

**DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD (PAMEC) EN
LA IPS ESTETIKA DENTAL**

**POR
MONICA ALEJANDRA LOPEZ TORO
MARIA ISABEL VELASQUEZ JARAMILLO
UNIVERSIDAD CES**

**FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
AUDITORIA EN SALUD
GRUPO 53**

**DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD (PAMEC) EN
LA IPS ESTETIKA DENTAL**

POR

**MONICA ALEJANDRA LOPEZ TORO
MARIA ISABEL VELASQUEZ JARAMILLO**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTAS EN
AUDITORIA EN SALUD**

ASESOR

**DOCTOR CARLOS MARIO TAMAYO
MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD**

**LINEA DE INVESTIGACION “AUDITORIA Y CALIDAD EN SALUD” DEL
GRUPO OBSERVATORIO DE LA SALUD PUBLICA**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
AUDITORIA EN SALUD**

2011

TABLA DE CONTENIDO

1.	RESUMEN	5
2.	ABSTRACT	5
3.	INTRODUCCIÓN	6
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
4.1.	JUSTIFICACION	7
4.2.	FORMULACION DEL PROBLEMA	7
5.	MARCO TEORICO	8
5.1.	MARCO CONCEPTUAL	8
5.1.1.	LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD:	9
5.1.2.	RUTA CRÍTICA DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD.....	10
5.2.	MARCO LEGAL	11
6.	OBJETIVOS	13
7.	GENERAL	13
8.	ESPECIFICOS	13
9.	METODOTOLOGIA	14
10.	DESARROLLO DEL MODELO	15
10.1.	PLANEACION	16
10.2.	AUTOEVALUACION	16
10.3.	DEFINICION DE PROCESOS PRIORITARIOS	32
10.4.	DEFINICION DE CALIDAD ESPERADA	33
10.5.	MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE PROCESOS	33
10.6.	FORMULACION DE PLAN DE MEJORAMIENTO	34
10.7.	EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	34
10.8.	EVALUACION DEL MEJORAMIENTO	35
10.9.	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	35
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla No. 1 – Estándares Asistenciales.....</i>	<i>16</i>
<i>Tabla No. 2 – Estándares de Recurso Humano.....</i>	<i>23</i>
<i>Tabla No. 3 – Estándares Ambiente Físico</i>	<i>26</i>
<i>Tabla No. 5 – Estándares de Direccionamiento</i>	<i>29</i>
<i>Tabla No. 1 – Matriz de Priorización</i>	<i>33</i>
<i>Tabla No. 2 – Herramienta de formulación del plan de mejoramiento.....</i>	<i>34</i>
<i>Tabla No. 3 – Herramienta de seguimiento del plan de mejoramiento.....</i>	<i>34</i>

ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico No. 1 – Modelo del PAMEC.....</i>	<i>15</i>
--	-----------

1. RESUMEN

Se hizo una revisión de la literatura y la normatividad relacionada con el Sistema Obligatorio de garantía de la Calidad en Salud y especialmente con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC). Se analizaron distintas estrategias de mejoramiento organizacional y se discutieron varias herramientas para la aplicación de dichas estrategias en una IPS de las características de Estética dental IPS, teniendo como base conceptual los atributos de calidad aplicables a dicha institución cumpliendo con todos los requerimientos de norma y con los objetivos en términos de mejoramiento de la calidad. Finalmente se desarrolló un modelo de aplicación del PAMEC para ser aplicado a los procesos de dicha IPS con el fin de mejorar la calidad de sus procesos y servicios. Por último la recomendación es que se aplique en su totalidad de acuerdo con los lineamientos del ciclo PHVA, bajo el liderazgo del representante legal y con la participación de todos los funcionarios.

2. ABSTRACT

A review of the literature and regulations related to the Mandatory Quality Assurance in Health and in particular with the Audit Program for Quality Improvement (PAMECA). We analyzed different strategies for organizational improvement and discussed several tools for implementing these strategies in an IPS of the characteristics of dental Estética IPS, based conceptual quality attributes apply to this institution to meet all standard requirements and objectives in terms of improving quality. Finally we developed a model for implementing PAMECA be applied to such processes IPS to improve the quality of its processes and services. Finally, the recommendation is fully implemented in accordance with the guidelines of the PDCA cycle, under the leadership of the legal representative and with the participation of all staff.

3. INTRODUCCIÓN

Este programa define el modelo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad en ESTETIKA DENTAL IPS y busca comparar la calidad observada frente a la calidad esperada, de tal forma que se identifique la existencia de brechas de desempeño para implementar acciones de mejoramiento que optimicen la utilización de los recursos destinados a la atención, mejoren el impacto en la salud de los pacientes y la población, y ofrezcan al cliente los servicios que esperan y a los cuales tienen derecho.

Con la puesta en marcha de la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios se creó la necesidad de dar un máximo apoyo con la Calidad Integral como característica fundamental del sistema general de seguridad social en salud para Colombia. El decreto 2174 de 1996 organizó en el país el sistema obligatorio de garantía de la calidad el cual no fue aplicado por los diferentes actores del sistema. El decreto 2309 de 2002 define el sistema obligatorio de garantía de la calidad dando tiempos perentorios para su cumplimiento y empezando a definir los actores. El segundo componente del sistema luego de la habilitación es la implementación del plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad de manera obligatoria para los diferentes actores del sistema. En el 2006 el Ministerio De La Protección Social retoma lo reglamentado hasta el momento, mejora, amplía, especifica y define sus componentes y surge el decreto 1011 de abril del 2006, reglamentado por las resoluciones 1043 del 2006 reglamenta el sistema único de habilitación y PAMEC, 1445 en lo referente a el sistema único de acreditación y 1446 en sistema de información para la calidad.

De acuerdo con el decreto 1011 del 2006 la auditoria implica la evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios, la comparación de la calidad observada y la calidad esperada la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas y la adopción de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a parámetros previamente establecidos (1).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1. JUSTIFICACION

Desde el nacimiento del actual sistema de seguridad social en salud implementado mediante la ley 100 de 1993, se ha planteado la necesidad de trabajar en la calidad de la prestación de los servicios de salud. La última reglamentación en este sentido se encuentra definida en el decreto 1011 de 2006, el cual se refuerza en la ley 1122 de 2007 cuyo objeto es mejorar la prestación de los servicios de salud en Colombia le da mayor importancia al mejoramiento continuo de la atención en salud y para esto se tiene como base el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

De acuerdo con lo anterior todos los actores del sistema deben contar con un programa de auditoría de los servicios de salud y un enfoque de atención centrado en el cliente, documentados en el Decreto 1011 del 2006 y su reglamentación, lo que implica el desarrollo de sistemas de evaluación y seguimiento de procesos y procedimientos prioritarios entre la calidad observada y la calidad esperada con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios (2), y la herramienta para operativizarlo es precisamente el PAMEC. Este programa implica la obtención de resultados centrados en el cliente identificando y analizando los problemas de calidad y definiendo áreas críticas para realizar acciones de mejora

Lo anterior genera para Estética dental la necesidad de implementar su propio PAMEC acorde a la ley y con base en sus resultados y su ejecución lograr el cumplimiento de los estándares de calidad propuestos en el S.O.G.C.

4.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

Estética Dental viene trabajando su sistema de calidad con base en lo definido en el decreto 2174 de 1996 que no contempla el PAMEC, el cual solamente fue implementado seis años después en el 2309 y su reglamentación. Por esta razón en el actual esquema de trabajo no existen herramientas puntuales de mejoramiento continuo que permitan entregar servicios de calidad y con altos estándares de seguridad para el paciente.

5. MARCO TEORICO

5.1. MARCO CONCEPTUAL

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendido como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios” (3). Este proceso tiene prolongados antecedentes en nuestro país, por lo que se debería entender como una herramienta de gestión de la calidad en la cual los implicados deben conocer los elementos básicos que la caracterizan, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos adaptándolos de manera responsable y creativa a su institución.

Calidad es un concepto difícil de definir, que ha ido variando con los años, pero sin duda su definición ha estado marcado por la evolución de la misma.

A partir de simples conceptos como: a) Lograr productos y servicios con cero defectos, b) Hacer bien las cosas desde la primera vez, c) Diseñar, producir y entregar un producto de satisfacción total, d) Producir un artículo o un servicio de acuerdo a las normas establecidas, y e) Dar respuesta inmediata a las solicitudes de los clientes, la evolución de la calidad ha atravesado tres etapas fundamentales a saber (4):

El Control de Calidad: la realización de inspecciones y ensayos para comprobar si una determinada materia prima, un semi-elaborado o un producto terminado, cumple con las especificaciones establecidas previamente. Se trata, sin duda, de una concepción poco competitiva de la Gestión de la Calidad, ya que las inspecciones o ensayos tienen lugar "a posteriori", cuando la materia prima se ha recibido, cuando un proceso productivo ha concluido o cuando el producto final está terminado (4).

El Aseguramiento de la Calidad: En esta etapa se asume que es más rentable prevenir los fallos de calidad que corregirlos o lamentarlos, y se incorpora el concepto de la "prevención" a la Gestión de la Calidad, que se desarrolla sobre esta nueva idea en las empresas industriales, bajo la denominación de Aseguramiento de la Calidad (4).

La Calidad Total: que en palabras de Ishikawa es “una filosofía, una cultura, una estrategia, un estilo de gerencia de una empresa según la cual todas las personas en la misma estudian, practican, participan y fomentan la mejora continua de la calidad, no posee unos perfiles definidos que permitan acotarla. De aquí que la Calidad Total sea entendida y aplicada de muy diferentes formas en distintas empresas y por diferentes asesores especializados” (4).

El concepto de calidad ha evolucionado, y hoy se entiende como el conjunto de características de un producto o un servicio que satisfacen las necesidades y expectativas del cliente. Por lo tanto, Calidad significa situar al cliente en el centro de la actividad de las organizaciones, que deberán escucharle" para diseñar sus servicios de acuerdo a esas necesidades y expectativas (3). La evolución de los conceptos de Calidad en las últimas décadas ha determinado que los preceptos que antes se aplicaban estrictamente a una tarea de control ejercida en un área de una fábrica, empresa o taller de manufactura hoy se han convertido en una importante herramienta de gestión, que se aplica en todas las áreas de una organización (5) (6) (7).

5.1.1. LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

La prestación de servicios de salud está sujeta a ser calificada en cuanto a su calidad tanto por los clientes externos como internos. Dentro de los conceptos predominantes actualmente de calidad en salud, está aquel que refleja la efectiva acción de la atención en salud y la satisfacción del usuario, en un equilibrio de costo efectividad (2). En Colombia se han establecido parámetros de calidad en salud, basados en características generales como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional (3).

La calidad de los servicios de salud depende de un sistema conformado por tres elementos interdependientes entre sí que son: a) La Estructura (los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros que se necesitan para suministrar atención médica), b)El proceso (las actividades que ocurren entre profesionales de la salud y pacientes, ejemplo: el examen médico), y c) El resultado (cambios en el estado de salud que puedan atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente) .Sobre estos 3 componentes del sistema de servicios de salud, es que se establecen las pruebas para evaluar la calidad. (Indicadores trazadores, encuestas de satisfacción y otros) (8).

Por otro lado el contexto en el cual se desarrolla la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la Atención en salud está caracterizado por los siguientes elementos conceptuales (4).

- **ATENCION EN SALUD:** conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales de las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (4).

- **CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD:** la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios riesgos y costos con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios; entendiéndose como nivel profesional óptimo la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado (4).

- **MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD:** proceso de autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes (4).
- **ATENCIÓN CENTRADA EN EL CLIENTE:** coordinación y articulación de todas las actividades centradas en la atención del usuario, así mismo, la entrega del servicio debe ser planeada e integral, incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención (4).
- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** los sistemas de atención en salud son de alto riesgo, por lo tanto deben analizarse permanentemente tanto de manera retrospectiva como de manera proactiva, cuales son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras para garantizar la seguridad de los usuarios (4).
- **BENEFICIOS:** reflejados en ganancias económicas, por mayores ventas y/o aumento en los márgenes de rentabilidad; así mismo, mantiene o mejora la imagen o reputación. La calidad también se mejora en aras de cumplir con una responsabilidad por representar los intereses del paciente (4).

5.1.2. RUTA CRÍTICA DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD

Auto evaluación para el PAMEC. Es el diagnóstico básico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan la organización, o los aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad, tienen determinante importancia para la organización y son susceptibles de mejoramiento. Deberá ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se establecen en el Sistema Único de Habilitación. (9)

Selección de Procesos a Mejorar: Es la generación de un listado de procesos, como resultado de la autoevaluación y que son factibles de Intervenir por parte de la organización. Contendrá como mínimo los procesos de:

Auto evaluación del Proceso de Atención de Salud: Evaluación sistemática del proceso de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad (9)

Atención al Usuario: Evaluación sistemática de la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos; establecidos según el Decreto 1011 de 2006 (9).

Priorización de Procesos: Es la aplicación de una herramienta y/o metodología para ordenar los procesos a mejorar según la relevancia e impacto que generan en la calidad de la atención de la institución: impacto en el usuario, en el cliente interno y/o en la imagen de la organización (9).

Definición de la calidad esperada: Es la determinación del nivel de calidad esperado a lograr para cada uno de los procesos priorizados (9).

Medición inicial del desempeño de los procesos: En este paso de la ruta crítica, se debe establecer un mecanismo que permita a la institución la medición del desempeño actual de los procesos de la institución, de tal manera que se pueda identificar la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada; para ello se aplican procedimientos de Auditoria para evaluar lo observado y comparar frente a lo esperado (9).

Plan de acción y/o plan de mejoramiento para procesos seleccionados: Con los insumos generados en las etapas anteriores los responsables de los procesos contarán con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan corregir, superar o mejorar las fallas de calidad detectadas. Para la formulación del plan de mejoramiento se debe identificar y definir las causas de las fallas o problemas de calidad evidenciados, definiendo las acciones que hay que realizar como parte de la intervención para el mejoramiento: Qué, cómo, cuándo, dónde, y quién va a desarrollarlas; además describir porque deben realizarse estas actividades y como ejecutarlas para garantizar su cumplimiento. Se deben plantear indicadores para evaluar posteriormente los resultados y realizar seguimiento regular (9).

Ejecución del plan de acción: Una vez elaborado el plan de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en éste (9).

Evaluación del mejoramiento: Es la evaluación del cumplimiento y efectividad de las acciones ejecutadas por parte del líder o del equipo de auditoría y el seguimiento con comités (cuando aplique) a la implementación de las mejoras (9).

Aprendizaje organizacional: Comprende la retroalimentación al interior de la organización de la experiencia, la socialización de los avances, la capacitación orientada a contribuir en la cimentación e interiorización de los logros obtenidos y por lo tanto, la estandarización de los procesos. Lo que se pretende entonces es, garantizar la atención en salud de calidad y la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos a través del mejoramiento continuo y fortalecimiento institucional (9).

5.2. MARCO LEGAL

LEY 10 DE 1990: ARTÍCULO 49 Sobre normas científicas y calidad de los servicios (10).

LEY 100 DE 1993: Desde la Ley 100 de 1993 se plantea la importancia de la calidad en la Atención en salud y en el ARTICULO 153 (numeral 9) se define que “el Sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”. El ARTICULO 199 Información de los Usuarios. El Ministerio

de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario. ARTICULO 227 Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de Calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo de las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios (11).

DECRETO 1011 DE 2006: establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además de establecer condiciones generales, aplicabilidad y campo de acción entre los actores del sistema, hace referencia al PAMEC en:

ARTÍCULO 2°. Define el PAMEC como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios (1).

ARTÍCULO 4°. Enuncia el PAMEC como el segundo componente del SOGCS (1).

RESOLUCIÓN 1043 DE 2006: reglamenta el decreto 1011 en lo referente al Sistema Único de Habilitación y al PAMEC (12).

RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 Y ANEXO TÉCNICO: realimentan el Sistema de Información Para la Calidad, el cual es transversal a los demás componentes del SOGCS incluido el PAMEC (13).

LEY 1122 DE 2007: realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, contemplado en la ley 100 de 1993. Uno de sus objetivos es Mejor calidad y oportunidad de los servicios de salud. ARTÍCULO 2. Establece mecanismos que permiten la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (14).

6. OBJETIVOS

7. GENERAL

Diseñar un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en ESTETIKA DENTAL IPS que oriente el desarrollo de las auditorias como herramienta de gestión y del mejoramiento continuo, que impacte en el desempeño del Sistema de Gestión de la Calidad y en la salud de los usuarios.

8. ESPECIFICOS

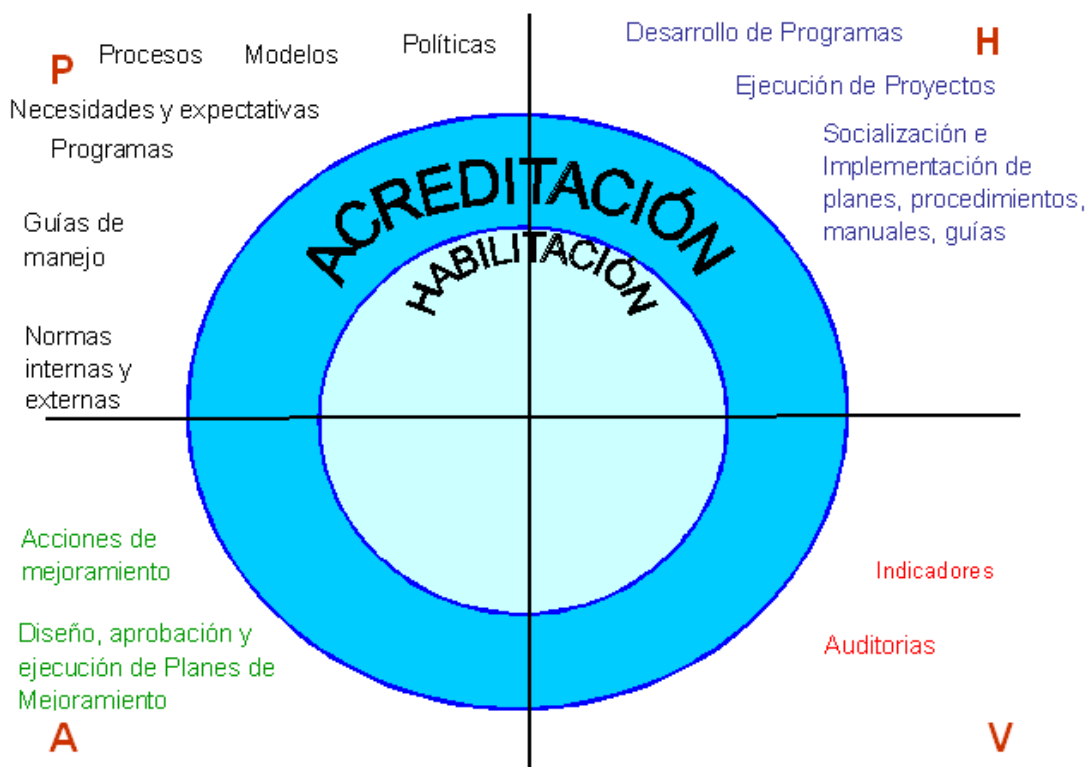
- Aplicar una herramienta y/o metodología para ordenar los procesos a mejorar según la relevancia e impacto que generan en la calidad de la atención de la institución: impacto en el usuario, en el cliente interno y/o en la imagen de la organización.
- Determinar el nivel de calidad esperado a lograr para cada uno de los procesos priorizados.
- Establecer un mecanismo que permita a Estética Dental la medición del desempeño actual de los procesos de la institución, de tal manera que se pueda identificar la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada; para ello se aplican procedimientos de Auditoria para evaluar lo observado y comparar frente a lo esperado.
- Establecer los planes de acción que permitan corregir, superar o mejorar las fallas de calidad detectadas.

9. METODOTOLOGIA

Se trata de una revisión temática aplicada al funcionamiento de ESTETIKA DENTAL IPS mediante la cual se estableció un modelo de aplicación del PAMEC que cumple con todos los requerimientos de norma y con los objetivos en términos de mejoramiento de la calidad.

10.DESARROLLO DEL MODELO

Gráfico No. 1 – Modelo del PAMEC



En la gráfica anterior se representa el Modelo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad que será implementado en ESTETIKA DENTAL IPS dentro del marco del Planear, Hacer, Verificar y Actuar, la institución contemplaría los componentes esenciales que son: Habilitación y Acreditación (15).

En forma transversal se realizarán acciones de planeación, dentro de las cuales se encuentran las acciones preventivas que son tomadas como el referente de calidad tales como: procesos, políticas, modelos, programas, identificación de necesidades y expectativas de los usuarios, normas internas y externas y Guías de manejo (15).

Las acciones del Hacer, comprenderán la socialización e implantación de los procesos, el desarrollo de programas, y la ejecución de planes, proyectos, manuales, guías las cuales hacen parte de las actividades cotidianas del proceso de atención (15).

En el verificar se podrán encontrar acciones de seguimiento, que son los mecanismos y estrategias de evaluación y análisis mediante los cuales serán

aplicados los referenciales de calidad, para determinar el grado de conformidad de la institución con respecto a tales parámetros. Estas acciones incluyen las instancias en las cuales se identificarán, localizarán y cuantificarán las brechas de desempeño y se definirán las tareas a realizar para corregir las desviaciones detectadas (15).

En el actuar se definirán las acciones coyunturales como el diseño, aprobación y ejecución de planes de mejoramiento, y las correcciones que la institución generara y aplicara luego de los procesos de verificación (15).

10.1. PLANEACION

10.2. AUTOEVALUACION

El propósito es realizar un diagnóstico, el cual permitirá identificar las principales fallas de calidad que afectan o tienen mayor relevancia para la institución. Para la identificación de dichos problemas se tomarán como insumo los estándares de calidad esperados y los observados, identificando fortalezas y oportunidades de mejora en los procesos, como base fundamental para la implementación de la ruta crítica. Una vez realizada la autoevaluación se identificarán los procesos a mejorar y se generará un listado de procesos factibles de supervisar y a los cuales ESTETIKA DENTAL IPS realizará seguimiento permanente. Se utilizarán como herramienta las siguientes tablas:

Tabla No. 1 – Estándares Asistenciales

DERECHOS DE LOS PACIENTES	CALIFICACION					
	5	4	3	2	1	NA
Existe una declaración de los derechos y deberes de los pacientes que aplique al proceso de atención al cliente, incorporados dentro del plan de direccionamiento estratégico de la organización.						
Fortalezas						
Soportes de las fortalezas						
Oportunidades						
Efectos de las Oportunidades						
Acciones para las Oportunidades						

Limitantes para las Oportunidades									
ACCESO				CALIFICACION					
				5	4	3	2	1	NA
Está identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.									
Fortalezas									
Soportes de las fortalezas									
Oportunidades									
Efectos de las Oportunidades									
Acciones para las Oportunidades									
Limitantes para las Oportunidades									
				CALIFICACION					
				5	4	3	2	1	NA
Existe un proceso de registro e ingreso para la atención y el tratamiento. La organización garantiza un proceso para proveer información al paciente y su familia. La organización garantiza un proceso para proveer información al paciente y su familia: Se provee información al paciente y su familia acerca de la organización, por lo menos en los siguientes aspectos: Información acerca de la organización Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos. Plan para asegurar sus pertenencias personales. La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento. Existe un protocolo o guía de recibimiento en la admisión Se obtiene consentimiento informado, si aplica en este momento.									

Fortalezas						
Soportes de las fortalezas						
Oportunidades						
Efectos de las Oportunidades						
Acciones para las Oportunidades						
Limitantes para las Oportunidades						
EVALUACIÓN INICIAL DE NECESIDADES AL INGRESO	CALIFICACION					
	5	4	3	2	1	NA
La organización cuenta con un proceso de evaluación inicial de necesidades educativas, de información, e identificación de expectativas del paciente y su familia en el momento del ingreso. Esta evaluación está soportada por un equipo de trabajo interdisciplinario. Específicamente se pretende identificar los siguientes criterios. La evaluación del conocimiento, expectativas, necesidades de información y educación del paciente y la familia frente a su motivo de consulta, están plenamente identificadas en colaboración con él, e incluye: Conocimiento del paciente acerca de sus necesidades. Forma de tratamiento de sus expectativas. Expectativas del paciente acerca del resultado de su tratamiento. Existe evidencia de que la evaluación es realizada por un equipo de salud y coordinada por un odontólogo tratante responsable. El equipo en cuestión: Está calificado para atender la necesidad que está atendiendo. Es re-entrenado periódicamente en las actividades específicas que sirve.						
Fortalezas						
Soportes de las fortalezas						
Oportunidades						

Efectos de las Oportunidades									
Acciones para las Oportunidades									
Limitantes para las Oportunidades									
PLANEACIÓN DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO				CALIFICACION					
				5	4	3	2	1	NA
Existe un proceso de planeación de la atención, cuidado y tratamiento para cada paciente, el cual incluye el desarrollo, implantación y seguimiento del plan de tratamiento para la consecución de los resultados. Esta planeación incluye Los procesos inherentes al cuidado y tratamiento están planeados teniendo en cuenta las Guías de Práctica Clínica y/o Medicina Basada en la Evidencia que la institución ha desarrollado, adoptado o adaptado. La institución tiene claramente definido el proceso de consecución del consentimiento informado, el cual es requerido para todos los procedimientos odontológicos. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información acerca de los riesgos y beneficios de los procedimientos planeados, y los riesgos del no tratamiento, de manera que puedan tomar decisiones informadas.									
Fortalezas									
Soportes de las fortalezas									
Oportunidades									
Efectos de las Oportunidades									
Acciones para las Oportunidades									
Limitantes para las Oportunidades									
				CALIFICACION					
				5	4	3	2	1	NA
La planeación de la atención debe garantizar, como elemento fundamental de respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad, lo cual incluye:									

Los pacientes son examinados y tienen la oportunidad de preguntar sus inquietudes en condiciones de privacidad.										
La privacidad es respetada mientras es atendido por un profesional o técnico.										
La organización asegura que existe una política de confidencialidad frente a la información del paciente y que su presencia en la organización no será divulgada sin su consentimiento.										
Fortalezas										
Soportes de las fortalezas										
Oportunidades										
Efectos de las Oportunidades										
Acciones para las Oportunidades										
Limitantes para las Oportunidades										
					CALIFICACION					
					5	4	3	2	1	NA
Existe un proceso para informar a cada uno de los profesionales implicados en el tratamiento el papel que debe desempeñar.										
Fortalezas										
Soportes de las fortalezas										
Oportunidades										
Efectos de las Oportunidades										
Acciones para las Oportunidades										

Limitantes para las Oportunidades									
EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO				CALIFICACION					
				5	4	3	2	1	NA
Existen procesos desarrollados para la instauración del tratamiento. La organización garantiza que el tratamiento es ejecutado por un equipo interdisciplinario de salud entrenado y con capacidad técnica y científica para cumplir con dicha función dentro de un equipo de trabajo. El paciente y su familia reciben la educación e información pertinente durante la ejecución del tratamiento, la cual incluye como mínimo: Óptimo entendimiento y aceptación por parte del paciente del tratamiento y sus objetivos. El proceso natural de la enfermedad y el estado actual de la misma. Cuidados en casa, si aplica. La educación está dada por un grupo interdisciplinario.									
Fortalezas									
Soportes de las fortalezas									
Oportunidades									
Efectos de las Oportunidades									
Acciones para las Oportunidades									
Limitantes para las Oportunidades									
				CALIFICACION					
				5	4	3	2	1	NA
Existe un proceso para atender los reclamos, sugerencias o felicitaciones de los pacientes o sus familiares La organización promueve un sistema para que los clientes presenten reclamos, sugerencias o felicitaciones Todos los reclamos y sugerencias presentados por los pacientes o sus familiares, son evaluados, investigados, si aplica, y respondidos.									

Se informa al servicio que generó el reclamo, sugerencia o felicitación.									
Fortalezas									
Soportes de las fortalezas									
Oportunidades									
Efectos de las Oportunidades									
Acciones para las Oportunidades									
Limitantes para las Oportunidades									
EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO				CALIFICACION					
				5	4	3	2	1	NA
La organización garantiza un proceso para la revisión del plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica La evaluación sistemática y periódica de las historias clínicas permite calificar la efectividad, oportunidad y validez de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos. La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas por pares para los casos de resultados adversos o de resultados no esperados en el curso de tratamiento.									
Fortalezas									
Soportes de las fortalezas									
Oportunidades									
Efectos de las Oportunidades									
Acciones para las Oportunidades									
Limitantes para las Oportunidades									

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	CALIFICACION					
	5	4	3	2	1	NA
Existe un plan para mejorar la calidad del proceso de cuidado y tratamiento. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares profesionales aceptados.						
Fortalezas						
Soportes de las fortalezas						
Oportunidades						
Efectos de las Oportunidades						
Acciones para las Oportunidades						
Limitantes para las Oportunidades						

Tabla No. 2 – Estándares de Recurso Humano

	CALIFICACION					
	5	4	3	2	1	NA
Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización. Estos procesos incluyen: Legislación relevante. Aspectos relacionados con la calidad de vida en el trabajo. Análisis de puestos de trabajo y definición de escala salarial.						

Reclutamiento, selección, vinculación, retención, promoción, seguimiento y retiro de personal. Evaluación de desempeño. Evaluación periódica de expectativas y necesidades que ayuden a dirigir el clima organizacional. Políticas de compensación. Estímulos e incentivos. Bienestar laboral. Necesidades de comunicación organizacional. Los procesos descritos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización. Los procesos mencionados en el estándar deben incluir aquellos aspectos directamente relacionados con los procesos inherentes a la atención al cliente durante cada paso o fase de su atención.											
Fortalezas											
Soportes de las fortalezas											
Oportunidades											
Efectos de las Oportunidades											
Acciones para las Oportunidades											
Limitantes para las Oportunidades											
						CALIFICACION					
						5	4	3	2	1	NA
Existe un proceso para garantizar que el personal de la institución, profesional y no profesional, tenga la suficiente calificación y competencia para el trabajo a desarrollar. Estas calificaciones y competencias también aplican para aquel personal (profesional y no profesional) que sea contratado a través de terceras personas y es responsabilidad de la organización contratante la verificación de dichas competencias. Las calificaciones y competencias están definidas para cada puesto de trabajo. Las calificaciones incluyen la educación y la experiencia requerida para asumir las tareas y responsabilidades del puesto y se relacionan con: Experiencia.											

Licenciamiento o certificación, si aplica. Las competencias definidas para el personal deben reflejar las expectativas del puesto de trabajo e incluyen: Conocimiento y habilidades. Relaciones interpersonales. Habilidades de liderazgo y administrativas. Conocimiento de estrategias para el mejoramiento de la calidad.						
Fortalezas						
Soportes de las fortalezas						
Oportunidades						
Efectos de las Oportunidades						
Acciones para las Oportunidades						
Limitantes para las Oportunidades						
						CALIFICACION
						5
						4
						3
						2
						1
						NA
La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales, asistenciales y administrativos. El desempeño es revisado y documentado durante el período de prueba. El mejoramiento de desempeño es revisado y documentado periódicamente o de acuerdo con los requerimientos legales o de la empresa. Se provee retroalimentación al personal evaluado.						
Fortalezas						
Soportes de las fortalezas						
Oportunidades						
Efectos de las Oportunidades						

Acciones para las Oportunidades
Limitantes para las Oportunidades

Tabla No. 3 – Estándares Ambiente Físico

	CALIFICACION					
	5	4	3	2	1	NA
La organización garantiza procesos para identificar y responder las necesidades relacionadas con el ambiente físico generadas de los procesos de atención de los clientes externos e internos de la institución.						
Lo anterior incluye:						
La gerencia de los riesgos físicos.						
Preparación para emergencia y desastres.						
La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades.						
Los procesos son consistentes con los valores, misión y visión de la organización.						
Fortalezas						
Soportes de las fortalezas						
Oportunidades						
Efectos de las Oportunidades						
Acciones para las Oportunidades						
Limitantes para las Oportunidades						
	CALIFICACION					
	5	4	3	2	1	NA
Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos médicos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes durante su proceso de atención.						

Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos. Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia. Provisión de energía de emergencia e insumos básicos de todo tipo utilizados durante la atención. Programaciones de limpieza.											
Fortalezas											
Soportes de las fortalezas											
Oportunidades											
Efectos de las Oportunidades											
Acciones para las Oportunidades											
Limitantes para las Oportunidades											
						CALIFICACION					
						5	4	3	2	1	NA
La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos. El proceso considera: Identificación, clasificación y separación de desechos en la fuente. No reutilización de materiales. Definición y aplicación de un plan de manejo, almacenamiento y desecho de material peligroso o infeccioso (líquido, sólido o gaseoso), según su clasificación. Impacto ambiental. Reciclaje y comercialización de materiales. El potencial impacto de su inadecuado manejo sobre los eventos adversos en el cliente.											
Fortalezas											
Soportes de las fortalezas											
Oportunidades											

Efectos de las Oportunidades										
Acciones para las Oportunidades										
Limitantes para las Oportunidades										
					CALIFICACION					
					5	4	3	2	1	NA
Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de la gerencia del ambiente físico El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente, su familia y los trabajadores de la organización La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados										
Fortalezas										
Soportes de las fortalezas										
Oportunidades										
Efectos de las Oportunidades										
Acciones para las Oportunidades										
Limitantes para las Oportunidades										

Tabla No. 4 – Estándares de Direccionamiento

	CALIFICACION					
	5	4	3	2	1	NA
Los órganos directivos de la organización facilitan y se involucran en el desarrollo del proceso de direccionamiento estratégico de la organización.						
Fortalezas						
Soportes de las fortalezas						
Oportunidades						
Efectos de las Oportunidades						
Acciones para las Oportunidades						
Limitantes para las Oportunidades						
	CALIFICACION					
	5	4	3	2	1	NA
Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear los valores, misión y visión de la organización de acuerdo a los cambios del entorno Esta definición contempla por al menos los siguientes criterios.						
La relación de la organización con la comunidad que sirve.						
Su responsabilidad frente a sus trabajadores, el paciente y su familia.						
Aspectos que guían la ética de la organización.						
La misión define claramente el propósito de la organización y sus relaciones con la comunidad que sirve.						
La visión enfoca a la organización en el desarrollo de sus servicios.						
Fortalezas						
Soportes de las fortalezas						
Oportunidades						

Efectos de las Oportunidades						
Acciones para las Oportunidades						
Limitantes para las Oportunidades						
	CALIFICACION					
	5	4	3	2	1	NA
Los líderes están involucrados y son responsables de la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico de la organización.						
Fortalezas						
Soportes de las fortalezas						
Oportunidades						
Efectos de las Oportunidades						
Acciones para las Oportunidades						
Limitantes para las Oportunidades						
	CALIFICACION					
	5	4	3	2	1	NA
Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la viabilidad financiera de la organización a través de la confirmación de la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización.						
Fortalezas						
Soportes de las fortalezas						
Oportunidades						

Efectos de las Oportunidades						
Acciones para las Oportunidades						
Limitantes para las Oportunidades						
	CALIFICACION					
	5	4	3	2	1	NA
Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para los clientes que, con base en procesos de auditoría de la calidad en la organización, le haga seguimiento a unos indicadores trazadores; esto implica seguir factores como: Oportunidad de la atención por tipos de servicios. Utilización de servicios por afiliado (por ejemplo, tratando de incentivar la consulta y desincentivar la hospitalización). Satisfacción global del cliente con la atención recibida. Calidad de la atención.						
Fortalezas						
Soportes de las fortalezas						
Oportunidades						
Efectos de las Oportunidades						
Acciones para las Oportunidades						
Limitantes para las Oportunidades						
	CALIFICACION					
	5	4	3	2	1	NA
Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos del direccionamiento. El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la						

organización y tiene asignado un responsable. El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia. La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización. El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el equipo de salud e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados
Fortalezas
Soportes de las fortalezas
Oportunidades
Efectos de las Oportunidades
Acciones para las Oportunidades
Limitantes para las Oportunidades

10.3. DEFINICION DE PROCESOS PRIORITARIOS

Para seleccionar los procesos prioritarios de la institución, un equipo interdisciplinario analizara todos los procesos de la institución frente a las siguientes características:

- Exigencias Normativas
- Enfoque de Riesgo desde la perspectiva del usuario
- Cambios o implementación de procesos
- Otros Criterios: Volumen, Costo, Imagen Institucional.
- Autoevaluación de la prestación del servicio.
- Evaluación de la satisfacción del usuario
- Factores críticos de éxito

Para establecer los procesos prioritarios que harán parte del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, se utilizara una matriz de Priorización

propuesta por el MPS, donde se evalúan los criterios por alto costo, alto riesgo y alto volumen.

Tabla No. 5 – Matriz de Priorización

No.	ESTÁNDAR / CALIDAD ESPERADA	FORTALEZAS	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN			
				RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL

10.4. DEFINICION DE CALIDAD ESPERADA

Una vez definidos los procesos prioritarios será establecida la calidad esperada, lo que implicara pensar en términos de la obtención de los mejores resultados clínicos y/o los resultados de calidad esperados (calidad técnica-científica, seguridad, costo racional, servicio, disposición del talento humano) que impacten en la mejora de las condiciones de salud para la población, con el menor riesgo posible.

Los indicadores de calidad serán una herramienta fundamental para evaluar el cumplimiento de las metas esperadas. La institución elaborara una ficha técnica por cada indicador con el propósito de estandarizar la recolección y fuente de los datos, facilitando la generación de la información, el análisis de los resultados obtenidos y la identificación de brechas de desempeño de los procesos definidos como prioritarios.

10.5. MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE PROCESOS

Por medio de una auditoría interna operativa en la cual se incluyan todas las variables determinantes relacionadas con los procesos escogidos como prioritarios. Una vez hecha la medición y comparada con el nivel de calidad esperada, se identifican las brechas que deben ser gestionadas para lograr los estándares esperados. De este ejercicio de medición el producto entonces es la definición de los problemas (brechas) que van a ser objeto del trabajo durante le ejecución del plan de mejoramiento.

10.6. FORMULACION DE PLAN DE MEJORAMIENTO

Una vez que sea obtenida la información que contiene la valoración de las condiciones actuales de los procesos y estén definidas las brechas administrativas y operativas, cosa que se logró en la etapa de medición del desempeño de los procesos prioritarios, se establecen los planes de acción para resolver las fallas de calidad detectadas. Se recomienda que dicho diseño se haga con base en la herramienta 5W1H.

Tabla No. 6 – Herramienta de formulación del plan de mejoramiento

NOMBRE DEL PROCESO:					
QUE	QUIEN	DONDE	CUANDO	PARA QUE	COMO

10.7. EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Las actividades contenidas en el plan de acción se ejecutarán de acuerdo con la planificación realizada, de igual forma se deberá hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento a través de instrumentos que permitan verificar los resultados obtenidos en dicho proceso. Dicho seguimiento permitirá detectar desviaciones de la ejecución con respecto a lo programado en el plan de mejoramiento, en caso de existir dichas desviaciones (especialmente si se trata de retrasos y de resultados inferiores a los esperados) se deberán definir propuestas de ajuste que permitan superarlas.

Tabla No. 7 – Herramienta de seguimiento del plan de mejoramiento

NOMBRE DEL PROCESO			
META A LOGRAR			
INDICADOR DE SEGUIMIENTO			
ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERIODO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON	CAMBIOS EN LA META

10.8. EVALUACION DEL MEJORAMIENTO

Se verificará la efectividad de los planes de acción realizados mediante actividades de seguimiento que, a través de la medición de los indicadores de calidad, definirán el grado de impacto (cambio en las condiciones de calidad) logrado. Para esta medición es necesario tener una línea de base la cual ya se obtuvo cuando se hizo la medición inicial del desempeño de los procesos, el objetivo es comparar los resultados de las mediciones en calidad actuales contra las mediciones iniciales y determinar el nivel de mejoramiento que se logró.

10.9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Este último paso hace referencia a la toma de decisiones definitivas por parte de la organización, a través de la elaboración de estándares con los cuales se realiza un control periódico y un monitoreo permanente, para prevenir la ocurrencia de brechas entre la calidad esperada y la obtenida. Operativamente esto significa que, después de terminado el ciclo PHVA inicial Estética IPS deberá establecer sus propios indicadores del nivel de monitoria interna que le permitan acceder al mejoramiento continuo de sus procesos, de sus productos y por tanto de la calidad de sus servicios.

A partir de este momento el ciclo de mejoramiento vuelve a iniciar y puede aplicarse nuevamente, ya no para disminuir las brechas de calidad sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo en la institución.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1 COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto 1011 DE 2006. Diario Oficial No 46.230 del 03/04/2006. [Online] http://servoaspr.imprenta.gov.co/diariop/diario2.mostrar_norma?p_tipo=02&p_numero=1011&p_fecha=03/04/2006&p_consec=79047 [Último acceso 4 de noviembre de 2011]

2 COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, [Online] Disponible en: <http://www.slideshare.net/johanmcp/sistema-obligatorio-de-garantia-de-calidad> [Último acceso 4 de noviembre de 2011]

3 SECRETARÍA DE SALUD. Alcaldía Mayor de Bogotá. [Online] Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/auditoriasalud.aspx> [Último acceso 4 de noviembre de 2011]

4 CUATRECASAS, Luis. Gestión Integral de la Calidad: Implantación, Control y Certificación. Gestión 2000, Barcelona, 2001

5 COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Observatorio de Calidad de la Atención en Salud, [Online] Disponible en: <http://201.234.78.38/ocs/Default.aspx> [Último acceso 4 de noviembre de 2011]

6 COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en atención en salud 2007 [Online] Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Paginas/default.aspx> [Último acceso 4 de noviembre de 2011]

7 COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS versión 2007 2006 anexo técnico 2 [Online] Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Paginas/default.aspx> [Último acceso 4 de noviembre de 2011]

8 LOPEZ AGUDELO, Javier. Indicadores Clásicos en Auditoria. Universidad CES, 2011

9 COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo N° 2 de la Resolución 1043 de 2006. [Online] Disponible en: <http://www.saludcolombiaeps.com.co/normatividad/MUPH.pdf> [Último acceso 4 de noviembre de 2011]

10 COLOMBIA, CONGRESO NACIONAL. Ley 10 de 1990 [Online] Disponible en: http://camara.ccb.org.co/documentos/3576_ley_10_1990.pdf [Último acceso 4 de noviembre de 2011]

11 COLOMBIA, CONGRESO NACIONAL. Ley 100 de 1993 [Online] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248> [Último acceso 4 de noviembre de 2011]

12 COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Colombia. Resolución 1043 de 2006. [Online] Disponible en: <http://www.eevvm.com.co/dmdocuments/Resolucion1043-2006.pdf> [Último acceso 4 de noviembre de 2011]

13 COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Colombia. Resolución 1446 de 2006. [Online] Disponible en: <http://diario-oficial.vlex.com.co/vid/resolucion-1446-43228588> [Último acceso 4 de noviembre de 2011]

14 COLOMBIA, CONGRESO NACIONAL. Ley 1122 de 2007 [Online] Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/Forms/DispForm.aspx?ID=26> [Último acceso 4 de noviembre de 2011]

15 COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Colombia. Sistema Único de Acreditación en Salud [Online] Disponible en: www.acreditacionensalud.org [Último acceso 4 de noviembre de 2011]