

GARANTIA DE LA CALIDAD

POR:

**CLAUDIA PATRICIA PATIÑO VALENCIA
ELIZABETH POSADA VASQUEZ**

**ASESORA
AMPARO RUEDA**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE POSTGRADOS EN SALUD PÚBLICA
POSTGRADO EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 37
MEDELLÍN – ANTIOQUIA**

2007

GARANTIA DE CALIDAD

El concepto de garantía de calidad, significa asegurar que las condiciones bajo las cuales se brinda la atención de la salud permitan que la población reciba el máximo beneficio con el menor riesgo y a un costo razonable.

Implica el diseño por parte de las Instituciones de Salud, de acciones organizadas con parámetros de calidad preestablecidos como punto de partida para el mejoramiento tanto de los procesos asistenciales como administrativos; requiere la sensibilización de los colaboradores, el despliegue, la ejecución y el registro de las actividades planeadas, un proceso sistemático y continuo de evaluación de las condiciones bajo las cuales se proporciona la atención en salud, la implementación de acciones para prevenir y/o resolver oportunamente las situaciones que puedan afectar de manera negativa la calidad esperada por los usuarios, impedir el logro de los mayores beneficios o incrementar los riesgos para el paciente, un seguimiento periódico del desempeño orientado al mejoramiento continuo y el aprendizaje de la Organización para mantener y mejorar los estándares de calidad alcanzados .

DESARROLLO HISTÓRICO DE LA GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD

En la historia de la Garantía de la Calidad en Salud, existen múltiples Sistemas desarrollados a nivel mundial como EE.UU., Canadá, México, España, Francia, Inglaterra, Nueva Zelanda, Australia, entre otros, y la evidencia de sus logros sirvió de referencia para el caso Colombiano.

La Joint Commission for Accreditation of Hospitals (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones Prestadoras de Servicios de Salud), fue creada en 1951, por el Colegio Americano de Cirujanos (ACS) como una comisión independiente para la acreditación, patrocinada no solamente por el ACS, sino también por el Colegio Americano de Clínicos, la Asociación Americana de Hospitales y la Asociación Médica Canadiense. Esta última creó su propio Consejo Canadiense para la Acreditación de Hospitales en 1959.

El Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud (Canadian Council on Health Services Accreditation), ha aplicado el sistema de acreditación en Canadá por más de 50 años y con base en su experiencia, ha apoyado y orientado a otros países que han tenido la iniciativa de desarrollar procesos de mejoramiento de la calidad en sus instituciones, utilizando estándares basados en la filosofía de la atención centrada en el cliente y en el mejoramiento continuo de la calidad.

En 1966, el Dr. Avedis. Donabedian, expone la metodología de evaluación de la atención médica y por primera vez, publica un marco para el desarrollo de la Garantía de Calidad como disciplina estableciendo tres niveles de análisis de la atención: estructura, proceso y resultados.

En 1971, define la garantía de calidad como "... una actividad formalmente organizada cuya función es obtener información respecto al desempeño en la búsqueda de calidad, la interpretación de tal información, el traspaso de los hallazgos a los responsables de tomar

las decisiones apropiadas, y cuando la acción es tomada, la verificación de sus resultados”

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Colombiano fue desarrollado por el Consorcio Centro de Gestión Hospitalaria, Consejo Canadiense para la Acreditación y Qualimed de México, a través de un concurso de méritos internacional en el Proyecto BID- Ministerio de Salud. En el año 2002, se expidió en Colombia el decreto 2309 modificado posteriormente por el decreto 1011 del 3 de abril de 2006 , por el cual se definió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud dirigiendo el principal esfuerzo a garantizar la calidad.

El Sistema Colombiano, es entendido como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y desarrollar la calidad de los servicios de salud en el país”.

Los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Pre pagada y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud tienen el compromiso de desarrollar e implementar este sistema, centrado en el usuario y orientado al mejoramiento continuo para brindar una atención en salud con altos estándares de calidad.

Incluye los siguientes componentes:

- **SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN:** Reglamentado mediante la Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de Protección Social y sus anexos técnicos. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para que los Prestadores y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios puedan ingresar y permanecer en el Sistema de Salud.
- **AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD:** Es el conjunto de actividades definidas en las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, expedidas por el Ministerio de Protección Social, para evaluar, hacer seguimiento y mejoramiento de los procesos en 3 niveles de operación: Autocontrol, Auditoría interna y Auditoría externa.
- **SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN:** Reglamentado mediante la Resolución 1445 de 2006 del Ministerio de Protección Social y sus anexos técnicos. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS, EPS, ARS y Prepagadas, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.
- **SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD:** Tiene por objeto estimular, con base en hechos y datos, la sana competencia por la calidad entre las Instituciones de Salud y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema para que puedan tomar decisiones informadas. Fue reglamentado en la Resolución 1446 de 2006 del Ministerio de Protección Social. Así mismo, la Circular 030 de 2006 de la Superintendencia de Salud, dio instrucciones en materia de indicadores de

calidad para que tanto las IPS como las EPS, cualquiera que sea su naturaleza jurídica y el régimen de salud que administren, incluyendo las Empresas de Medicina Prepagada.

puedan evaluar la calidad de la atención en salud, según las características definidas en la Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

CARACTERISTICAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD

Para evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, definió las siguientes características:

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. La oferta de servicios en relación con la demanda y el nivel de coordinación que se desarrolle en la institución para gestionar el acceso a ellos son aspectos que influyen en la oportunidad de la atención.
- **Seguridad.** Es la ausencia de lesión o daño en el paciente. Para minimizar el riesgo de que los pacientes sufran un evento adverso en el proceso de atención de salud o mitigar sus consecuencias, las Instituciones de Salud deben implementar un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada.
- **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

De acuerdo con el enfoque de sistemas, el planteamiento de Avedis Donabedian y los componentes del Sistema Obligatorio establecidos en el Decreto 1011 de 2006, la calidad en la atención en salud se logra orientando, integrando y potencializando los esfuerzos en tres dimensiones importantes, así:

La promoción de actividades encaminadas a cumplir con estándares mínimos y obligatorios de **ESTRUCTURA**, requeridos para la producción de los servicios de salud, como aspectos físicos (*instalaciones físicas y dotación de equipos*), personal y calificación del mismo (*recurso humano*), materiales (*medicamentos y dispositivos médicos*), reglas, manuales de procedimientos, estándares, guías, protocolos (*procesos prioritarios asistenciales, referencia y contrarreferencia de pacientes*), registros (*historia clínica y registros asistenciales*), procesos específicos para la evaluación y el control de los riesgos a los que están expuestos los pacientes en la prestación del servicio (*seguimiento a riesgos*), el soporte de otros servicios o productos de apoyo asistencial o

administrativo necesarios para la realización oportuna e integral de las actividades durante la atención (*interdependencia de servicios*), recursos financieros (*suficiencia patrimonial y financiera*), y, las *condiciones técnico administrativas*, establecidos por el Ministerio de Protección Social en la Resolución 1043 de 2006, son el fin de proporcionar al usuario una atención en salud en un ambiente que cumple con los requisitos mínimos de seguridad. (*Sistema Único de Habilitación*).

La ejecución de **PROCESOS DE ATENCION** con estándares de calidad previamente definidos e indicadores para medir su desempeño, analizarlo, identificar la brecha entre lo observado y lo planeado, retroalimentar a los involucrados, implementar acciones que prevengan o corrijan los problemas, hacer el seguimiento respectivo y promover día a día el mejoramiento continuo para el logro de **RESULTADOS** con los estándares esperados, generando el aprendizaje de la organización que permita mantener y mejorar la calidad alcanzada. (*Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud*).

Para garantizar **RESULTADOS OPTIMOS** con mayores beneficios y menores riesgos, satisfacción y adhesión del usuario e impacto en el estado de salud de la población, el Ministerio de Protección Social planteó en la Resolución 1445 de 2006, el desarrollo voluntario de procesos institucionales con criterios y estándares superiores de calidad en el direccionamiento estratégico, la gerencia de las unidades funcionales, la gerencia del recurso humano, la gerencia del sistema de información, la gerencia del ambiente físico, la gestión de tecnología, y un proceso de atención asistencial desde el ingreso hasta el egreso del paciente, que exigen la participación de toda la organización, el respeto a los derechos de los pacientes y su compromiso en el cumplimiento de sus deberes. (*Sistema Único de Acreditación*).

Los resultados de los procesos de atención en salud de las diferentes Instituciones pueden ser conocidos por la población que así lo decida, a través del *Sistema de Información de la Calidad*.

Con este enfoque integral, se debe construir un proceso de Garantía de Calidad que desde el comienzo y en forma permanente exige el compromiso de los directivos compartido con el esfuerzo de todo el personal de la Institución, el cual se refleja en el propósito organizacional, el plan de acción, los procedimientos operativos y sus resultados.

PROCESO DE GARANTIA DE CALIDAD

OBJETIVO:

Generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud, mediante el diseño, desarrollo e implementación de procesos con altos estándares de calidad preestablecidos y en un entorno seguro, la evaluación de sus resultados, la identificación de las fortalezas y las oportunidades de mejora, retroalimentando a todo el personal involucrado, estableciendo y haciendo seguimiento a las acciones de mejora concertadas, estandarizando los cambios obtenidos y entrenando al personal en las buenas prácticas ya probadas, para el aprendizaje de la organización y el mantenimiento de los estándares alcanzados para proteger la vida y garantizar la salud de la población.

ALCANCE:

Incluye la identificación de los Clientes de la Organización, sus necesidades y expectativas, la concertación de los parámetros de calidad esperada, las actividades para el diseño y la promoción de una atención en salud centrada en el usuario y orientada al mejoramiento continuo, enmarcadas en el concepto de garantía de calidad, la definición de líneas de responsabilidad y autoridad, estrategias de ejecución, evaluación e identificación de brechas entre el desempeño real y los resultados esperados, el análisis de las fallas u oportunidades de mejora encontradas y la adopción de acciones para bloquear las causas de las desviaciones detectadas con relación a los referentes preestablecidos y fortalecer el desempeño, seguidos de una nueva medición para determinar si se ha logrado o no la mejora continua.

Aplica para todos los actores del sector salud que tienen a su cargo el desarrollo de las actividades que garantizan el cumplimiento de las condiciones del Sistema Único de Habilitación, los lineamientos y el desarrollo de la Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad. Las políticas, los procesos y procedimientos para garantizar la calidad deben comenzar desde la alta dirección y desplegarse hacia abajo en la estructura organizacional.

Se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve, se concentra en procesos, utiliza información para analizarlos y aplicar un método sistemático para la identificación y solución de problemas y exige un enfoque de trabajo en equipo.

LIDER DEL PROCESO: Órganos Directivos de la Institución

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad. Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud. Expedido por el Ministerio de la Protección Social. 2006.
2. Decreto reglamentario 1011 de 2006.Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
3. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en atención en salud. Expedido por el Ministerio de Protección Social. 2007.
4. Revista de Calidad asistencial. Suplemento número 1, volumen 16. 2001. Págs. 6 27
5. Kerguelén, Carlos. CALIDAD EN SALUD ¿...Qué es...?.Editorial Centro de Gestión Hospitalaria.2005. Págs. 3 45.
6. <http://www.cqh.org.co/calidad/calidad.htm>. Acreditación.
7. <http://www.saludcapital.gov.co/secsalud/navleft/garantiadecalidad/sistemaobligatorio.html>. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
8. <http://www.monografias.com/trabajos3/controlcalidad/controlcalidad.shtml>. Curso de Auditoría y Garantía de la Calidad.
9. <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/cursoauditoriacalidad.htm>. Curso de Auditoría y Garantía de la Calidad.
10. <http://www.monografias.com>. Mejoramiento Continuo.

ACTIVIDADES PARA EL DISEÑO, DESARROLLO, IMPLEMENTACION, EVALUACION Y MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE GARANTIA DE CALIDAD EN UNA INSTITUCION DE SALUD

CICLO PHVA	QUE	CÓMO	PARA QUE
<p>1. PLANIFICAR LA CALIDAD</p> 	<p><i>Diseñar el proceso con las acciones que va a realizar la Organización en el Programa de Garantía de Calidad</i></p>	<p><i>Estableciendo las estrategias y fijando normas y especificaciones de calidad esperada.</i></p>	<p><i>Para el logro de las acciones definidas</i></p>
	<p>1.1 Determinar la Gestión Integral por Calidad como el Modelo Organizacional</p>	<p>Considerando el Direccionamiento Estratégico, la Gerencia de Procesos y la Construcción de una Cultura de Calidad como elementos básicos a trabajar.</p>	<p>Para garantizar el rumbo que debe tomar la organización y las estrategias o acciones en pro de procesos con calidad para lograr los grandes propósitos de la Institución</p>
	<p>1.2 Establecer el Mejoramiento Continuo como un factor relevante dentro del Direccionamiento Estratégico.</p>	<p>Haciendo explícita en la misión y visión la calidad como factor en el cual la organización debe enfocar sus esfuerzos y la mejora continua como factor clave de éxito en su gestión.</p>	<p>Para generar valor agregado dentro de toda la organización.</p>
	<p>1.3 Identificar los Clientes Internos y Externos de la Organización</p>	<p>Teniendo en cuenta los productos y servicios que ofrece la organización</p>	<p>Para identificar sus necesidades y expectativas con la Institución</p>
	<p>1.4 Contar con mecanismos para conocer e identificar las necesidades y expectativas presentes y futuras de sus diferentes clientes</p>	<p>Utilizando la herramienta Matriz de Desdoblamiento de la Calidad establecida en las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud</p>	<p>Para convertir las necesidades de los Clientes en atributos de calidad de los productos y servicios ofrecidos, así como los mecanismos orientados a dar respuesta a los requerimientos del cliente y a generar indicadores que den cuenta del nivel de satisfacción de los Clientes.</p>

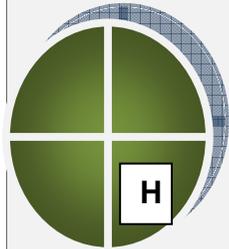
	1.5 Definir el propósito y la visión del esfuerzo de garantía de calidad	Formulando la política de calidad, los objetivos claros y metas relacionadas	Para promover el compromiso con la calidad, guiar la ejecución diaria de los procesos y el comportamiento de los funcionarios de la Institución.
	1.6 Conformar el Comité de Calidad.	Escogiendo un equipo interdisciplinario organizacional capacitado en conceptos y metodologías de mejoramiento continuo de calidad	Para apoyar a los Órganos Directivos en el liderazgo e implementación del Proceso de Garantía de Calidad, sensibilizar y suministrar asistencia técnica a los equipos, trabajar con el personal e involucrarlo en el proceso institucional, facilitar la comunicación sobre temas de Garantía de Calidad entre la administración de alto nivel y el personal, hacerle seguimiento periódico al proceso y reportar directamente a los órganos de dirección.
	1.7 Definir los procesos y procedimientos a desarrollar en el marco del SGSSS para cumplir con las condiciones del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación, Sistema de Información para la Calidad.	Establecer parámetros y unificar criterios en materia de calidad	Ser coherente con el desarrollo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad definido por el Ministerio de la Protección Social.
	1.8 Asignar recursos para el desarrollo del proceso de Garantía de Calidad	Considerando los requerimientos de la fase del diseño	Para que el proceso de garantía de calidad llegue a ser una parte permanente de una organización de atención de salud.

	<p>1.9 Caracterizar los procesos con estándares y criterios específicos de calidad esperada, enmarcados dentro del enfoque de Gestión Integral por Calidad e involucrando las exigencias del SOGC</p>	<p>Estableciendo los estándares de estructura en donde se presta el servicio, teniendo en cuenta los requerimientos establecidos en los estándares del Sistema Único de Habilitación.</p>	<p>Establecer parámetros de comparación entre la calidad observada y la esperada que se emplearán para medir el desempeño institucional con el fin de impactar en la mejora de las condiciones de salud para la población, con el menor riesgo posible.</p>
		<p>Definiendo la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (guías, normas técnicas, manuales, sistema único de acreditación)</p>	
<p>Fijando indicadores y metas según el Sistema de Información de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación.</p>			
	<p>1.10 Diseñar y desarrollar el Sistema de Información con la participación del personal a todos los niveles</p>	<p>Identificando las necesidades de información de los diferentes clientes de la organización.</p>	<p>Garantizar la información con datos y hechos para evaluar los procesos prioritarios, identificar posibles problemas o fallas de calidad y tomar decisiones informadas.</p> <p>Responder a las necesidades de información de todos los Clientes de la Organización incluido el Estado.</p>
		<p>Definiendo la información que se va a utilizar en los diversos niveles del sistema</p>	
		<p>Seleccionando los indicadores a utilizar para vigilar la calidad o lo propio de las actividades administrativas o clínicas de importancia.</p>	
		<p>Seleccionando las fuentes de información</p>	

		Definiendo los responsables recoger y compilar la información, fijar la frecuencia de la recolección y crear un mecanismo y un plan para informar los resultados a las partes interesadas.	
		Revisando periódicamente el enfoque que se da al Sistema de Información	
	1.11 Definir las responsabilidades del personal que participa en el desarrollo de los Procesos.	Asignando las actividades que debe realizar en los procesos de la Organización y los estándares de calidad que debe cumplir tanto en los procesos como en el ambiente en donde los desarrolla.	Garantizar una responsabilidad compartida entre todos los miembros de la organización para mejorar continuamente la calidad.
	1.12 Elaborar el plan para Sensibilizar, capacitar y entrenar a los Clientes Internos en las técnicas de garantía de calidad.	Definiendo los temas y estrategias teniendo en cuenta las diferentes necesidades del personal, responsables, estrategias, cronograma y lugares en donde se va a realizar la capacitación sobre garantía de calidad a todo el personal de la Institución	Desarrollar las competencias en el personal para crear cultura de calidad en la institución y contribuir al logro de los altos estándares de calidad esperada.
	1.13 Elaborar el plan de comunicaciones frente al proceso de mejoramiento continuo de la calidad	Definiendo los canales, las estrategias y los recursos para entregar información al Cliente Interno y Externo	Involucrar activamente a los Órganos Directivos en la toma de decisiones y generación de recursos para la implementación de las acciones planeadas, a todo el personal de la Institución y a los usuarios, para el logro de procesos de atención en salud, con altos estándares de calidad.

	1.14 Definir la metodología de evaluación del Sistema de Garantía de Calidad	Teniendo en cuenta el mecanismo de verificación de los estándares establecidos en el Sistema Único de Habilitación	Obtener la información requerida para monitorear los resultados, identificar fortalezas y oportunidades de mejoramiento, seleccionar procesos por mejorar, definir prioridades y trazar un plan de mejoramiento
		Siguiendo la ruta crítica del Sistema de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud iniciando con la auto evaluación de los procesos y teniendo como referente los altos estándares del Sistema Único de Acreditación	
		Determinando las técnicas de auditoria que deben aplicarse en la medición del desempeño de los procesos.	
		Diseñando el formato para el registro del Plan de Auditoria, sus objetivos y alcances, los papeles de trabajo o formatos de registros para consignar la información que se pretende obtener, las conclusiones, Análisis y recomendaciones.	
		Elaborando el cronograma de la ejecución de las Auditorias.	
	Definiendo criterios que garanticen la evaluación por pares.		
	1.15 Definir la metodología para retroalimentar a la Institución.	Determinando las estrategias para comunicar a los responsables del proceso, los resultados de la auditoria	Seguir fortaleciendo la cultura del autocontrol

	1.16 Definir la metodología para el análisis y solución de los problemas encontrados	Metodología de análisis y solución de problemas, herramientas para recoger y desplegar datos y visualizar mejoramientos .	Analizar los problemas identificados, evaluar y priorizar las posibles causas que determinan el no logro de los resultados esperados.
	1.17 Estructurar la metodología para establecer el Plan de Mejoramiento de los procesos	Estructura el formato para registrar el Plan de Mejoramiento-Matriz 5 W1H (qué, quién, cuándo, dónde, por qué o para qué y como), que debe complementarse con indicadores	Registrar las acciones que se planean para bloquear las causas de los problemas u oportunidades de mejora identificadas y el seguimiento regular
	1.18 Establecer la metodología para hacer seguimiento y evaluación al plan de mejoramiento de la estructura y los procesos	Con enfoque sistémico, siguiendo las pautas de auditoria, mediante mecanismos como el informe de tres generaciones (actividades planeadas, realizadas y propuesta para las pendientes por realizar)	Monitorear y asegurar el cumplimiento de la(s) meta(s) planeadas(s).
		Mediante los Comités de obligatoria existencia en la Institución, por estar normados por el Ministerio de la Protección de Social o por la Superintendencia de Salud.	
	1.19 Establecer la metodología para generar aprendizaje organizacional	Estandarizando y documentado el proceso con los cambios ya probados, capacitando y entrenando al grupo de trabajo para su homologación , continuando las mediciones del desempeño de los procesos ya mejorados	Mantener la calidad alcanzada en los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo.

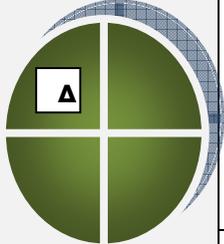


<p>2. EJECUTAR LAS ACTIVIDADES PARA GARANTIZAR LA CALIDAD</p>	<p><i>Desplegar, hacer las actividades planeadas y registrar las ejecutadas</i></p>	<p><i>Mediante una comunicación clara y fácil de ser comprendida por el Cliente Interno y Externo, implementando el plan establecido y dejando registros de las actividades ejecutadas.</i></p>	<p><i>Lograr que todos los Clientes Internos y Externos se involucren en la ejecución de las actividades que garanticen la calidad y seguridad del paciente y/o su familia.</i></p>
	<p>2.1 Implementar mecanismos de coordinación para el desarrollo en las actividades del Sistema de Garantía de Calidad</p>	<p>Mediante acciones lideradas por el Comité de Calidad de la Institución, enfocadas a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento de estándares mínimos de calidad contenidos en las condiciones básicas de suficiencia patrimonial y financiera, técnico administrativa y técnico científica. • Implementación de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud • Implementación del Sistema de Información de la Calidad • Promoción y apoyo del mejoramiento de la calidad a niveles superiores 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplir con la estructura mínima para ingresar como Institución de Salud en el SGSSS. • Garantizar procesos con calidad, centrados en el Cliente (Usuario) y orientados al mejoramiento continuo • Estimular la sana competencia entre prestadores e informar al usuario • Lograr instituciones de salud acreditadas con procesos de excelente calidad que protejan la vida y la salud de la población.
	<p>2.2 Implementar los mecanismos de comunicación clara y concreta y sensibilizar a Clientes Internos y Externos de la Institución en los temas requeridos para la</p>	<p>Presentando en qué consiste, cuáles son los beneficios, qué se espera de todo el personal y qué se necesita para que conozca cuál es su compromiso y responsabilidad y cada día adquiera actitudes positivas, hábitos de trabajo</p>	<p>Comprender cómo su trabajo cotidiano se relaciona con la mejora de calidad</p>

	implementación del Sistema de Garantía de la Calidad		
2.3	Capacitar y entrenar al Cliente Interno en las actividades que le corresponden durante el desempeño de los procesos	Con procesos documentados y estandarizados con altos estándares de calidad y los indicadores para su seguimiento, alineados con el Direccionamiento Estratégico de la Institución	Lograr su participación en el desarrollo de los procesos con la calidad de la atención esperada, siguiendo las directrices de la Alta Dirección, asegurar la continuidad de las actividades de garantía de calidad y poder rendir cuentas al respecto
2.4	Capacitar y entrenar al Cliente Externo (paciente y/o familia) en las responsabilidades que le corresponden en el desarrollo de los procesos de atención	Con procesos documentados y estandarizados con altos estándares de calidad, en lo que le corresponde al Cliente Externo (paciente y/o familia), y los indicadores para su seguimiento	Involucrarlos en la participación de las actividades que le competen para el logro de una atención con calidad.
2.5	Realizar la auto evaluación de los estándares del Sistema Único de Habilitación y los ajustes de estructura requeridos	Comparando la calidad de la estructura en donde se presta el servicio contra referentes mínimos de calidad esperada, establecidos en la Resolución 1043 de 2006. Realizando los ajustes a la estructura que garantice un ambiente propicio para la prestación del servicio	Hacer el diagnóstico del estado de la estructura, identificar las oportunidades de mejora, hacer los ajustes correspondientes para lograr del Ente Territorial, la certificación del cumplimiento de los estándares del Sistema Único de Habilitación y el ingreso en el SGSSS porque garantizan las condiciones básicas de seguridad para la atención del paciente.

	2.6 Implementar los procesos con los estándares de calidad esperada	Realizando las actividades que le competen a cada Cliente, con los estándares de calidad definidas en el proceso estandarizado y documentado y en un entorno seguro	Asegurar y mejorar la calidad de la atención en salud, en el día a día.
	2.7 Implementar el Sistema de Información de la Calidad	Utilizándola efectivamente dentro del Sistema de Garantía de Calidad	Garantizar la validez, sensibilidad, especificidad y confiabilidad de los indicadores de Calidad
	2.8 Elaborar el registro de las actividades desarrolladas	Siguiendo los parámetros establecidos en la caracterización de los procesos	Dejar evidencia del servicio prestado y que después pueda ser evaluado.
	2.9 Establecer el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud	Siguiendo la Ruta Crítica del PAMEC, establecida en las Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, así: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoevaluación de los procesos contra estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud, haciendo la comparación sistemática entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud. ❖ Selección de Procesos ❖ Priorización de procesos ❖ Definición de la Calidad Esperada 	Identificar los procesos prioritarios objeto de la auditoría y definirlos con altos estándares de calidad.
	2.10 Realizar la autoevaluación y evaluación externa de los procesos	Decidiendo en forma voluntaria la utilización de estándares únicos para toda organización, previamente	Promover y apoyar el mejoramiento de la calidad a niveles superiores, con énfasis en el proceso de atención

		conocidos por los evaluados	de los usuarios, enfocando la organización como un todo.
3.VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE CALIDAD EN LOS PROCESOS 	Vigilar la calidad a través de la evaluación del cumplimiento de requisitos a nivel de estructura y procesos	Comparando la calidad observada con la esperada	Es clave en un esfuerzo de garantía de calidad
	Aplicar las técnicas de verificación de las condiciones básicas del Sistema Único de Habilitación	Analizando si el ambiente en donde se desarrollan los procesos de atención cumplen con las condiciones mínimas de seguridad según los estándares establecidos en la Resolución 1043 de 2006	Determinar si el ambiente en donde se desarrollan los procesos de atención en salud cumple con las condiciones mínimas y garantizan seguridad para el usuario y el personal que presta el servicio.
	Aplicar las técnicas de Auditoría seleccionadas y obtener la información que se requiere (informes estadísticos, indicadores, voz del usuario, etc.).	Evaluando las diferentes fuentes.	Debido a que no es posible mejorar algo cuyo comportamiento se desconoce. La evaluación de los procesos y procedimientos realizados es fundamental para identificar las desviaciones de la calidad esperada
		Registrando en los papeles de trabajo la información obtenida.	
		Determinando la necesidad de adquirir información adicional.	
		Verificar la claridad y calidad de la información producto de la aplicación de cada una de las técnicas de Auditoría utilizadas.	
Utilizar las técnicas estadísticas para monitorizar los procesos y los resultados	Analizando la información requerida para la construcción de los indicadores	Identificar problemas u oportunidades de mejora y priorizarlos,	
Identificar y analizar los factores de riesgo que pueden generar eventos adversos	Identificando áreas de prioridad para el	Determinar cómo se deben manejar esos riesgos, intervenirlos para impactar en el SOGG. y garantizar	

		mejoramiento de la calidad.	seguridad para el paciente
	Elaborar el Informe que consigne resultados, conclusiones y recomendaciones que lleven a los resultados esperados	Evidenciando con claridad la necesidad del mejoramiento continuo	Ser analizado por los responsables del proceso para identificar las oportunidades de mejora
4 ASEGURAR LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD 	Elaborar soluciones y medidas de mejora de calidad	Ejecutando y evaluando las actividades de mejora implementadas	Garantizar una atención en salud con altos estándares de calidad.
	Socializar los resultados y los Procesos que deben generar Plan de Mejora y recursos.	Comunicando las fortalezas y oportunidades de mejora y qué implica un Plan de Mejoramiento Continuo Enunciando el problema indicando de qué se trata y cómo se manifiesta	Orientar en dónde se requiere el mejoramiento, cómo se lidera, cuáles son sus responsabilidades como miembros del equipo, qué se espera de el plan y hacia dónde debe dirigirse.
	Analizar y priorizar los problemas así como las causas que los producen.	Estudiando el problema con el equipo de trabajo, mediante la Metodología del MASP (Metodología de análisis y solución de problemas) y las herramientas de calidad pertinentes Llegando a un consenso y fijando prioridades para mejorar la calidad, eligiendo los problemas, en los que concentrará sus esfuerzos de mejora de calidad.	Un enfoque participativo en la identificación de problemas con quienes intervienen en forma directa con los procesos , permite que la calidad del análisis sea superior y es probable que el personal contribuya más en la implementación de las actividades de Garantía de Calidad.

	Soportar al equipo en la formulación del Plan de Mejoramiento.	Utilizando la herramienta 5WH(Qué, quién, cuándo, dónde, Por qué o Para qué y Cómo se va a hacer) así como cuándo se va a hacer el seguimiento.	Saber hacia dónde se debe enfocar la mejora y definir los recursos que pueden necesitarse para implementar el plan y concertar metas.
	Hacer seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejora	Identificando los resultados y los problemas que se han presentado en la ejecución	Establecer propuestas para cumplir con las acciones planeadas.
	Monitorear a través de los indicadores definidos con este fin, si el Plan de Mejora es efectivo	Mediante el análisis de gráficos de tendencia y gráficos de control Dejando el registro del monitoreo en el Formato Informe de tres generaciones	Facilitar la vigilancia del cambio en un proceso a través del tiempo así como las variaciones presentadas y si cumplen con el estándar o meta establecida.
	Generar aprendizaje organizacional	Estandarizando y documentando los cambios en los procesos prioritarios, una vez logrados los resultados esperados. Entrenando al personal para su aplicación Continuando las mediciones del desempeño del proceso	Garantizar el aprendizaje de la Organización y el mantenimiento del Proceso Mejorado