solo outputs o salidas intermedias, y los inputs o entradas son recursos, camas, equipos, quirófanos, suministros, trabajadores etc.

De esta manera la productividad en salud es una relación entre la calidad y el costo de la atención.

**Producto.** Es la combinación de bienes y/o servicios que se ofrece al mercado para su adquisición, uso o consumo y que satisface una necesidad o un deseo. Corella<sup>LI</sup> precisa que el proceso productivo de la atención de salud tiene como producto output o resultado final el estado de salud incrementado, mantenido, mejorado o rehabilitado, con eficacia y satisfacción del paciente. Las consultas y procedimientos son productos outputs o salidas intermedias, y los inputs o entradas son recursos, camas, equipos, quirófanos, suministros, trabajadores etc.

**Promoción.** Cualquier cambio real en la posición o status dentro de la empresa que suponga un ascenso. Impulso a una determinada acción, y especialmente a una empresa, producto o servicio.

## R

**Reacción Adversa Medicamentosa (RAM).** “Se define como “cualquier respuesta nociva a un medicamento, no intencional, y que ocurre en dosis normalmente usadas en humanos para la profilaxis, el diagnóstico o terapia de una enfermedad”<sup>LI,LI</sup>

**Reclutamiento.** Conjunto de procedimientos que tienden a atraer candidatos potencialmente calificados y capaces de ocupar puestos de trabajo dentro de la organización. Es, por tanto, una actividad positiva de invitación, de incremento de input.<sup>8</sup>

**Reconocimiento.** Son los estímulos económicos o psicosociales que distinguen y promueven el alto desempeño.

**Registro Médico.** Informe compilado por médicos y otros profesionales de la salud acerca de la información de la salud del paciente tal como historia clínica, enfermedad actual, hallazgos del examen, detalles del tratamiento y notas del progreso.

**Resultado (Outcomes).** Efecto y consecuencia de la actuación (o no actuación) de una función o proceso(s).<sup>11</sup> Se refiere a los logros y efectos obtenidos de la aplicación de los enfoques. Se evalúan los niveles de desempeño en los procesos, en función de la realidad de la organización, su comparación con las mejores prácticas, las tendencias a través de los años y la relación de causalidad con respecto al enfoque y la implementación.

**Resultados Adversos.** Efectos o consecuencias no esperados y no deseables de un proceso de atención a un usuario, el cual no es dependiente de la historia natural de la enfermedad.

**Resultados – Administracion De (Outcomes Management).** Es una manera de predecir cómo deben ser los resultados de la atención y de medir luego, cómo están siendo esos resultados. Describe los pacientes

comprehensivamente, de tal manera que es posible determinar si un proceso de atención en particular va a producir resultados significativos y duraderos en los pacientes que lo reciben.<sup>LIV</sup> “Un logro o resultado de un programa o servicio que se refiere al propósito central del programa y es medible.” – Administration on Aging

**Riesgos – Administración De (Management Risk).** Planear, realizar, verificar y retroalimentar todo los procesos que la organización lleva a cabo para contrarrestar la susceptibilidad de un individuo o grupo de personas a la aparición de algún episodio o dolencia previsible que pueden dar lugar a una pérdida, una limitación o un precario estado de salud. Se incluyen los biológicos, relacionados con el medio, con los estilos de vida y con el sistema de cuidados.

## S

**Salud Ocupacional.** Se interesa de la salud de los individuos o los grupos en relación con su trabajo y su ambiente laboral. Incluye la capacidad de los individuos para adaptarse a su actividad laboral y, a su vez, la adaptación del ambiente laboral a los individuos que en él trabajan.

**Seguridad.** Consiste en lograr el mejor equilibrio posible entre los riesgos y los posibles beneficios que se derivan de los servicios prestados. Esta dimensión involucra el control de los riesgos de la atención para el usuario y para terceros.

**Seguridad Industrial.** Conjunto de medidas técnicas, educacionales, médicas, sociológicas empleadas para prevenir accidentes, eliminar las condiciones inseguras del ambiente e instruir o convencer a las personas sobre la implantación de medidas preventivas. Su empleo es indispensable para el desarrollo satisfactorio del trabajo.

**Selección.** Elección del candidato adecuado para el cargo adecuado o, más ampliamente entre los candidatos reclutados, aquellos más adecuados a los cargos existentes en la empresa con miras a mantener o aumentar la eficiencia y el desempeño del personal.

## T

### **Tablero Balanceado de Indicadores (Ver Tablero de Mando)**

**Tablero de Mando.** Sistema de medición que provee a los gerentes la instrumentalización necesaria para navegar con éxito en el futuro competitivo al traducir la misión en estrategias, objetivos y medidas tangibles que proveen el marco estratégico para el gerenciamiento del sistema. Las medidas representan un balance entre las medidas externas para accionistas y clientes y las medidas internas de los procesos del negocio críticos, innovación y aprendizaje y crecimiento.

Este sistema de medidas se despliega a los empleados en todos los niveles de la organización

**Tableros de Calidad.** (*Storyboard*). Técnica para presentar gráficamente la metodología usada y el progreso alcanzado por un equipo de acción de proceso. Es una pizarra destinada especialmente para exponer información sobre quienes son los integrantes del equipo y el estado de las actividades de mejoramiento del proyecto.

**Tecnología.** Es el conjunto de conocimientos y medios técnicos aplicados al desarrollo de una actividad. es la aplicación de la ciencia.

**Tendencia.** Es la dirección que toma cualquier fenómeno. dirección de los resultados de un proceso. desde el punto de vista estadístico. es posible observar una tendencia con cinco o más puntos de medición.

**Triage.** Sistema de clasificación de gravedad de los usuarios en los servicios de urgencias, el cual determina la urgencia de la prestación del servicio, al igual que los recursos necesarios para la prestación del servicios. Es un término de origen francés que significa clasificar para definir prioridades.

## U

**Unidad Funcional.** Conjunto organizado de factores o recursos productivos que interactúan de una manera armónica, se encuentran bajo el control de un centro de decisión único y están dedicados a la obtención de productos o resultados concretos.

**Usuario.** Es quién recibe el beneficio pretendido del producto sea o no el comprador del mismo (el paciente)

## V

**Validez (de datos).** Verificación de la corrección de los datos, refleja una situación verdadera.<sup>LV</sup> También se refiere a la característica de un instrumento de medir lo que se propone medir.

**Valor.** Característica agregada al producto o servicio.

**Valor agregado / creado.** Es el conjunto de componentes o características útiles para el cliente, que un proceso incorpora o agrega al producto y/o servicio, que se produce o entrega para ex-ceder los requisitos implícitos y explícitos del cliente.

**Valores de la Organización o valores corporativos.** Principios básicos establecidos por los actuales líderes de la organización y que deben validar las acciones de la empresa en busca de la realización de su visión. Las normas, principios o estándares sociales aceptados o mantenidos por el individuo, clase, sociedad, etc.<sup>LV1</sup>

**Vinculación.** Establecer una unión o un vínculo entre dos partes o personas (el trabajador potencial y el empleador).

**Visión.** Situación prevista para el futuro de la organización, el sueño (meta) de la alta dirección, como ve las situaciones de supervivencia de su empresa después de la definición de los escenarios futuros del mercado y de la competencia.

**Voz del Cliente.** Son un grupo de metodologías y herramientas de gestión, que permite a las instituciones identificar a sus clientes actuales y potenciales sistemáticamente, conocer sus expectativas, traducirlas a procesos operacionales que les permita cumplir con dichas expectativas y establecer un sistema de seguimiento que permita entender a la institución si está cumpliendo con el servicio requerido. Por ejemplo encuestas de satisfacción, sistemas de manejo de quejas y reclamos, paneles de clientes para identificar áreas sensibles, así como sus expectativas y requerimientos, etc.

## Bibliografía

- <sup>I</sup> DONABEDIAN, Avedis. La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación. México : La Prensa Médica Mexicana, 1991.
- <sup>II</sup> ADAY LA, Andersen RM. Equity of Access to Medical Care: A Conceptual and Empirical Overview." En: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Research (eds): Securing Access to Health Care: The Ethical Implications of Differences in the Availability of Health Services. Government Printing Office. Washington DC, 1983.
- <sup>III</sup> ADAY LA, Andersen RM. Fleming GV: Health Care in the U.S.: Equitable for Whom. Sage Publications. Beverly Hills, 1980.
- <sup>IV</sup> ADAY LA, Andersen RM. Fleming GV: Health Care in the U.S.: Equitable for Whom. Sage Publications. Beverly Hills, 1980.
- <sup>V</sup> RUBIO, Santiago. Glosario de Economía de la Salud. Madrid : Díaz de Santos, 1995.
- <sup>VI</sup> FALCONI CAMPOS, Vicente. Gerenciamiento de directrices: Hoshin Kanri. Belo Horizonte : FCO, 1996.
- <sup>VII</sup> ARTÍCULO 14 DEL DECRETO 2174. Agosto de 1996.
- <sup>VIII</sup> ANSI/ASQC. Estándar Q1-1.998 Generic for Auditing of Quality Systems (directrices generales para la auditoría de los sistemas de calidad).
- <sup>IX</sup> NATIONAL HEALTH SERVICE. Clinical Audit in the NHS. Reino Unido, 1996.
- <sup>X</sup> CONSORCIO CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA – CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION – QUALIMED. Proyecto Garantía de Calidad, Componente Auditoría, Informe Final Documento de Proyecto. Bogotá: El autor, Junio de 2001.
- <sup>XI</sup> CONSORCIO CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA – CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION – QUALIMED. Proyecto Garantía de Calidad, Componente Auditoría, Informe Final Documento de Proyecto. Bogotá: El autor, Junio de 2001.
- <sup>XII</sup> BERNILLÓN, A y CERUTTI, O. Implantar y gestionar la calidad total. s.l. : Gestión 2000, 1989.
- <sup>XIII</sup> APQC – American Productivity & Quality Center. Corporación Calidad. 2000.
- <sup>XIV</sup> DONABEDIAN, Avedis. Garantía de Calidad Quién es responsable? Calidad de la Atención en Salud. Volumen 3 Números 1 y 2. Junio de 1.996.
- <sup>XV</sup> [x] PALMER R.H. Evaluación de la Asistencia Ambulatoria. Principios y Práctica, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1989.
- <sup>XVI</sup> ROONEY A., Van Ostenberg P. Acreditación y certificación: enfoques para la evaluación y administración de calidad en los servicios de salud. Proyecto Garantía de Calidad Center for Human Services, 1999.
- <sup>XVII</sup> CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION. Quality Improvement and the Client-centred Accreditation Program. 1995.
- <sup>XVIII</sup> KATZ, Bernard. Cómo Gerenciar el Servicio al Cliente. Bogotá : Legis, 1991.
- <sup>XIX</sup> ALVAREZ NEBREDA, Carlos. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios. Madrid : Díaz de Santos, 1998.
- <sup>XX</sup> ALVAREZ NEBREDA, Carlos. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios. Madrid : Díaz de Santos, 1998.
- <sup>XXI</sup> SHEIN, Edgar. La cultura empresarial y el liderazgo. Cultura organizacional. s.l., 1998.
- <sup>XXII</sup> ALVAREZ NEBREDA, Carlos. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios. Madrid : Díaz de Santos, 1998.
- <sup>XXIII</sup> LEY 42 DE 1975.
- <sup>XXIV</sup> FALCONI CAMPOS, Vicente. Gerenciamiento de directrices: Hoshin Kanri. Belo Horizonte : FCO, 1996.
- <sup>XXV</sup> ALVAREZ NEBREDA, Carlos. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios. Madrid : Díaz de Santos, 1998.

- xxvi ALVAREZ NEBREDA, Carlos. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios. Madrid : Díaz de Santos, 1998.
- xxvii VAN DEN BEMT, Patricia et al. Drug related problems in hospitalised patients. Drug Safety. Volume 22(4). 2000, 321-333
- xxviii FALCONI, Vicente. Control de la Calidad Total. Brasil : Bloch Editores, 1994.
- xxix PIRMOHAMED, Munir. Adverse drug reactions. BMJ Volume 316, 25 April 1998.
- xxx PIRMOHAMED, Munir. Breakthrough series collaborative to reduce adverse drug events and medical errors. boston: institute for Healthcare Improvement; 1996.
- xxxi DONABEDIAN, Avedis. Garantía de calidad: ¿Quién es responsable? Calidad de la atención en salud, volumen 3, números 1 y 2, junio de 1996.
- xxxii FUNDACION CHRISTIANO OTTONI. Glosario da qualidade total. Belo Horizonte : FCO, 1994. 74 p.
- xxxiii CHASSIN MR y GALVIN RW, National Roundtable on Health Care Quality. The need to improve the health care quality. JAMA 1998; 280: 1000-5.
- xxxiv COMMITTEE TO ADVISE THE PUBLIC HEALTH SERVICE ON CLINICAL PRACTICE xxxv GUIDELINES, Institute of Medicine. Field MJ, Lohr KN, eds. Clinical Practice Guidelines: Directions of a New Program. Washington D.C.: National Academy Press; 1990.
- xxxv ALVAREZ NEBREDA, Carlos. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios. Madrid : Díaz de Santos, 1998.
- xxxvi ALVAREZ NEBREDA, Carlos. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios. Madrid : Díaz de Santos, 1998.
- xxxvii LEY 100 de 1993. Artículo 2. Principios.
- xxxviii CONSORCIO CENTRO DE GESTIÓN HOSPITALARIA – CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION. Proyecto Garantía de Calidad, Componente Acreditación, Manual de Estándares para Ips. Bogotá . El Autor, Junio de 2001.
- xxxix FUNDACION CHRISTIANO OTTONI. Glosario da qualidade total. Belo Horizonte : FCO, 1994. 74 p
- xl HARVARD BUSINESS REVIEW. Liderazgo. Serie de Libros en rústica de Harvard Business Review. 1.999
- xli HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT 1998. Vol. 2: No. 14
- xlii FUNDACION CHRISTIANO OTTONI. Gerenciamiento por directrices: Hoshin Kanri. Universidad federal de minsas Gerais Escola de Engenharia, 1996.
- xliiii ALVAREZ NEBREDA, Carlos. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios. Madrid : Díaz de Santos, 1998.
- xliv ALVAREZ NEBREDA, Carlos. Glosario de Términos para la Administración y Gestión de los Servicios Sanitarios. Editorial Díaz de Santos Madrid España 1998
- xlv FUNDACION CHRISTIANO OTTONI. Gerenciamiento por directrices: Hoshin Kanri. Universidad federal de minsas Gerais Escola de Engenharia, 1996.
- xlvi VAN DEN BEMT, Patricia et al. Drug related problems in hospitalised patients. Drug
- xlvii FALCONI CAMPOS, Vicente. Controle da qualida de total (no estilo japonés). QFC. 2 edición.1992.
- xlviii JOINT COMMISSION. Estándares de Acreditación de Hospitales.1996.
- xlvix FALCONI, Vicente. Gerenciamiento de la rutina del trabajo cotidiano. QFCO.1992.
- l FALCONI, Vicente. Gestión Integral de Calidad. Río de Janeiro : Fundación Christiano Ottoni, 1992.
- li CORELLA, José María. La gestión de servicios de salud. Madrid : Díaz de Santos, 1996.
- lii CORELLA, José María. La gestión de servicios de salud. Madrid : Díaz de Santos, 1996.
- liii WOLD HEALTH ORGANIZATION. International drug monitoring. The role of the hospital. WHO Tech Rep Ser 1969:426:5-24. Citado en Wu (2000)
- liv INTERSTUDY
- lv ALVAREZ NEBREDA, Carlos. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios. Madrid : Díaz de Santos, 1998.
- lvi FUNDACION CHRISTIANO OTTONI. Glosario da qualidade total. Belo Horizonte : FCO, 1994. 74 p.