AUTOEVALUACION EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DEL MUNICIPIO DE PEREIRA EN EL AÑO 2010

GLORIA PATRICIA ARICAPA GRAJALES
NORA ISABEL HENAO MEJIA

UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SISTEMAS DE SALUD
PEREIRA
2010

AUTOEVALUACION EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DEL MUNICIPIO DE PEREIRA EN EL AÑO 2010

GLORIA PATRICIA ARICAPA GRAJALES
NORA ISABEL HENAO MEJIA

Tesis de grado para optar el título de
Especialista en Gerencia de Sistemas de Salud

Asesor: Albert Cristian Herrera Giraldo
MD y Esp. Gerencia Sistemas de Salud

UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SISTEMAS DE SALUD
PEREIRA
2010

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Jurado

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a nuestra familia, soporte incondicional en el camino para lograr nuestras metas, a la Secretaria de Salud y Seguridad del Municipio de Pereira, la oportunidad de desarrollar esta tesis que servirá como insumo para el mejoramiento contínuo de la entidad, así como al Secretario de Salud, Dr. Julián Mauricio Trejos Hernández, a los directores operativos de Salud Pública y Aseguramiento, vigilancia y control, al comité de Calidad y demás funcionarios por su apoyo y disposición para la autoevaluación de los estándares de acreditación para entidades Territoriales.

A los expertos en Direcciones Locales de Salud Dr. Álvaro Augusto Ayala G y al Dr. Diomedes Tabima G, por dedicar el tiempo a la revisión de la lista de chequeo y realizar sus comentarios.

Finalmente a la universidad por generar los espacios propicios para nuestro crecimiento intelectual y personal.

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN 8
GLOSARIO 9
RESUMEN 11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 12
2. JUSTIFICACION 13
3. OBJETIVO 14
3.1 OBJETIVO GENERAL 14
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS 14

4. MARCO DE REFERENCIA 15
4.1 ANTECEDENTES SGSS EN COLOMBIA 17
4.2 ANTECEDENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DEL MUNICIPIO DE PEREIRA. 20
4.3 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD 21

5. METODOLOGÍA 42
6. RESULTADOS 44
6.1 FUNCIÓN POLÍTICA 44
6.2 FUNCION DE INTELIGENCIA 45
6.3 ACCIONES DE ATENCION EN SALUD A LAS PERSONAS, LA POBLACION Y EL MEDIO AMBIENTE 46
6.4 FUNCIONES DE APOYO A LA DIRECCION DEL SISTEMA 47

7. CONCLUSIONES 54
8. RECOMENDACIONES 55
8.1 PARA LA METODOLOGÍA DE AUTOEVALUACIÓN 55
8.2 PARA LA SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL 55

BIBLIOGRAFIA 58
ANEXOS 61

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Grupo de Estándares de la función Política 29
Tabla 2. Grupo de Estándares de la Función de Inteligencia 30
Tabla 3. Grupo de Estándares de Acciones de Atención en Salud a las Personas, La Población y el Medio Ambiente**.** 32
Tabla 4. Grupo de Estándares de la Función de Apoyo a la Dirección del Sistema 33
Tabla 5. Escala de Calificación de Estándares de Acreditación (Hoja Radar) 35
Tabla 6. Resultado autoevaluación por Grupo de Estándares de cada Función ...49
Tabla 7. Resultados autoevaluación por variables evaluadas 50

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1. Evaluación cualitativa 62
Anexo 2. Evaluación Cuantitativa 132

INTRODUCCIÓN

Dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad, se encuentra el componente de acreditación que busca llevar a la empresas a que garanticen y mejoren la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar; para las entidades territoriales se reglamento por medio de la resolución 3960 de 2008 y su autoevaluación es de obligatorio cumplimiento para ellas.

Por lo anterior se vio la necesidad de realizar en la Secretaria de Salud y Seguridad social del Municipio de Pereira, un proyecto que diera como resultado la autoevaluación en el cumplimento de los estándares de acreditación, la cual servirá de base para generar los procesos de mejoramiento necesarios con miras a alcanzar en un futuro la acreditación por parte de la entidad.

El proyecto se desarrollo en compañía del personal y directivos de la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira y otros colaboradores, inicialmente las estudiantes y el asesor, generaron una lista de chequeo para definir los documentos y procesos a buscar, posteriormente se sometió a verificación de expertos y se consolidaron los comentarios en una lista única la cual se trabajo con el grupo evaluador, quienes con la ayuda de la guía práctica de acreditación expedida por el ministerio de la Protección Social evaluaron cualitativa y cuantitativamente uno a uno los estándares de acreditación para entidades Territoriales,

GLOSARIO

ACREDITACIÓN: proceso para garantizar la calidad de una institución o de un programa educativo.

CERTIFICACIÓN: procedimiento por el cual se asegura que un producto, proceso, sistema o servicio se ajusta a las normas o lineamientos o recomendaciones de organismos dedicados a la normalización nacional o internacional.

CLOPAD: Comité Local para la Prevención y Atención de Desastres

COPACO: Comité de Participación Comunitaria

DLS: Dirección Local de Salud

DTS: Dirección Territorial de Salud

EAPB: Entidades administradoras de planes de beneficios

EPS: Entidad Promotora de Salud

EPSS: Entidad Promotora de Salud Subsidiada

ESE: Entidad Social del Estado

ESTÁNDAR: es un nivel o referencia de calidad predeterminada por alguna agencia, organismo acreditador o institución

ESTRATEGIA ENFASYS: Instrumento para llevar la atención primaria en Salud a las familias de bajos recursos económicos del municipio de Pereira

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantías

IPS: Institución prestadora de servicio

MECI: Modelo Estándar de Control Interno

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAC: Plan Anual Mensualizado de Caja

PAI: Programa Ampliado de inmunización

PAMEC: Plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad

PHVA: Proceso de Planear, Hacer, Verificar y Actuar.

POA: Plan Operativo Anual

POS-S: Plan Obligatorio de Salud Subsidiado

PQR: Peticiones, Quejas y Reclamos

RERACIONAMIENTO: Intensificación de la racionalidad del gasto.

RIPS: Registro individual de la prestación de servicios de salud

SAC: Servicio de atención a la comunidad.

SGC: Sistema de Garantía de la calidad

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SILOS: Sistema Local de Salud

SIIF: Sistema Integrado de Información Financiera

SISAP: Sistema de Información de Salud Pública

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia Epidemiológica

SOGC: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

RESUMEN

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y establece mediante el Decreto 1011 de 2006, cuatro componentes, uno de ellos es el Sistema Único de Acreditación: Este es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud.

Para las Direcciones Territoriales o Locales de Salud, el Sistema Único de Acreditación se convierte en un instrumento de control y evaluación social que pretende medir la rentabilidad social y el desempeño de calidad de cada una de ellas, como una estrategia de empoderamiento de la comunidad, para que se evalúe de manera objetiva de acuerdo con sus competencias.

En la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, se realizo un estudio descriptivo de corte transversal en el cual se evaluaron los 112 estándares de acreditación para entidades territoriales de acuerdo a la resolución 3960 de 2008, los cuales se agrupan en cuatro funciones principales así: política, inteligencia, acciones de atención en la salud a las personas, la población y el medio ambiente y la función de apoyo.

Se inicio con la elaboración de una lista de chequeo y verificables para cada estándar esta lista fue sometida a la evaluación de tres expertos en entidades territoriales. Posteriormente se tomaron las observaciones de cada uno y se generó una nueva lista con la ayuda de un grupo de calidad conformado con trabajadores de la entidad. Se elaboró el cronograma de trabajo y se propuso la metodología de evaluación de acuerdo a la guía práctica de preparación para la acreditación en salud, al comité conformado para la autoevaluación de estándares de acreditación, se dio inicio al proceso realizando una evaluación cualitativa para cada estándar y posteriormente la evaluación cuantitativa, calificando de 1 a 5 cada uno, donde 5 es la calificación máxima y 1 la mínima que se puede llegar a obtener. Como resultado para la secretaria de Salud y seguridad Social del Municipio de Pereira se obtuvo una calificación global de 1.24, hallando como principales oportunidades de mejora el diseño del plan de direccionamiento estratégico, la generación de documentos que apoyen los procesos y procedimientos que se realizan actualmente y la generación del PAMEC. (Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad); una vez aplicadas las recomendaciones, es necesario realizar una nueva autoevaluación en el cumplimiento de los estándares de acreditación, hasta lograr obtener una calificación mínima de 2 en cada estándar y/o grupo de estándares.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a los diferentes cambios sufridos por la actual Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira en su estructura, responsabilidad, funcionamiento, recurso humano y al ingreso de nuevas normas, actualmente se encuentra una dirección municipal del sistema de salud con múltiples falencias que impiden el adecuado cumplimiento de sus funciones esenciales para lo cual fue creada, de igual forma la inexperiencia de los nuevos funcionarios y el choque producido por el proceso de reestructuración, en el momento de la centralización, cuando el Municipio no dimensiono la complejidad del sector salud, apoyan el estado actual de la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira

En el interés de combatir estas dificultades y conscientes de los inconvenientes que se presentan en el día a día, por la falta de un plan de mejoramiento continuo, generado a partir de la autoevaluación en el cumplimiento de los estándares de acreditación, el cual es necesario y obligatorio para la dirección local, se vio la necesidad de realizar la Autoevaluación de los estándares de acreditación de la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, de acuerdo a la resolución 3960 de 2008, no solo como exigencia actual para la institución, sino también para la identificación de las principales falencias que impiden el cumplimiento de las funciones, competencias y responsabilidades asignadas de acuerdo a la Ley 715 de 2001 y demás normas que influyan sobre ella, finalmente la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, tendrá una herramienta óptima para generar un plan de mejoramiento acorde a las dificultades y necesidades de la misma y de su comunidad.

2. JUSTIFICACION

La acreditación se articula con otros procesos para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de la Protección Social, quien expidió la resolución 1445 de 2006, la cual busca el mejoramiento continuo en la calidad de la prestación de los servicios de salud, garantizar mayor seguridad a los usuarios y reducir los riesgos inherentes a la práctica clínica, para lograr que las empresas sean competitivas Internacionalmente. Posteriormente buscando extender estos objetivos a todo los componentes del sistema de salud, se expidió la resolución 3960 de 2008 donde se define el manual de estándares de acreditación para las entidades territoriales, las cuales a pesar de ser entes únicos en un territorio y por lo tanto no poder competir entre sí, podrán medir la rentabilidad social, mantener y mejorar las condiciones de salud de la población y mejorar los resultados de las acciones del sistema.

Con este trabajo se logrará la autoevaluación en el cumplimiento de los estándares de Acreditación de la Dirección Local del Municipio de Pereira, para iniciar de esta manera el proceso de mejoramiento necesario con miras a lograr la acreditación y la ejecución de los recursos asignados, desarrollando programas, enmarcando su quehacer dentro de las competencias en salud de los municipios, según ley 715 de 2001, así como también realizar acciones necesarias con el fin de articularse con otros sectores para establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones determinantes de dicha situación.

3. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Generar la autoevaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación de la secretaria de salud y seguridad social del municipio de Pereira de acuerdo a la resolución 3960 de 2008 con el fin de contribuir al mejoramiento de la calidad en esta Dirección Local de Salud.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

3.2.1 Realizar la interpretación de los estándares de acreditación de la resolución 3960 de 2008, dándole aplicabilidad con los procesos de la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira.

3.2.2 Realizar la evaluación cualitativa de los estándares de acreditación para las entidades territoriales en la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira

3.2.3 Realizar la evaluación cuantitativa de los estándares de acreditación para las entidades territoriales en la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira

3.2.4 Determinar la calificación de la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira en el cumplimiento de los estándares de acreditación para entidades territoriales.

4. MARCO DE REFERENCIA

La palabra calidad tiene múltiples significados. Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades. Por tanto, debe definirse en el contexto que se esté considerando. (28) La definición de calidad también está directamente relacionada con quien la defina. No es lo mismo, ni potencialmente posible, que diferentes centros de poder acuerden una única definición en un corto párrafo que los satisfaga plenamente. (10)

La CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD es 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. (25)

Hay una serie de factores que inciden sobre la calidad, tales como la infraestructura de los sistemas de salud, entendiendo por esto un complejo sistema de recursos, y la forma como se usan para la producción de los servicios, la forma como está organizado el sistema de prestación de servicios, los recursos económicos del sistema y la gestión misma de estos recursos.

La calidad se debe definir desde una serie de criterios que se mezclan dependiendo del entorno en el cual se encuentre la persona, y de los resultados últimos que se quieran. A continuación se mencionan los más usados

- Eficacia: "Es la capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables". Esta definición implica la atención en un ambiente óptimo y controlado, en donde las variables que influyen sobre el resultado puedan ser controladas por el prestador.

- Efectividad: "Es la mejora de salud alcanzada, o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana". Constituye un modelo más real, fundamentado en el concepto de que no es posible tener certidumbre de todos los acontecimientos en el proceso de atención.

- Eficiencia: es el costo invertido para lograr un determinado estado o mejora en salud. Shaw (1986) afirma que los servicios deben ser provistos no sólo de la

manera menos costosa para el sistema, sino que se debe además evitar el desperdicio de estos servicios en personas que no lo necesitan, dejando a aquellos que realmente lo necesitan sin nada, DiPrete la describe como la relación entre la atención óptima de los pacientes y los recursos con los que se cuenta en el medio.

• Optimización: es la representación progresiva de la decisión sobre hasta qué punto es necesario invertir para lograr un grado óptimo de salud, más allá del cual resulta ineficiente o inseguro seguir aplicando tecnologías en el proceso de atención.

• Aceptabilidad: es la adaptabilidad de la atención a los deseos, a las expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. Esta aceptabilidad, puede verse de manera más integral si se observan elementos de accesibilidad (obtener asistencia cuando se requiera), de la relación médico - paciente (que se les trate con consideración, respeto, se les suministren explicaciones sobre su estado de salud), del confort de la atención, de las preferencias del paciente sobre la efectividad de la atención y de las preferencias del paciente sobre el costo de la atención.

• Legitimidad: este concepto es también la suma de una serie de elementos, pero su trasfondo señala que los aspectos importantes para el individuo en la atención en salud, sean igual de importantes para la sociedad como un todo, y que no se acuda a una serie de elementos que no impliquen un bien común para la sociedad.

• Equidad: Aukett (1994) es la justa distribución de los servicios dentro de la comunidad, de acuerdo con las necesidades de los individuos (10).

Accesibilidad: posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema general de seguridad social en salud. Hay por lo menos tres tipos: 1) material (distancia, transporte, horarios), 2) económicas (costos de viaje, de los honorarios) y 3) sociales o culturales (barreras por pautas culturales, del idioma, etc.)

• Oportunidad: 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. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios con respecto a la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

• Seguridad: conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probadas, que propenden por

minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

- Pertinencia: 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: grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico. (21)

En Colombia los principios de la calidad en salud inician con la Ley 9 de 1979 con la cual se dictan las medidas sanitarias, en 1981 se habló del código de ética de la atención médica, posteriormente con la Ley 10, también se tocó el tema de calidad; la Ley 100 le da categoría de Principio a la calidad y lo describe como uno de sus fundamentos. La Ley 715 establece como función del ministerio: determinar responsabilidad para definir el SOGC.

A partir de la ley 100 comenzó el desarrollo normativo de una serie de contenidos que metodológicamente representaron algo para el sistema. Si bien existen algunas referencias legales que tenían que ver con calidad, como el Decreto 1917 de 1994, formalmente el sistema obligatorio de garantía de calidad solo apareció hasta el año 1996, a través del Decreto 2174 de 1996, con su resolución 4445 de 1996 y, posteriormente, por el 2309 de 2002, con su resolución 1439 del 2002y el Decreto 1011 de 2006, con la resolución 1043. Cada uno de estos ha derogado a su antecesor. (10)

4.1 ANTECEDENTES SGSS EN COLOMBIA

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

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

- Centralización de las funciones de direccionamiento, financiación y control por parte de Ministerio de Salud.
- Administración desconcentrada de personal y de algunas instituciones en los Servicios Seccionales de Salud.

- Ninguna o muy poca injerencia de los entes territoriales (departamentos y municipios) en los procesos de dirección y operación.
- Concentración de la dirección técnica de los servicios en Unidades Regionales, dependientes del Ministerio de Salud.
- Operación de los hospitales sin autonomía administrativa, totalmente dependientes del Ministerio de Salud.
- Escaso o nulo desarrollo financiero, con un alto grado de inequidad y de ineficiencia. El 50 por ciento de los subsidios se concentraba en los estratos más pobres y el 80 por ciento del total del gasto en los niveles II y III.

El proceso de descentralización del sector público de la salud se inició en Colombia, con el Decreto 77 de 1987 y la Ley 10 de 1990; y posteriormente con la Ley 60 de 1993. Finalmente, se articuló con la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud de diciembre de 1993, con la aprobación de la ley 100. Estos procesos, están fundamentados y enmarcados en la Constitución Política de Colombia. (24)

La ley 10 de 1990 introdujo cambios importantes al adecuar al sector a las tendencias descentralizadoras, hacia la municipalidad, modificando fundamentalmente la oferta de servicios de salud, pero sin lograr cambiar el modelo. Se planteó nuevamente la necesidad de reorientar la acción sectorial, pero no se crearon las condiciones que la hicieran posible; de ahí que la práctica de las instituciones y los profesionales de la salud no tuvo modificaciones sustanciales. (11)

En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. (9)

La ley 60 de 1993 posibilitó un cambio en el modelo de salud, al separar los recursos y las responsabilidades de los entes del sector y definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales. El hospital dejó de ser el centro del sistema, trasladándose a la dirección local de salud. Igualmente deja de ser el responsable del nivel de salud de la comunidad y centra su acción en su recuperación, la cual debe lograr con acciones técnicas y humanas de alta calidad pertinente y accesible oportunamente a los grupos humanos que confían en él sus problemas de salud. La secretaria o dirección local de salud asume el compromiso de lograr un mejor nivel de salud y vida para la población a través de acciones

propias y concertadas con otros sectores del desarrollo a nivel local. Por primera vez hay un espacio real para la promoción de la salud. (11)

La ley 100 de 1993 continuó el proceso de cambio en el sector, pero actuando principalmente sobre la demanda de servicios. Posibilitó la universalidad con solidaridad al crear nuevos recursos para el sector, estimula la eficiencia y la calidad y destina recursos específicamente para la promoción de la salud. (11), creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001. (9)

La ley 715 de 2001 dictó algunas normas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, por parte de cada uno de los actores del sistema.

En el artículo 44 se encuentran definidas las actividades a desarrollas por parte de los municipios las cuales comprenden:

- La dirección del sector en el ámbito municipal
- El aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Competencias en Salud Pública

En el artículo 60 de esta ley, se define la financiación de las direcciones territoriales de salud. (2)

La Ley 1122 de 9 de enero de 2007 realizó algunos ajustes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de mejorar la prestación de los servicios a los usuarios, por lo cual las principales modificaciones fueron basadas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. Para lograr lo anterior se incrementó las cotizaciones del régimen contributivo y el porcentaje que los entes territoriales debían destinar a la afiliación de la población pobre de los recursos del Sistema General de Participaciones, de las rentas cedidas y de ETESA, buscando incremento de la cobertura del Régimen Subsidiado, disminuyendo la proporción que corresponde al Gobierno Nacional, pero no lograría la cobertura universal por la exclusión de la población entre 19 y 24 años soltera, desempleada y no estudiantil y el nivel III del SISBEN. Así mismo se le dieron nuevas funciones a la Superintendencia Nacional de Salud en aspectos de inspección, vigilancia y control, que correspondían al poder judicial. (26)

La resolución 3042 de 2007 reglamentó la organización de los Fondos de Salud de las Entidades Territoriales, la operación y registro de las cuentas maestras para el manejo de los recursos de los Fondos de Salud. (19)

El decreto 4747 de 2007 regula aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. (16)

El Decreto 3039 de 2007, adoptó el Plan Nacional de Salud Publica 2007-2010, el cual se estableció para obligatorio cumplimiento de todos los entes interesados en Salud, incluido el Municipio. (15)

La resolución 0425 de 2008 define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación y control del plan de salud territorial, y las acciones que integran el plan de salud pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales. (17)

Acuerdo 415 de 2009 modifica la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud. (3)

4.2 ANTECEDENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DEL MUNICIPIO DE PEREIRA.

La Secretaria de Salud y Seguridad social del municipio de Pereira sufrió varios cambios a través del tiempo en su denominación y funciones según la normatividad, hasta llegar a lo que existe actualmente, sus cambios principales fueron dados por el acuerdo 061 del 23 de Septiembre de 1992, donde se modifica la denominación y se reestructura el Instituto Municipal de Beneficencia y Salud de la ciudad de Pereira, el cual en adelante se llamó Instituto Municipal de Salud, a partir de este momento se le encargó la Dirección del Sistema Local de Salud del Municipio de Pereira en el Primer Nivel de Atención, en orden a desarrollar los conceptos de Fomento, Prevención, Protección y Rehabilitación y prestar asistencia pública en salud a los niños, la mujer embarazada y los ancianos en los términos de la Constitución Nacional y la Ley. (1)

Por lo anterior, la dirección y la prestación de los servicios de salud de primer nivel de Atención en Salud, en la ciudad de Pereira estuvo a cargo del departamento a través del Hospital Universitario San Jorge hasta el 31 de Diciembre de 1994.

A partir del 1 de enero de 1995 se dio la descentralización de la administración de los servicios de salud y se asignaron responsabilidades a los diferentes niveles de

atención, en cabeza del Instituto Municipal de Salud como ente rector en Salud, tal como lo estableció la ley 10 de 1990.

Posteriormente en el año 2000 se produjo una nueva descentralización con la cual se creó la E.S.E Salud Pereira quien se encargó de la prestación de los servicios y el Instituto Municipal de Salud de la administración del sistema de salud de la ciudad.

El 25 de septiembre de 2006 se produce la liquidación del Instituto Municipal de Salud y se crea la actual Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, con nuevas funciones y responsabilidades de acuerdo a la Ley 715 de 2001, al tiempo que se realizaba esta nueva organización, se generan cambios legislativos como son la Ley 1122, el decreto 3039 y la resolución 0425, por lo cual fue más dificultoso para la institución, acoplarse a estas normas y cumplir con sus funciones de manera adecuada.

4.3 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD

El Sistema Obligatorio de Garantía de La Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue organizado por el DECRETO 2174 DE 1996 para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (13), la cual se definió como 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 los usuarios.

Para cumplir con este propósito es necesario contar con unas CONDICIONES DE CAPACIDAD TECNOLÓGICA Y CIENTÍFICA que no son otra cosa que las condiciones básicas de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

Teniendo en cuenta que mediante el DECRETO 4295 DE 2007 se reglamentó parcialmente la Ley 872 de 2003, la cual creó el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público, que deberá ser implementado por las entidades Públicas a las cuales le aplique y que requieran sistemas específicos de calidad que propendan por el mejor desempeño institucional o de cada Sector Administrativo, se decretó fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de

Calidad de la Atención de Salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.

El Decreto 1011 de 2006, se definió cuatro componentes dentro del SOGC, así:

Sistema Único de Habilitación.
Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
Sistema Único de Acreditación.
Sistema de Información para la Calidad. (25)

4.3.1 Sistema Único de Habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB. (12)

4.3.2 Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Se define como el mecanismo sistemático y continúo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC – es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

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

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

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC deberá ser elaborado teniendo en cuenta estándares superiores a los que se establecen en el Sistema Único de Habilitación. (25)

4.3.3 Sistema de información para la calidad. El Ministerio de la Protección Social diseñó e implementó un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de

estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social incluyo en su página web los datos del Sistema de Información para la Calidad con el propósito de facilitar al público el acceso en línea sobre esta materia. (22)

4.3.4 Sistema Único de Acreditación. Acreditación es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que decidan acogerse a este proceso. Es realizado por personas idóneas, entrenadas para tal fin y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizadas para dicha función. (22)

Todo Prestador de Servicios y EAPB deberá contar con la Certificación de Cumplimiento de las Condiciones para la Habilitación como condición para acceder a la acreditación, para las entidades Territoriales no se cuenta con estándares de habilitación definidos.

La acreditación es el mejor instrumento de competencia por calidad; situación que es bien clara para los prestadores o aseguradores que en el sistema compiten libremente por el mercado. Situación que no se presenta para el caso de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS), en razón a que son entes únicos que no compiten entre sí, pero que sí desarrollan una fundamental función social como es la administración global del sistema a nivel local, y por lo tanto se transforma de un instrumento de competencia por calidad entre organizaciones, en un instrumento de control y evaluación social que pretende medir la rentabilidad social y el desempeño por calidad de nuestras Direcciones Territoriales, como una estrategia de empoderamiento de la comunidad en general para que evaluemos de manera objetiva de acuerdo con sus competencias, la administración local del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (27)

La metodología de la Acreditación apareció en el mundo por primera vez a comienzos del siglo XX cuando Ernest A. Codman propone el “Standard Mínimo”, base del primer programa de estandarización de hospitales (1918), muchas décadas antes de que se propusieran estrategias similares (convergentes) en el modelo industrial. Durante este tiempo la metodología se ha refinado y madurado llegando a las técnicas modernas actuales de acreditación basadas en los

conceptos y métodos del mejoramiento continuo de la calidad, que miran a la organización de manera integral, centran la estrategia de mejoramiento en la búsqueda de resultados centrados en el cliente.

Hacia el final del siglo XX se inicia un proceso de creación de un enfoque global a escala internacional para los procesos de acreditación en el mundo liderado por la International Society for Quality in Healthcare (ISQua). Tal proceso, denominado "Programa Internacional de Acreditación", se realiza a través de la estandarización mediante dos vías: 1. Un set de estándares para evaluar al ente acreditador denominado estándares internacionales de acreditación y 2. Unos principios generales con los cuales se pueden estandarizar los estándares de acreditación denominados Principios Internacionales para Estándares de Atención en Salud. (4)

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un "Manual de Acreditación de IPS", tomando como referencia el "Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe", publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en una prueba piloto a un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras. Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido. (9)

Con los artículos 76 y 78 del decreto 1298 de 1994, por el cual se expidió el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se buscó que el Gobierno nacional propiciara la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad y promover su mejoramiento y expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud y en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. (5)

El decreto 1298 fue reglamentado por el Decreto 1918 de 1994, en el cual se dan las pautas para la obtención de la licencia de funcionamiento de los establecimientos que prestan servicios de salud, así mismo se creó el sistema de acreditación en salud, el consejo nacional de acreditación de instituciones prestadoras de servicios de salud y se determinaron sus funciones. (7)

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud (14). Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. (9)

Con la Resolución 1474 de 2002 se reglamentó como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC), el Sistema Único de Acreditación en Salud. (6)

El desarrollo del proceso en Colombia incluyó la revisión de experiencias internacionales y de los diferentes modelos aplicados en algunos países, lo cual posibilitó incorporar en el diseño del sistema algunos de los elementos que caracterizan las más avanzadas experiencias de calidad en el mundo. El modelo Colombiano además incorpora algunas características muy propias como:

Es operado por un ente acreditador único el cual lidera el sistema en ejercicio de una concesión del Estado, implementando las políticas de calidad del país y bajo la supervisión del concedente, en este caso el Ministerio de la Protección Social.

La acreditación se encuentra completamente integrada en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Este modelo garantizó procesos únicos, eficientes y transparentes para la etapa de evaluación y otorgamiento del Certificado de Acreditación en Salud y le brindó al sistema una imagen de credibilidad, solidez y transparencia que serán clave en el éxito de la estrategia.

En el caso específico de ICONTEC, sus funciones como ente acreditador mientras dure la concesión otorgada por el Estado están claramente diferenciadas y

funcionan independientemente de su rol como ente certificador, normalizador o institución educativa.

Lo anterior significa que si una institución eventualmente ha sido certificada en un proceso ISO, el hecho de que ICONTEC sea su ente certificador o no, no le brinda ninguna posición preferencial para ser acreditado en salud. Igualmente, en el caso de las actividades educativas, haber recibido capacitación por parte del área educativa de ICONTEC tampoco le brinda ninguna ventaja adicional en el proceso de obtención del certificado de acreditado en salud. (4)

Esto se relaciona con el artículo 43 del decreto 1011 de 2006 el cual habla de la entidad acreditadora así: El Sistema Único de Acreditación estará liderado por una única entidad acreditadora, seleccionada por el Ministerio de la Protección Social de conformidad con lo estipulado en las normas que rigen la contratación pública, quien será la responsable de conferir o negar la acreditación. (12)

Durante los meses de abril a junio del 2004 se diseñó el servicio de Acreditación en Salud para Colombia, que está contenido en su mayor parte en la denominada Ruta Crítica de la Acreditación.

Por ruta crítica de la acreditación se entiende todo el proceso que una institución de salud experimenta, desde el momento de tomar la decisión de solicitar la evaluación para la acreditación, hasta la decisión final de la acreditación y su seguimiento.

El punto de partida del proceso es la evaluación interna, que permite que la alta gerencia se forme un juicio objetivo de su desempeño y compromiso con el proceso de mejoramiento continuo de la calidad. La evaluación interna se convierte en un instrumento esencial para conocer las fortalezas, debilidades, desviaciones, aciertos, eficacia, eficiencia, economía, legalidad y mejoras de los sistemas de la institución. (9)

En el artículo 44 del decreto 1011 de 2006 encontramos el Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación. La Entidad Acreditadora aplica los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación que para el efecto proponga la Unidad Sectorial de Normalización y adopte el Ministerio de la Protección Social, los cuales deben revisarse y ajustarse, en caso de ser necesario, por lo menos cada tres (3) años. (12)

De acuerdo al artículo 2 de la resolución 1445 de 2006 se adoptan los manuales de estándares de acreditación para:

- Manual de Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.-EAPB.-

- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Hospitalarias.
- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Ambulatorias.
- Manual de Estándares de Acreditación para los Laboratorios Clínicos.
- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología.
- Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilitación y Rehabilitación. (18)

El Sistema Único de Acreditación se orientó por los siguientes principios:

- Confidencialidad. La información a la cual se tenga acceso durante el proceso de acreditación, así como, los datos relacionados con las instituciones a las cuales les haya sido negada la acreditación, son estrictamente confidenciales, salvo la información que solicite el Ministerio de la Protección Social relacionada con el número de entidades que no fueron acreditadas. No obstante, la condición de Institución acreditada podrá hacerse pública, previa autorización de esta.

- Eficiencia. Las actuaciones y procesos que se desarrollen dentro del Sistema Único de Acreditación procuró la productividad y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles.

- Gradualidad. El nivel de exigencia establecido mediante los estándares del Sistema Único de Acreditación será creciente en el tiempo, con el propósito de propender por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud. (12)

El Sistema Único de Acreditación está completamente articulado con los demás componentes del SOGC de la Atención en Salud, en tanto que la habilitación está planteada para proteger al paciente de la prestación de servicios en las cuales los riesgos sean potencialmente inaceptables desde el punto de vista del sistema, la acreditación direcciona hacia la excelencia en el desempeño y la auditoría sirve de elemento de comprobación acerca de si la atención observada efectivamente ha alcanzado tales niveles. Asimismo, se constituye en un mecanismo de aseguramiento de las mejoras conseguidas. Finalmente, el sistema de información articula los diferentes componentes y es el mecanismo a través del cual se materializó el incentivo de prestigio. (4)

La resolución 3960 de 2008, modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y sus anexos técnicos, incluyendo el punto 7: Manual de estándares de acreditación para las direcciones territoriales de salud con sus respectivos anexos técnicos

Para la construcción de los estándares se definió un modelo de gestión de una dirección de salud basado en el modelo de enfoque sistémico y sistema viable referido en el marco conceptual, el cual tiene cuatro fases:

La primera fase de ésta construcción es la definición del rol y los alcances del sistema de salud en el nivel territorial, de acuerdo con las competencias técnicas definidas por la Ley a las entidades territoriales de salud, y enmarcadas en el modelo de seguridad social en salud. Se trata de definir qué es lo que hace el sistema, para que lo haga y cómo lo debe hacer.

En una segunda fase, Las conclusiones sobre los alcances y propósitos del sistema, se inscriben en el modelo de sistema viable, resumido en el marco conceptual, en el cual el primer gran "cómo", compone la función de política del sistema.

En la tercera fase, cada una de las funciones del sistema se precisan en acciones específicas y cada una de las actividades primarias se desdoblan en niveles de complejidad. Esta precisión de funciones y desdoblamiento de actividades del mapa de funciones y actividades del sistema de un ente territorial en salud, se verán en el desarrollo del manual.

En una cuarta fase, a partir del mapa de funciones y actividades primarias y su despliegue, se definen secciones, estándares y criterios así:

- Las grandes actividades o procesos de la función de política y cohesión, en la que se establecen las secciones de estándares de estas funciones.

- Las actividades primarias de las funciones de cohesión y de apoyo, corresponden a las secciones de estándares de estas funciones.

El primer nivel de despliegue de complejidad de las actividades primarias corresponde a los estándares. El segundo nivel de despliegue de complejidad corresponde a los criterios de los estándares.

4.3.4.1 Los procesos objeto de la acreditación. El modelo planteado, parte de la base de que la población de la jurisdicción del ente territorial, es el cliente a quien van dirigidas las acciones de mantenimiento y mejoramiento de la salud.

De otra parte el modelo identifica un sistema en el cual intervienen una serie de organizaciones de las cuales la entidad territorial es la institución que lidera, coordina a las demás y dirige y evalúa el sistema, para el logro de su propósito.

➢ Los procesos o actividades en la función de política. Bajo estas premisas, la primera gran responsabilidad o función que asume el ente territorial es la adopción

y adaptación de las políticas nacionales en salud en el sistema de seguridad social en salud de su jurisdicción (municipal, distrital o departamental), que en el modelo viable se identifica como la función de política.

Esta función de política se concreta en seis grandes actividades o procesos:

• El direccionamiento del sistema de salud, es decir la generación de las directrices para que el sistema cumpla con el propósito establecido, mediante la adopción y adaptación de las políticas nacionales en salud y en el sistema general de seguridad social en salud.

• La gerencia del sistema de salud, en la cual las políticas y directrices territoriales, son llevadas a la operación por la dirección territorial de salud hacia los procesos internos y hacia las demás entidades del sistema.

• Control al sistema, en el cual el ente territorial establece sistema de evaluación y control sobre las directrices impartidas de manera que sea capaz de retroalimentar las políticas y directrices y realizar los ajustes e intervenciones necesarias para que se logren los propósitos

• Fortalecimiento del sistema, en el cual la entidad territorial busca orientar y dar asistencia técnica sobre las directrices y operación del sistema, mejorando la capacidad de las demás instituciones y actores del sistema de salud territorial para responder a los retos que impone el sistema.

• Rendición de cuentas, en el cual se involucra nuevamente a la comunidad para que conozca los resultados obtenidos de la gestión en el sistema y el impacto de la implementación de las políticas y directrices diseñadas.

• Control a la oferta de servicios y de la tecnología, en el cual la entidad territorial establece las directrices y mecanismos para el funcionamiento, la coordinación de redes de servicios y la gestión costo efectiva de la tecnología

Tabla 1. Grupo de Estándares de la función Política

FUNCION POLITICA	Direccionamiento de sistema de salud
	Gerencia del sistema de salud
	Control al sistema
	Fortalecimiento del sistema
	Rendición de cuentas
	Control a la oferta de servicios y de la tecnología
	Estándares de mejoramiento de la calidad

➢ Los procesos o actividades en la función de inteligencia: La segunda responsabilidad o función que asume el ente territorial se relaciona con las

acciones de lectura del entorno para identificar las variables que pueden afectar en forma positiva o negativa al sistema para cumplir con su propósito.

La herramienta fundamental identificada en el modelo de gestión para la acreditación de los entes territoriales es el sistema de información que prevea el ente territorial para la lectura del entorno.

Tabla 2. Grupo de Estándares de la Función de Inteligencia

FUNCION DE INTELIGENCIA	Gestión de la información
	Estándares de mejoramiento de la calidad

➢ Acciones de atención en salud a las personas, la población y el medio ambiente: La tercera responsabilidad, es la ejecución de las actividades que permiten a la entidad territorial, el proceso de transformación, es decir las acciones para el cumplimiento del propósito del sistema y de los mecanismos de control requeridos.

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

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

Gestión del acceso a la prestación de servicios de salud: Lo primero, es garantizar que la población pueda obtener los servicios de salud que se tienen previstos para recuperar o mantener sus condiciones de salud. Para el efecto, una primera actividad o proceso es fomentar que la población conozca el sistema para que pueda acceder a él con facilidad. Entendiendo que la prioridad para la atención en salud, es la población pobre y vulnerable, la siguiente actividad o proceso es la identificación de esta población.

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

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

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

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

Salud Pública: El segundo nivel del ciclo para mantener y mejorar las condiciones de salud de la Población en el nivel territorial, una vez garantizado el acceso de la población, se enmarca en el concepto de salud pública.

Para el efecto, se tomaron como referentes, la recientemente expedida política de salud pública o plan nacional de salud pública, que da los lineamientos en el país en este tema, y como referente el documento de los 10 servicios esenciales de salud pública de la asociación americana de salud pública.

Con el plan nacional de salud pública y los diez servicios esenciales, se definió el marco de la salud pública cuyo propósito es tener personas sanas en una comunidad sana. Esto implica la promoción de una salud física y mental, y la prevención del daño, la enfermedad y la discapacidad.

La responsabilidad de las entidades territoriales con este marco están en:
• Prevenir las epidemias y la difusión de la enfermedad
• Proteger contra el daño por el medio ambiente
• Prevenir los daños y enfermedades
• Promover y fomentar los comportamientos sanos y la salud mental
• Responder en los desastres y asistir a la comunidad en su recuperación

En este contexto, el despliegue de esta actividad primaria, la salud pública se concreta en un ciclo que inicia con la identificación y definición de las condiciones de salud de la población y la implementación de los programas de vigilancia epidemiológica.

La participación de la comunidad en la identificación de las condiciones de salud, y en la definición de directrices y políticas de salud pública se establece como un componente que permite mayor efectividad de las acciones.
A partir del diagnóstico se construye e implementa un plan que incluye, las acciones de articulación con otros sectores que inciden en la prevención y control de riesgos para la salud, la ejecución de programas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, definición de estrategias de mejora de los

determinantes de condiciones de salud y ejecución de políticas de salud pública, y la evaluación, seguimiento y control de cada una de estas acciones.

Gestión para el financiamiento del sistema. La tercera actividad primaria, la constituye la responsabilidad de la entidad territorial en la generación, asignación y control de los recursos para la ejecución de las actividades de gestión del acceso y de salud pública con el propósito del mantenimiento y mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

En el sistema de seguridad social en salud Colombiano, la responsabilidad de los entes territoriales, incluye la identificación, recaudo, generación, asignación, control y evaluación de los recursos nacionales o de rentas territoriales para financiar las acciones de salud en el nivel territorial.

El despliegue de esta actividad primaria se concreta en un ciclo que comprende la planeación y asignación de recursos financieros, su generación y recaudo, y su ejecución, control y evaluación.

Tabla 3. Grupo de Estándares de Acciones de Atención en Salud a las Personas, La Población y el Medio Ambiente.

ACCIONES DE ATENCION EN SALUD A LAS PERSONAS, LA POBLACION Y EL MEDIO AMBIENTE	Gestión del acceso a la prestación de los servicio de salud (Promoción de la afiliación al sistema)
	Gestión del acceso a la prestación de los servicio de salud (Identificación y análisis de la información de afiliación y estado de salud de la población de su jurisdicción)
	Gestión de la prestación de servicios a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda, en su nivel de competencia
	Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud
	Administración de operadores de subsidio
	Vigilancia y control sobre la atención en salud
	Estándares de mejoramiento de la calidad
	Salud pública caracterización de las condiciones de salud para la implementación de las acciones colectivas de salud publica
	Gerencia de las acciones de programas de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de riesgos y daños en salud
	Estándares de mejoramiento de la calidad
	Gestión de recursos financieros planeación y asignación de recursos
	Generación de recursos y gestión del recaudo

	Evaluación y seguimiento de recursos financieros
	Estándares de mejoramiento de la calidad

➢ La función de apoyo a la dirección territorial en salud: Finalmente la dirección territorial en salud desarrolla actividades de apoyo para la adecuada ejecución de t odas sus demás actividades.

El despliegue de esta actividad de apoyo se concreta en la gestión del recurso humano de la organización y la gestión de los equipos, la infraestructura y los insumos, necesarios para responder a sus responsabilidades.

Tabla 4. Grupo de Estándares de la Función de Apoyo a la Dirección del Sistema

FUNCIONES DE APOYO A LA DIRECCION DEL SISTEMA	Recurso humano
	Estándares de mejoramiento de la calidad
	Gerencia del ambiente físico
	Estándares de mejoramiento de la calidad

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

Ese sistema explícito debe comprobar el estadio de avance en el cual se encuentra el estándar y definir cuáles variables integran el sistema de calificación.

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

➢ Enfoque: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar (20), en otras palabras, las actividades planeadas para lograr el objetivo se deben analizar desde diferentes dimensiones que garanticen la efectividad de las mismas, las dimensiones propuestas para la evaluación de los estándares de acreditación son:

• Sistematicidad y Amplitud: donde la primera es la forma ordenada de aplicación del proceso, de acuerdo a las actividades planteadas, que interactúan entre sí para el logro del objetivo. (8) y la segunda es el grado en que se despliegan las actividades propuestas que permitan lograr los objetivos propuestos.

• Proactividad: Es la toma de decisiones de manera organizada y responsable logrando definir que se va a hacer, cómo y cuándo. (23)

• Ciclo de evaluación y mejoramiento: Es el seguimiento que se realiza al cumplimiento de las actividades propuestas y las acciones de mejoramiento planteadas a partir de esta evaluación.

➢ Implementación: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución (20), es poner en funcionamiento o aplicar las medidas necesarias para llevar a cabo las actividades que logren objetivo propuesto. (29), lo constituyen:

• Despliegue en la institución: Es el grado en que se han implementado en todas las áreas de la compañía, las actividades planeadas para lograr el objetivo.

• Despliegue hacia el usuario. Es el grado en que se han implementado las actividades propuestas y son percibidas por los clientes internos y/o externos.

➢ Resultados: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques (26) y está conformado por:

• Pertinencia: grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.

• Consistencia: relación de los resultados obtenidos con las actividades propuestas para el logro de los objetivos.

• Avance de la medición: Es el seguimiento realizado a los resultados obtenidos de la aplicación de las actividades, con indicadores que demuestren su mejoría en el tiempo

• Tendencia: desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.

• Comparación: grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos

Los estándares de acreditación representan la concreción en la operación de la política de calidad del sistema de seguridad social en salud y los estándares definen el modelo de excelencia y óptimo rendimiento hacia el cual se debe mover la atención en salud en Colombia, tanto en la presentación como en el aseguramiento. (20)

Tabla 5. Escala de Calificación de Estándares de Acreditación (Hoja Radar)

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
Sistematicidad y amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Proactividad	Los enfoques son mayoritariamente reactivos.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
Ciclo de evaluación y mejoramiento	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.

Tabla 5. (Continuación)

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
IMPLEMENTACIÓN Y DESPLIEGUE					
Despliegue en la institución	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
Despliegue al cliente interno y/o externo (según la naturaleza y propósito del estándar)	El enfoque no se despliega hacia los clientes.	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.

Tabla 5. (Continuación)

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
RESULTADOS					
Pertinencia	Los datos presentados **no** responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a **unos pocos** factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de **algunas** áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La **mayoría** de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	**Todos** los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
Consistencia	Solo existen **ejemplos anecdóticos** de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados **todavía incipientes** de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de **algunos** logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	**La mayoría** de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	**Todos** los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.

Tabla 5. (Continuación)

Avance de la medición	**No existen** indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	**Existen algunos indicadores** que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y **muestran ya tendencias positivas** de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición **para la mayoría** de las áreas y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización **y la información se utiliza para la toma de decisiones** y el mejoramiento de los procesos.
Tendencia	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran **resultados muy recientes** que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	**La mayoría** de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan **tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos** los datos a lo largo del tiempo.

Tabla 5. (Continuación)

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
Comparación	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de **algunos** procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel **nacional** de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes **nacionales e internacionales** y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

4.3.4.3 Instructivo Para Calificar los estándares de acreditación: Para generar la autoevaluación de los Estándares de Acreditación se deben seguir los siguientes pasos:

a. Leer todos los estándares del grupo al que pertenece el estándar a calificar.

b. Realizar la interpretación del estándar con la cual todo el grupo esté de acuerdo y comprenda el estándar evaluado.

c. Registrar todas las fortalezas que el equipo considere que están relacionadas con el estándar y ayudan a su cumplimiento.

d. Determinar con que soportes cuenta la organización que validen las fortalezas descritas para el estándar evaluado.

e. Redactar las debilidades de la organización como oportunidades de mejora, con las cuales se lograría el cumplimiento del estándar.

f. A partir de este ítem se iniciará con la evaluación cuantitativa, para lo cual es necesaria la hoja radar, teniendo en cuenta que la calificación máxima es 5 y la mínima es 1.

g. Analizar el estándar por cada uno de los 3 grupos de calificación (enfoque, implementación y resultados), dando un valor a cada una de las subdivisiones, de acuerdo a los conceptos descritos en la hoja radar, para lo cual se debe ubicar en la escala del numeral 3, comparar la organización con las características del numeral 3. Evaluar si corresponde a este numeral. Si corresponde a este, calificar como 3, si no corresponde al numeral 3, porque considera que la organización supera las características de este numeral, desplazarse hacia el numeral 4. Si está acorde con este numeral. Poner 4, si considera que la organización tiene un grado de madurez menor que el numeral 3 se debe desplazar hacia el numeral 2. Si está acorde con este numeral. Poner 2. Y así sucesivamente seguir hacia arriba o hacia abajo.

h. Promediar los datos obtenidos para el estándar, para lograr la calificación del mismo.

i. Realizar los pasos anteriores por cada uno de los estándares de los grupos que conforman las funciones.

j. Promediar cada grupo de estándares, para obtener el nivel de cumplimiento del mismo.

k. Promediar los grupos de cada función, para obtener el cumplimiento de ella.

l. Finalmente promediar los resultados de las funciones para obtener el resultado global en el cumplimiento de los estándares de acreditación de la entidad, el cual debe ser mayor a 2 para postularse a la evaluación de acreditación.

5. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo y evaluativo de corte transversal que evalúo el nivel de cumplimiento de los estándares de acreditación (resolución 3960 de 2008) de la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, de acuerdo a la guía práctica de preparación para la acreditación en Salud del Ministerio de la Protección Social.

Para el cual se conformó un grupo inicial con las estudiantes interesadas en esta tesis y el asesor, quienes generaron una lista de chequeo para cada uno de los estándares de acreditación, una vez terminada se puso a consideración de tres expertos en direcciones locales y con amplia experiencia en el funcionamiento de las mismas, se recibieron dos de las tres revisiones presentadas a los expertos, en las cuales se obtuvo como sugerencia la adhesión a las normas según cada estándar y la presentación de la documentación que soporte el cumplimiento, seguimiento y ejecución de las actividades de los mismos, posteriormente con estas sugerencias fue necesario conformar un nuevo grupo evaluador con personas capacitadas en auditoria y calidad, que conocieran la entidad, sus procesos y actividades, con el fin de generar unas nuevas listas de chequeo teniendo en cuenta las sugerencias de los expertos y la experiencia y conocimiento de los funcionarios.

Posteriormente se presentó la propuesta para realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación de entidades territoriales (resolución 3960 de 2008) al Comité Técnico de la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, con quienes se conformó el grupo evaluador, en el cual debía de participar el secretario de salud, los directores operativos de Salud Pública y Aseguramiento, vigilancia y Control, las profesionales universitarias, el epidemiólogo y la enfermera con quienes se visualizaría la realidad de la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, para la posterior toma de decisiones y generación de planes de mejoramiento de acuerdo a las realidades de la entidad, con ellos se realizó un cronograma para la aplicación de la resolución 3960 de 2008, se dio inicio al mismo realizando la evaluación cualitativa y cuantitativa de cada uno de los estándares de acreditación, teniendo en cuenta la guía de acreditación expedida por el Ministerio de la Protección Social y la lista de chequeo generada por el grupo de Calidad y las sugerencias de los expertos en entidades territoriales, esta labor fue desarrollada aproximadamente en 30 horas y los resultados se fueron tabulando en una hoja de cálculo, ajustada de la matriz proporcionada por el Ministerio de la Protección Social para acreditación de IPS, la cual mostró el nivel de cumplimiento de cada estándar y de cada grupo de estándares Identificándolos por colores de acuerdo al cumplimento de los estándares, donde el naranja corresponde a los estándares que obtienen un nivel de cumplimiento inferior a 2, por lo cual son los más críticos

y susceptibles a mejoramiento inmediato, el amarillo para los estándares que están ente 2 y 3 los cuales a pesar de tener el valor mínimo permitido de aceptación deberán ser intervenidos en un mediano plazo y verde para aquellos que tengan un cumplimiento entre 3 y 5, para los que los planes de mejoramiento podrán plantearse en el largo plazo.

Al concluir la autoevaluación se entregó una copia de la matriz diligenciada por cada uno de los estándares y un informe ejecutivo en el cual se presentaron los resultados de la secretaría en la autoevaluación de los estándares de acreditación, las conclusiones y recomendaciones.

6. RESULTADOS

Se realizó la calificación de los 112 estándares de acreditación para entidades territoriales en la Secretaría de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, partiendo de una evaluación cualitativa en la cual se identificaron fortalezas, soportes de las fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar; posteriormente se realizó la evaluación cuantitativa en la que se toma como el rango más alto 5 y el más bajo 1, esta calificación se dio en los siguientes aspectos:

Enfoque: clasificado en sistematicidad y amplitud, proactividad y ciclo de evaluación y mejoramiento.

Implementación y despliegue: clasificado en despliegue en la institución y despliegue al cliente interno y externo

Resultados: Clasificado en pertinencia, consistencia, avance de la medición, tendencia y comparación

Para obtener el título de acreditación ninguno de los estándares o grupo de estándares puede tener una calificación menor a 2, adicionalmente debe alcanzar la puntuación global establecida

Para la verificación detallada de la evaluación realizada a cada estándar, debe remitirse al Anexo No. 1.

Los resultados obtenidos por grupo de estándares fueron:

6.1 FUNCIÓN POLÍTICA

Se evaluaron 37 estándares, con los cuales se alcanzo una calificación promedio de 1,30, para los procesos que la componen así:

- Direccionamiento de sistema de salud: 1,36
- Gerencia del sistema de salud: 1,43
- Control al sistema: 1,0
- Fortalecimiento del sistema : 1,3
- Rendición de cuentas: 2
- Control a la oferta de servicios y de la tecnología : 1,0
- Estándares de mejoramiento de la calidad: 1,0

Con respecto al enfoque se llego a una calificación promedio de 1,28, obteniendo para cada uno de sus componentes un promedio de:

- Sistematicidad y amplitud: 1,32
- Proactividad: 1,38
- Ciclo de evaluación y mejoramiento: 1,35

Para implementación se obtuvo una calificación promedio de 1,43 y para sus componentes de:

- Despliegue en la institución: 1,35
- Despliegue al cliente interno y/o externo: 1,51

Y finalmente para el grupo Resultados el promedio fue de 1,18 donde sus componentes obtuvieron como valor:

- Pertinencia: 1,46
- Consistencia: 1,27
- Avance en la medición: 1,08
- Tendencia: 1,08
- Comparación: 1

Según la calificación anterior la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, presenta grandes falencias en el direccionamiento estratégico, en la estandarización y documentación de los procesos y procedimientos propios de la dirección de la entidad, así como el control de los mismos, estas deficiencias son el resultado del bajo nivel cumplimiento del enfoque y por consiguiente en los resultados de la función.

6.2 FUNCION DE INTELIGENCIA

Se evaluaron 10 estándares, los cuales obtuvieron una calificación de 1,29, como promedio de los procesos que la componen así:

- Gestión de la información: 1,57
- Estándares de mejoramiento de la calidad: 1,0

Con respecto al enfoque se llego a una calificación promedio de 1,23, obteniendo para cada uno de sus componentes un promedio de:

- Sistematicidad y amplitud: 1,1
- Proactividad: 1,3

- Ciclo de evaluación y mejoramiento: 1,3

Para implementación se obtuvo una calificación promedio de 1,45 y para sus componentes de:

- Despliegue en la institución: 1,3
- Despliegue al cliente interno y/o externo: 1,6

Y finalmente para el grupo Resultados el promedio fue de 1,36 donde sus componentes obtuvieron como valor:

- Pertinencia: 1,5
- Consistencia: 1,5
- Avance en la medición: 1,4
- Tendencia: 1,4
- Comparación: 1

Actualmente se encuentran inconsistencias en la consolidación, archivo y manejo de la información propia de la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, toda vez que hasta el momento no se ha establecido un proceso adecuado para la custodia de la misma, como lo demuestra la calificación obtenida en el enfoque por lo cual nos es posible la implementación y se obtienen resultados mínimos

6.3 ACCIONES DE ATENCION EN SALUD A LAS PERSONAS, LA POBLACION Y EL MEDIO AMBIENTE

Fueron evaluados 42 estándares, los cuales obtuvieron una calificación total de 1,34, como promedio de los procesos que la componen así:

• Gestión del acceso a la prestación de los servicio de salud (Promoción de la afiliación al sistema): 1,8
• Gestión del acceso a la prestación de los servicio de salud (Identificación y análisis de la información de afiliación y estado de salud de la población de su jurisdicción): 1,9
• Gestión de la prestación de servicios a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda, en su nivel de competencia: 1,17
• Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud: 1,0
• Administración de operadores de subsidio: 1,4
• Vigilancia y control sobre la atención en salud: 2,3
• Estándares de mejoramiento de la calidad: 1,0
• Salud pública caracterización de las condiciones de salud para la implementación de las acciones colectivas de salud pública: 1,51

• Gerencia de las acciones de programas de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de riesgos y daños en salud: 1,5
• Estándares de mejoramiento de la calidad: 1,0
• Gestión de recursos financieros planeación y asignación de recursos: 1,0
• Generación de recursos y gestión del recaudo: 1,23
• Evaluación y seguimiento de recursos financieros: 1,0
• Estándares de mejoramiento de la calidad: 1,0

Con respecto al enfoque se llego a una calificación promedio de 1,31, obteniendo para cada uno de sus componentes un promedio de:

- Sistematicidad y amplitud: 1,01
- Proactividad: 1,52
- Ciclo de evaluación y mejoramiento: 1,39

Para implementación se obtuvo una calificación promedio de 1,37 y para sus componentes de:

- Despliegue en la institución: 1,32
- Despliegue al cliente interno y/o externo: 1,42

Y finalmente para el grupo Resultados el promedio fue de 1,18 donde sus componentes obtuvieron como valor:

- Pertinencia: 1,35
- Consistencia: 1,30
- Avance en la medición: 1,13
- Tendencia: 1,10
- Comparación: 1

Para esta función se encuentra como principal debilidad la falta de estudios de oferta y demanda de los servicios de salud, así como la documentación de los procesos que actualmente realizan, el planteamiento de planes de evaluación y seguimiento a cada una de las actividades principales de la Dirección Local de Salud, lo que se evidencia con la calificación del enfoque, donde el mayor inconveniente es no contar con la sistematicidad necesaria de los procesos.

6.4 FUNCIONES DE APOYO A LA DIRECCION DEL SISTEMA

Con una calificación total de 1,04, como promedio de los 23 estándares que componen esta función de acuerdo a sus subgrupos así:

• Recurso humano: 1,0

• Estándares de mejoramiento de la calidad: 1,0
• Gerencia del ambiente físico: 1,16
• Estándares de mejoramiento de la calidad: 1,0

Con respecto al enfoque se llego a una calificación promedio de 1,06, obteniendo para cada uno de sus componentes un promedio de:

- Sistematicidad y amplitud: 1,09
- Proactividad: 1,09
- Ciclo de evaluación y mejoramiento: 1

Para implementación se obtuvo una calificación promedio de 1,04 y para sus componentes de:

- Despliegue en la institución: 1,09
- Despliegue al cliente interno y/o externo: 1,6

Y finalmente para el grupo Resultados el promedio fue de 1,02 donde sus componentes obtuvieron como valor:

- Pertinencia: 1,09
- Consistencia: 1
- Avance en la medición: 1
- Tendencia: 1
- Comparación: 1

La centralización de procesos importantes en la Alcaldía de Pereira y el tener una planta global hacen que se desconozcan procesos importantes que deben llevarse a cabo con el recurso humano que labora en la institución, de igual forma el no contar con una planta física propia y estar a disposición de las directrices del Municipio hacen que no sea posible el establecer procesos para el cuidado, distribución y manejo de la misma.

Con respecto a la evaluación cualitativa se obtuvo como principal oportunidad de mejora la documentación de procesos para aquellos que se ejecutan de manera parcial y la implementación de los procesos que soporten las actividades y programas que ejecuta la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira y la documentación y apropiación de procesos centralizados los cuales deben reposar y adaptarse a las necesidades de la entidad, por lo cual los resultados del enfoque, la implementación y sus resultados tienen el más bajo valor dentro de la autoevaluación

Tabla 6. Resultado autoevaluación por Grupo de Estándares de cada Función

FUNCIÓN	DEFINICIÓN DE ESTANDAR	# DE CRITERIOS			
FUNCION POLITICA	Direccionamiento de sistema de salud	12	1,36	1,30	1,24
	Gerencia del sistema de salud	8	1,43		
	Control al sistema	6	1		
	Fortalecimiento del sistema	3	1,3		
	Rendición de cuentas	1	2		
	Control a la oferta de servicios y de la tecnología	3	1		
	Estándares de mejoramiento de la calidad	4	1		
FUNCION DE INTELIGENCIA	Gestión de la información	6	1,57	1,29	
	Estándares de mejoramiento de la calidad	4	1		
ACCIONES DE ATENCION EN SALUD A LAS PERSONAS, LA POBLACION Y EL MEDIO AMBIENTE	Gestión del acceso a la prestación de los servicio de salud (Promoción de la afiliación al sistema)	1	1,8	1,34	
	Gestión del acceso a la prestación de los servicio de salud (Identificación y análisis de la información de afiliación y estado de salud de la población de su jurisdicción)	2	1,9		
	Gestión de la prestación de servicios a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda, en su nivel de competencia	6	1,17		
	Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud	1	1		
	Administración de operadores de subsidio	4	1,4		
	Vigilancia y control sobre la atención en salud	2	2,3		
	Estándares de mejoramiento de la calidad	4	1		
	Salud pública caracterización de las condiciones de salud para la implementación de las acciones colectivas de salud publica	1	1,51		
	Gerencia de las acciones de programas de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de riesgos y daños en salud	4	1,5		
	Estándares de mejoramiento de la calidad	4	1		
	Gestión de recursos financieros planeación y asignación de recursos	4	1		
	Generación de recursos y gestión del recaudo	4	1,23		
	Evaluación y seguimiento de recursos financieros	2	1		
	Estándares de mejoramiento de la calidad	4	1		
FUNCIONES DE APOYO A LA DIRECCION DEL SISTEMA	Recurso humano	10	1	1,04	
	Estándares de mejoramiento de la calidad	4	1		
	Gerencia del ambiente físico	5	1,16		
	Estándares de mejoramiento de la calidad	4	1		

Tabla 7. Resultados autoevaluación por variables evaluadas

AUTOEVALUACION ESTANDARES DE ACREDITACION DE LA SECRETARIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL DEL MUNICIPIO DE PEREIRA											
ESTANDAR		ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS				
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
FUNCION POLITICA	DIRECCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD	1,17	1,42	1,50	1,67	1,83	1,75	1,25	1,00	1,00	1,00
	GERENCIA DEL SISTEMA	1,13	1,38	1,63	1,50	1,75	1,63	1,50	1,38	1,38	1,00
	CONTROL AL SISTEMA	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA	1,00	1,67	1,67	1,00	1,33	1,67	1,67	1,00	1,00	1,00
	RENDICION DE CUENTAS	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00
	CONTROL DE LA OFERTA DE SERVICIOS Y DE LA TECNOLOGÍA	1,50	1,50	1,25	1,25	1,50	1,25	1,25	1,00	1,00	1,00
	ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Promedio Función Política	1,16	1,39	1,41	1,28	1,48	1,46	1,33	1,08	1,08	1,00
		1,32			**1,38**		**1,19**				
FUNCION DE INTELIGENCIA	GESTION DE LA INFORMACION	1,17	1,50	1,50	1,50	2,00	1,83	1,83	1,67	1,67	1,00
	ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Promedio función inteligencia	1,08	1,25	1,25	1,25	1,50	1,42	1,42	1,33	1,33	1,00
		1,19			**1,38**		**1,30**				

Tabla 7. (Continuación)

ESTANDAR		ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS				
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
ACCIONES DE ATENCIÓN EN SALUD A LAS PERSONAS, LA POBLACIÓN Y EL MEDIO AMBIENTE	GESTIÓN DEL ACCESO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PROMOCIÓN DE AFILIACIÓN AL SISTEMA	1,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00
	IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE AFILIACIÓN Y ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE JURISDICCIÓN	1,00	2,50	2,00	2,00	2,50	2,50	2,50	1,50	1,50	1,00
	GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA, EN SU NIVEL DE COMPETENCIA	1,00	1,17	1,17	1,17	1,33	1,17	1,33	1,17	1,17	1,00
	AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	ADMINISTRACIÓN DE OPERADORES DE SUBSIDIO*	1,00	2,00	1,75	1,50	1,75	1,50	1,50	1,00	1,00	1,00
	VIGILANCIA Y CONTROL SOBRE LA ATENCIÓN EN SALUD	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,50	2,50	2,00	2,00	1,00
	ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	SALUD PÚBLICA CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES COLECTIVAS DE SALUD PUBLICA	1,56	1,75	1,56	1,56	1,69	1,69	1,63	1,38	1,31	1,00

Tabla 7. (Continuación)

ESTANDAR		ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS				
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
ACCIONES DE ATENCIÓN EN SALUD A LAS PERSONAS, LA POBLACIÓN Y EL MEDIO AMBIENTE	GERENCIA DE LAS ACCIONES DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA Y PREVENCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN SALUD	1,00	1,67	1,67	2,00	2,00	2,33	1,33	1,00	1,00	1,00
	ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS PLANEACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	GENERACIÓN DE RECURSOS Y GESTIÓN DEL RECAUDO	1,00	2,50	1,75	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RECURSOS FINANCIEROS	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Promedio de acciones de atención en salud a las personas, la población y el medio ambiente.	1,04	1,61	1,49	1,44	1,59	1,48	1,41	1,22	1,14	1,00
		1,38			**1,52**		**1,25**				

Tabla 7. (Continuación)

ESTANDAR		ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS				
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
FUNCIONES DE APOYO A LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA	RECURSOS HUMANOS	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	1,40	1,40	1,00	1,00	1,40	1,40	1,00	1,00	1,00	1,00
	ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Promedio Función de Apoyo a la Dirección del Sistema	1,10	1,10	1,00	1,00	1,10	1,10	1,00	1,00	1,00	1,00
		1,07			**1,05**		**1,02**				
Promedio Funciones		**1,10**	**1,34**	**1,29**	**1,24**	**1,42**	**1,36**	**1,29**	**1,16**	**1,14**	**1,00**
		1,24			**1,33**		**1,19**				

7. CONCLUSIONES

Es necesario plantear por parte del Ministerio de la Protección Social y el ICONTEC espacios para capacitar a las entidades Territoriales que quieren aplicar estándares de acreditación.

La Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira requiere documentar, implementar y articular los procesos de acuerdo a las indicaciones del SOGC con el fin de permitir la disponibilidad constante de la información.

Es evidente que la Secretaria de Salud y Seguridad Social cuenta con un Sistema de Gestión de Calidad, pero este no es armonizable con lo requerido por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Manual de Procesos y Procedimientos de la Dirección Local de Salud no se ajusta a las necesidades establecidas por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud por estar basado en la ley 872 de 2003.

Luego de los cambios establecidos por la Ley 1122 al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se han desarrollado nuevas competencias y funciones que afectan el funcionamiento de la Secretaria de Salud y Seguridad Social, esto sumado a la reciente restructuración sufrida por la Dirección Local de Salud del Municipio, hace que en muchas ocasiones no se tenga una plataforma estratégica bien definida, afectando la función política de la Secretaria de Salud y Seguridad Social.

Se requiere un proceso de capacitación a los funcionarios de la Secretaria de Salud y Seguridad Social, tanto de sus funciones y competencias, como los requerimientos para la acreditación.

Todos estos cambios sufridos por la Actual secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, han producido un desequilibrio en su funcionamiento.

8. RECOMENDACIONES

8.1 PARA LA METODOLOGÍA DE AUTOEVALUACIÓN

Se recomienda a la Metodología de Autoevaluación de los Estándares de Acreditación para DLS Segmentar el estándar de salud pública y no calificarlo como un todo.

Corregir la resolución informada en el estándar No. 3 de gestión recursos financiero que se encuentra dentro del grupo de estándares de acciones de atención en salud a las personas, la población y el medio ambiente toda vez que la correcta es la resolución 3042 de 2007

Determinar la entidad a la que aplican los estándares 3 y 4 del grupo de gestión recursos financiero que se encuentra dentro del grupo de estándares de acciones de atención en salud a las personas, la población y el medio ambiente ya que solo aplican a entidades descentralizadas

En el estándar 15 de gestión del acceso de la prestación de servicios de salud que integra el grupo de acciones de atención en salud a las personas, la población y el medio ambiente, si aplicaría para entidades territoriales, porque a pesar de no habilitar si evalúan el cumplimiento de la misma.

8.2 PARA LA SECRETARIA MUNICIPAL DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Documentar y adaptar los procesos en la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira, establecidos por la legislación.

Verificar la metodología de elaboración del plan territorial.

Verificar que los objetos de los contratos se articulen con el plan de Acción y este a su vez con el Plan de Desarrollo y con el Plan Territorial.

Se deben desarrollar seguimientos al cumplimiento de las actividades acordadas en los contratos

Se recomienda iniciar un plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la institución que tenga como eje principal el Direccionamiento Estratégico y el mejoramiento de la Función Política de la Dirección Local de Salud y la reingeniería y diseño de procesos basados en las nuevas competencias y funciones de la Secretaria de Salud y Seguridad Social

Documentar el Plan de Mejoramiento Estratégico

Realizar el seguimiento al cumplimiento del Plan Territorial de Salud.

Socializar el Plan Operativo

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

Se debe ajustar el manual de Procesos y Procedimientos a las nuevas necesidades de la secretaria de salud y Seguridad Social del Municipio de Pereira.

Se debe generar un proceso de planeación de actividades, para cada unidad funcional, partiendo de las necesidades del cliente interno y externo.

Documentar procesos para la generación de proyectos en el cual se incluya su monitorización, estandarización y seguimiento.

Generar un proceso para el control del SILOS de las políticas y directrices implementadas por la secretaria de salud y seguridad social.

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

Generar un mapa de riesgos y de control de la articulación del direccionamiento estratégico y los sistemas de control.

Implementar los procesos de control interno, acciones de mejora y seguimiento.

Implementar un proceso de acompañamiento, verificación y seguimiento a acciones correctivas y vigilancia a la prestación de servicios de salud

Implementar un proceso de acompañamiento y asistencia técnica a la población asegurada en el municipio y su red prestadora de servicios.

Implementar un proceso de Evaluación a la red prestadora de servicios, establecida de acuerdo a las necesidades de la población, sistema de referencia y contrarreferencia.

Generar un proceso para la evaluación de las entidades públicas.

Implementar el proceso de rendición de cuentas a la comunidad y a los entes de control

Realizar estudios periódicos de red, oferta contra demanda priorizada.

Generar análisis permanentes de accesibilidad a las IPS.

Generar un proceso para definir la necesidad de oferta de tecnología biomédica de acuerdo a la demanda de servicios.

Documentar un proceso para identificar las necesidades de información de la Secretaria.

Generar un proceso para la distribución o transmisión de la información.

Implementar un proceso para el manejo de la información, en el cual se identifiquen responsables y limitación del acceso según el cargo.

Generar anualmente el perfil epidemiológico de la población a su cargo.

Implementar un modelo de atención, para la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Implementar un proceso para validación de derechos y autorización de servicios a la población pobre y vulnerable en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

Implementar un proceso para seguimiento a la atención de los usuarios en las IPS que le presten servicios.

Implementar un proceso para inducción y reinducción a las EPS.

Documentar el proceso de vigilancia epidemiológica.

Implementar un proceso de planeación financiera.

Implementar un proceso para la búsqueda de nuevos recursos y/o fuentes de financiamiento.

Implementar el proceso de seguimiento, análisis y evaluación de los recursos financieros de la entidad.

Generar un proceso que articule los trámites centralizados en la Alcaldía de Pereira, con las necesidades de la Secretaria de Salud y Seguridad Social del Municipio, en lo relacionado con Recurso Humano, de infraestructura, Seguridad Industrial, Salud Ocupacional, entre otras.

BIBLIOGRAFIA

1. CONCEJO MUNICIPAL DE PEREIRA, Acuerdo 61 de 1992. Del 23 de Septiembre de 1992: el Concejo

2. CONGRESO DE COLOMBIA, Ley 715 de 2001, Del 21 de diciembre de 2001: el Congreso

3. COLOMBIA. CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, Acuerdo 415 de 2009. Del 18 de Septiembre de 2009: el CNSSS

4. CONSORCIO ASOCIACION CENTRO DE GESTION HOSPITALARIA - CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES – QUALIMED. Guía práctica de preparación para la acreditación en salud. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social, 2007. 93 p. ISBN 978-958-98220-8-1.

5. EL MINISTRO DE GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, DELEGATARIO DE LAS FUNCIONES PRESIDENCIALES, Decreto 1298 de 1994. Del 22 de junio de 1994: el Ministerio.

6. COLOMBIA. EL MINISTRO DE SALUD, Resolución numero 1474 de 2002. Del 7 de noviembre de 2002: el Ministerio

7. EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA, Decreto 1918 de 1994: el Presidente

8. GONZALEZ, Alexis. Fuentes de Información y los datos de la Investigación. [ref de. 12 de julio de 2010]. Disponible en Web: http://www.unimar.eduve/gonzalesalexis/tesis.web.

9. INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TECNICAS. Sistema Único de Acreditación en Salud. [ref de. 12 de julio de 2010]. Disponible en Web: http://www.acreditacionensalud.org.co/

10. KERGUELEN BOTERO, Carlos Alfonso. Calidad en salud en Colombia, los principios. Bogotá DC: Ministerio de la Protección Social. 2008. 233 p. ISBN **978-958-8361-49-9.**

11. MAYA MEJIA, José María. La promoción de la salud: una necesidad que no debe mitificarse. En: Revista CES Odontología. 1995. Vol. 8, no. 2.

12. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Del 3 de Abril de 2006: el Ministerio

13. --------. Decreto 2174 de 1996. Del 28 de noviembre de 1996: el Ministerio

14. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 2309 de 2002. Del 15 de octubre de 2002: el Ministerio

15. --------. Decreto 3039 de 2007. Del 10 de agosto de 2007: el Ministerio

16. --------. Decreto 4747 de 2007. Del 7 de diciembre de 2007: el Ministerio

17. --------. Resolución 0425 de 2008. Del 11 de febrero de 2008: el Ministerio

18. --------. Resolución 1445 de 2006. Del 8 de mayo de 2006: el Ministerio

19. --------. Resolución 3042 de 2007. Del 31 de agosto de 2007: el Ministerio

20. --------. Resolución 3960 de 2008. Del 17 de octubre de 2008: el Ministerio

21. OROZCO AFRICANO, Julio Mario. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SOGCS. [ref. de. 11 de agosto de 2010]. Disponible en Web: www.eumed.net/libros/2008b/408/

22. PALACIO TAMAYO, Luis Fernando. Manual de Legislación en Salud y Seguridad Social. Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad (SOGC). 2005

23. PALLARES, María. La Flecha - Tu diario de ciencia y tecnología. Proactividad, ¿qué es? [ref de. Julio 12 de 2010]. Disponible en Web: http://www.laflecha.net/articulos/empresas/que_es_proactividad?page=1.

24. PROFAMILIA. Afiliación al sistema nacional seguridad en salud: niveles, percepciones y uso de servicios [ref de mayo 10 de 2010]. Disponible en Web: http://www.profamilia.org.co/encuestas/02consulta/14sistema/01afiliacion.html

25. SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS). [ref de. Mayo 10 de 2010]. Disponible en Web: http://www.saludcapital.gov.co/paginas/sistemaobligatorio.aspx

26. TAFUR, Luis Alberto, M.D. Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de enero de 2007. [ref de. Julio 2009] Disponible en web: http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No2/html/v38n2a2.html

27. VERGEL G, Julio Cesar. Estándares de acreditación para Direcciones Territoriales de Salud. Er: Revista Calidoscopio, una mirada a la calidad de la salud. 2008. vol. 7. p. 5 – 7.

28. CALIDAD, [ref de. 12 de julio de 2010]. Disponible en Web: http://es.wikipedia.org/wiki/Calidad

29. WordReference.com Diccionario de la lengua española. Implementar. [ref de. 12 de julio de 2010]. Disponible en Web: http://www.wordreference.com/definicion/implementar

ANEXOS

Anexo 1. Evaluación cualitativa

FUNCION POLITICA					
ESTANDAR	**QUE SE VERIFICA**	**VERIFICABLE**	**ASPECTOS CUALITATIVOS**		
			FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS
DIRECCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD					
1. Los órganos directivos e instancias responsables del plan territorial en salud y del direccionamiento estratégico de la dirección de salud, facilitan y se involucran en su desarrollo.	Se debe verificar convocatoria con firma del secretario para generación del plan de desarrollo, las actas donde aparece la participación de los órganos directivos, y monitoreo y seguimiento a la formulación y cumplimiento del plan	Plan territorial, actas para la creación del mismo	El proceso se realizó de acuerdo a la norma.	Documentar de forma ordenada la información para el acceso de los entes evaluadores, teniendo en cuenta el SGC	No hay documentación
2. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos:	Se debe verificar la existencia de un análisis de la población donde se incluya los riesgos en salud, la relación con el diagnóstico epidemiológico, las políticas y los planes de acción nacionales, con las prioridades o decisiones finalmente tomadas y la socialización del mismo, Actas de reunión de personal, Actas de reuniones con comunidad, Actas de análisis de las acciones	Plan Territorial de Salud, con componentes a evaluar	Se cuenta con el análisis de la población según el estándar. Se cuenta con los POA y los planes de mejoramiento de las entidades de vigilancia y control y a nivel interno.	Documentar el proceso para el análisis del estado de salud de la población, del municipio anualmente, así mismo incluir el medio por el cual se tiene en cuenta la información del cliente externo, incluir los ejercicios de referenciación con pares. Tener en cuenta las evaluaciones trimestrales para el ajuste del direccionamiento	Página web de la secretaria de Salud, a través de la página www.dlspereira.gov.co y la ruta documentos-documentos internos-plan territorial de salud gente sana para una región de oportunidades. POA, planes de mejoramiento de las entidades de vigilancia y control y a nivel externo.
La voz del cliente interno					
La voz del cliente externo					

Ejercicios de referenciación con sus pares	de los pares.			estratégico, con participación del cliente interno y externo.	
3. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de los órganos directivos; este proceso considera:	Existe un plan de capacitación al Recurso Humano Directivo, sobre direccionamiento en salud. Existe un plan de educación continuada	Proceso escrito sobre la formación del recurso humano Planeado desde las necesidades de la institución, cronograma, actas de asistencia, evaluación, socialización de capacitaciones externas	Ninguna	Generar un plan de formación para los directivos sobre el direccionamiento estratégico en salud.	Ninguno
Reciben orientación acerca de la organización, sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud					
Esta orientación está soportada con educación continuada					
4. Existe un proceso para definir la misión, la visión, los valores y las políticas de la organización de acuerdo con el análisis estratégico. Esta definición contempla al menos los siguientes criterios.	Verificar el proceso de generación de la plataforma estratégica, su metodología de creación y la evaluación de la misma. Y si cumple con lo solicitado en el estándar.	Plataforma estratégica y documentos soportes de su construcción	Se cuenta con la misión visión, la cual cumple con lo solicitado en el estándar.	Divulgar el proceso generado por la alcaldía para la generación de la plataforma estratégica.	Parte de la plataforma estratégica se encuentra publicada en la página web.Dlspereira.gov.co en la ruta nosotros.
La visión enfoca a la organización en el desarrollo de la atención que presta.					
La relación de la organización con la comunidad que sirve.					
Su responsabilidad frente a los actores del sistema, sus trabajadores, las personas, la población y la atención al medio ambiente.					

Definición de políticas sobre salud pública colectiva, aseguramiento, prestación de servicios y organización de redes, tecnología, gestión y asignación de recursos financieros, participación social, calidad en la atención en salud. Su responsabilidad frente a las instituciones que vigila en cumplimiento de sus competencias Aspectos que guían la gestión y la ética de la organización.					
5. La entidad tiene definidos procesos para desarrollar la participación de los individuos y la sociedad en la formulación y seguimiento de las políticas en salud, la promoción de actitudes solidarias, la práctica de la democracia y la cultura de la participación.	Verificar si existe un proceso para incluir la participación ciudadana, y evaluación del mismo, si existen soportes de participación ciudadana en la creación y seguimiento del Plan Territorial y las políticas de salud y la implementación de los planes de mejoramiento.	Plan Territorial de Salud, Metodología y seguimiento comunitario del mismo y el proceso de participación ciudadana	Se cuenta con la participación de la comunidad en los planes y generación de actividades	Generar el proceso donde se incluya a la comunidad en los espacios de planeación estratégica. Evaluar el proceso de rendición de cuentas (documento del ministerio)	Actas de reunión y listados de asistencia a las reuniones, registros fotográficos.
6. Tiene definidos procesos para que la entidad territorial esté presente en los mecanismos de participación en los cuales está definida su presencia con el fin de generar:	Verificar si existe el proceso documentado, implementado, evaluado y con planes de mejoramiento para determinar la participación activa de la Dirección Territorial de Salud en los mecanismos de participación social externos a los que	Proceso para participación de la comunidad en las actividades de la secretaria	Se cuenta con el proceso denominado Consejo Gobierno comunitario, se cuenta con la obligatoriedad en los contratos de funcionarios para la participación en los espacios	Ajustar el proceso de Consejo de Gobierno comunitario a la secretaria de salud municipal, Identificar los espacios de participación y asistir a ellos.	SIS Gestión/procesos/gestión gerencial.

Compromiso por parte de la entidad territorial Trabajo de base en las organizaciones que respalde la gestión de sus representantes	genera y si hay asistencia por parte de la secretaria , verificar actas de asistencia y compromisos y/o informes de los mismos		de participación.		
7. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan que lo haga operativo. Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior programación, implementación y evaluación. La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización y de los procesos de atención a la comunidad, y al medio ambiente.	Verificar si existe el proceso documentado, implementado, evaluado y con planes de mejoramiento para operativizar el direccionamiento estratégico de la entidad. ¿La contratación (y los objetos contratados) realmente desarrollan o aportan al cumplimiento de las metas del plan? Actas de formulación del plan con participación de las unidades funcionales con planes de cada una. Proceso para generar los planes operativos con participación de las unidades funcionales.	Plan Territorial de Salud y planes operativos	Los objetos de los contratos se articulan con el plan de acción, el plan de acción está articulado con el plan de desarrollo territorial, seguimiento a actividades, se cuenta con estructura organizacional e interventorías.	Generar el proceso para hacer operativo el direccionamiento estratégico.	Contratos, planes operativos, matrices, actas de interventoría, seguimientos trimestrales.
8. Los órganos directivos e instancias responsables del plan territorial en salud y del direccionamiento estratégico de la dirección de salud están involucrados en la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico y del plan que lo hace operativo	Verificar actas de socialización y seguimiento del Plan Territorial, de los planes que lo hacen operativo y el cuadro de mando, de los directores operativos y del secretario de salud	Plan Territorial de Salud y planes operativos	Se cuenta con planes operativos y sus seguimientos, Se cuenta con actas de socialización del plan operativo a los líderes de proyectos, actas de reunión del SGC.	Documentar un proceso para la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico y del plan que lo hace operativo con indicadores de seguimiento.	Evaluaciones trimestrales, planes de mejoramiento. Actas de reunión del SGC.

9. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización	Verificar si existe el proceso documentado, implementado, evaluado y con planes de mejoramiento para la ejecución de los planes que incluya los recursos necesarios (marco fiscal a mediano plazo)	Proyectos incluidos en el banco de proyectos y presupuesto para los mismos	Proceso de planeación del plan territorial se definió el marco fiscal.	Realizar un análisis y ajuste del marco fiscal a mediano plazo (0425) de la secretaria de salud municipal. Priorizar de acuerdo a los indicadores la necesidad del presupuesto.	Proceso de planeación del plan territorial se definió el marco fiscal.
10. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para la población de su jurisdicción, que articula los procesos de control interno y externo de la organización; esto implica seguir factores como:	Verificar si existe el proceso documentado, implementado, evaluado y con planes de mejoramiento para la integralidad en salud de la población.	Seguimiento al Plan de acción e indicadores, con seguimiento de satisfacción al usuario, prestación de servicios, análisis de oferta y de demanda	Se cuenta con información desde los programas.	Generar un proceso que permita evaluar la gestión en salud para la población, articular la información y generar el modelo de gestión.	Evaluaciones trimestrales, anuales, comité técnico, visitas a entidades e informes
Cobertura, accesibilidad, integralidad y oportunidad de la atención por tipos de servicios.					
Satisfacción global del usuario con la atención recibida.					
Calidad técnica de la atención.					
Resultados de atención en salud a las personas, la población y el ambiente					
Identificación y Control del riesgo en salud de su población					

11. Existe un proceso para la difusión al personal del direccionamiento estratégico de la organización y del plan territorial en salud y los planes que lo hacen operativo.	Verificar si existe el proceso documentado, implementado, evaluado y con planes de mejoramiento de socialización del Direccionamiento estratégico, actas de socialización del Plan Territorial , direccionamiento estratégico y planes operativos	Actas de socialización de Planeación Estratégica	Se cuenta con actas de socialización del plan operativo a los líderes de proyectos, actas de reunión del SGC, actas de comité de coordinadores.	Documentar un proceso para la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico y del plan que lo hace operativo con indicadores de seguimiento.	Evaluaciones trimestrales, planes de mejoramiento. Actas de reunión del SGC, actas de comité de coordinadores
12. Existe una directriz por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran al órgano directivo y el equipo directivo en caso de ser necesario.	Actas de comité técnico, donde participe el órgano directivo y los jefes de las unidades funcionales	Actas de Comité Técnico	Manual de comité técnico, actas de comité técnico.	Generar un proceso para evidenciar desde las áreas claves las asesorías al órgano directivo. Documentar las asesorías.	Actas de comité técnico y manual de comité técnico
GERENCIA DEL SISTEMA					
13. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.	Verificar la existencia del manual de procesos y procedimientos y documentos de gestión de calidad donde se identifiquen los proveedores y clientes de cada uno de los procesos, verificando que todos los procedimientos estén incluidos	Manual de procesos y procedimientos	Existencia de un manual que contempla algunos subprocesos de la secretaria	Crear el mapa de procesos de la secretaria de salud y la caracterización de cada uno.	Manual de algunos subprocesos

14. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso incluye	Verificar el proceso de identificación de necesidades y ficha técnica del proceso con su caracterización	Proceso para identificación de necesidades	Planes de acción que responden a las necesidades de cada programa, PQR, requerimientos de los entes de control, el nivel local, el concejo de gobierno y concejo municipal.	documentar un proceso para identificar las necesidades y expectativas de los clientes internos y externos	Planes de acción que responden a las necesidades de cada programa, PQR, requerimientos de los entes de control, el nivel local, el concejo de gobierno y concejo municipal.
Una metodología organizacional para la identificación de las necesidades.					
Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades.					
15. Existe un proceso por parte del equipo directivo ó alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de:	PAMEC implementado con todas las características	PAMEC	Se inició el proceso de evaluación para generación del PAMEC, se tiene una persona encargada de su documentación	Generar el PAMEC	Acta de comité técnico
Promover la interacción del equipo directo ó alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.					
Un sistema de tutoría o acompañamiento y retroalimentación.					
Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.					
Asignación de recursos entre otros: humanos, financieros, logísticos y tecnológicos					
Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.					

16. La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario.	Verificar si existe el proceso documentado, implementado, evaluado y con planes de mejoramiento para el desarrollo de metas y objetivos por cada unidad funcional	Planes operativos	Se desarrollaron los proyectos incluyendo las metas y objetivos para cada uno.	documentar un proceso para la generación de proyectos	Proyectos que incluyen metas y objetivos para mejorar la causa que lo origina
17. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. **La monitorización incluye**.	Seguimiento al procesos para el desarrollo de metas y objetivos por cada unidad funcional	Planes operativos	Evaluaciones trimestrales, tableros únicos, documentos generados para seguimiento que no están estandarizados por los lideres de proyecto. Semáforo, evaluación del departamento, macroproceso de secretaria de salud.	Documentar un proceso para la generación de proyectos en cual se incluya su monitorización, estandarización y seguimiento.	Evaluaciones trimestrales, tableros únicos, procesos no estandarizados, semáforo, actas de evaluación del departamento y documento de macroproceso de secretaria de Salud
18. Existen mecanismos en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los usuarios en el sistema de seguridad social en salud.	Verificar si existe un proceso documentado con estrategias que soporten la identificación, socialización, garantía y cumplimiento sobre los derechos de los usuarios	Procesos	Se tiene el SAC (Servicio de Atención al Cliente), capacitación continúa a los veedores del COPACO, Se tiene recurso humano realizando mantenimiento a las veedurías.	Generar un proceso que responda transversalmente a garantizar el cumplimiento de los derechos y deberes de los usuarios	Actas a asistencia a capacitación a COPACO y mantenimiento a veedurías, software SAC

19. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y servidores públicos de la organización hacia otras personas, clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla.	Verificar si existe el código de ética y buen gobierno y protocolo para manejo de usuarios difíciles	Código de ética y buen gobierno	Ninguna	Generar un proceso para el manejo de usuarios difíciles, código de ética y buen gobierno para clientes internos como externo de acuerdo al estándar	Ninguno
Una directriz clara emanada de la alta gerencia, que defina las normas de comportamiento frente a la comunidad y compañeros de trabajo					
Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención.					
Educación a los servidores públicos y a la comunidad que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas.					
Información y educación a la comunidad, clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas.					
20. Existe un proceso para la protección y control de los recursos. Lo anterior se logra a través de:	Verificar si existe el proceso documentado, implementado, evaluado y con planes de mejoramiento, que permita a la dirección de la secretaria de Salud planear, ejecutar y hacer seguimientos a	Procesos de Control y Auditorías, Contratos, Presupuesto, Inventarios, Seguros, Uso de Recursos, Auditoria de Procesos	Se cuenta con personas encargadas del manejo de los recursos, evaluación trimestral, circulares con direccionamientos	Se debe generar un proceso en el cual se incluya a la dirección de la secretaria de Salud en el control y protección de los recursos.	Inventario, lista de cheque para el manejo y seguimiento a los contratos, circulares, informes trimestrales, informe a la contraloría general y municipal
Seguimiento y monitoreo a los contratos					
Monitorización de los presupuestos.					

Manejo de inventarios.	los manejos que realiza la Secretaria de Hacienda y Servicios Administrativos sobre los Fondos de la Dirección Territorial de Salud. Existe seguimiento a los informes enviados a la contraloría, Existen actas de auditoría realizadas por control interno u otros organismos de control		, informes a las contralorías		
Manejo de seguros.					
Cultura del buen uso de los recursos.					
Auditoría de procesos.					
Medición de la productividad y optimización de los recursos					
CONTROL AL SISTEMA					
21. La organización tiene diseñado un sistema de control para realizar el seguimiento al cumplimiento de sus objetivos y la contribución de estos a los fines esenciales como organismo de dirección en el sistema. Este sistema incluye como mínimo:	Verificar la existencia de un proceso para hacer seguimiento a las políticas y directrices implementadas por la secretaria de Salud.		Existencia de la norma de la norma.	Generar un proceso para el control del SILOS de las políticas y directrices implementadas por la secretaria de Salud	Ninguno
La definición clara del enfoque de operación del sistema de control					
La definición clara de los principios de operación del sistema de control					
La definición clara del propósito del sistema de control					
La definición del objetivo del sistema y de cada uno de sus subsistemas, componentes y elementos.					
La identificación clara de sus componentes y la forma de relacionarse entre ellos.					

La identificación clara de la complementariedad con otros sistemas de control y gestión en aquellos casos en que se hayan implementado y desarrollado en la institución ó en alguna dependencia.					
22. La organización cuenta con un mecanismo formal para articular los objetivos del sistema de control con el direccionamiento estratégico de institución.	Verificar si existe un mecanismo en el que se articula el direccionamiento estratégico con los sistemas de control		Se cuenta con planes de mejoramiento generados a partir de las auditorias de los entes externos	Generar mecanismos de articulación del direccionamiento estratégico con los sistemas de control	Archivos de las diferentes auditorias.
23. El sistema de control diseñado por la institución permite identificar los riesgos y los puntos de control que tienen mayor impacto en el logro del propósito organizacional.	Verificar si existe un mapa de riesgos y mapa de control de la articulación del direccionamiento estratégico y los sistemas de control.		Ninguna	Generar el mapa de riesgos y mapa de control de la articulación del direccionamiento estratégico y los sistemas de control.	Ninguno
24. El sistema de control planeado por la institución está articulado a las funciones y actividades realizadas por la organización, generando valor agregado a estos. Esta articulación como mínimo debe tener en cuenta:	Verificar si se cuenta con un sistema de control interno que permita hacer control a la secretaria.		Ninguna	Generar un direccionamiento desde la dirección de la secretaria de Salud para generar un control de los procesos que se tienen actualmente, identificar cuales auditorias pueden presentarse en la secretaría para generar los procesos requeridos en cada caso. PAMEC	Ninguno
La articulación metodológica y procedimental entre las diferentes auditorías que se realicen en la institución.					
La articulación en los elementos conceptuales y operativos entre los procesos de planeación organizacional y de control.					
La definición de los mecanismos para la conformación y ejecución de los procesos de auditoría y evaluación independiente.					

25. La organización cuenta con un proceso que garantice que la evaluación del sistema de control, verifique y evalúe permanentemente el mismo sistema, promueva el mejoramiento continuo del control y la calidad de la gestión y las observaciones de los órganos externos de control.	Verificar que el proceso de control interno cuente acciones de mejora y seguimiento a las mismas		Ninguna	Generar un proceso de control interno que pueda evaluarse	Ninguno
26. La organización cuenta con un proceso para capacitar y entrenar a la totalidad del personal de la institución en el sistema de control diseñado por la institución.	Verificar que el proceso de control interno incluya la socialización al personal de la institución		Ninguna	Generar un proceso de control interno que incluya la socialización al personal de la institución	Ninguno
FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA					
27. La institución cuenta con un proceso de evaluación del desempeño de prestadores de servicios de salud y en el caso de los departamentos, de los municipios de su jurisdicción y otras instituciones que aporten en la responsabilidad de la atención en salud de la población de su jurisdicción	Existe un proceso de acompañamiento, verificación seguimiento a acciones correctivas y vigilancia a la prestación de servicios de salud, verificar actas de evaluación	Actas de Evaluación y Seguimiento al Decreto 2193, ESE Salud Pereira e IPS	Seguimiento a la ESE municipal, a las EPS del régimen subsidiado y acompañamiento a las EPS y algunas IPS.	Generar un proceso de acompañamiento a las entidades prestadores de servicio	Actas de visita a entidades, actas de evaluación
28. La institución cuenta con un proceso de asistencia técnica y procesos que faciliten el mejoramiento de EPS, prestadores y en el caso de los departamentos a los municipios de su jurisdicción y otras instituciones que aporten en la responsabilidad de la atención en salud de la población de su jurisdicción.	Existe un proceso de acompañamiento, y asistencia técnica a los aseguradores con población asegurada en el municipio y a su red prestadora de servicio. Verificar actas de visita	Proceso de acompañamiento y actas de visitas	Se cuenta con acompañamiento técnico a las EPS e IPS y sistema de información.	Generar un proceso de acompañamiento a las entidades prestadores de servicio	Actas de visita a entidades, actas de evaluación

29. La institución cuenta con un proceso para planear, organizar, desarrollar y evaluar la oferta de instituciones públicas de prestación de servicios de salud en su jurisdicción. Este proceso incluye entre otros:	Se cuenta con un proceso de evaluación a la red de prestadores de servicios establecida de acuerdo a las necesidades de la población. Sistema de referencia y contrarreferencia	Proceso de evaluación de red y último estudio de red	Se tiene la evaluación a la red pública como insumo para iniciar la planeación de la evaluación.	Generar un proceso para la evaluación de las entidades pública.	Ninguno
La organización de los hospitales públicos en una red de servicios coordinada y complementaria					
Las acciones para brindar asistencia técnica y desarrollar mecanismos para el mejoramiento de las instituciones					
Las acciones para vigilar y controlar el funcionamiento de las instituciones públicas en su jurisdicción					
La evaluación individual y como red de las instituciones públicas en su jurisdicción					
RENDICION DE CUENTAS					
30. La entidad tiene definidos procesos para dar a conocer a la sociedad los resultados de la gestión del sistema de salud, especialmente en lo relacionado con cumplimiento de metas, ejecución de planes estratégicos y operativos, estados financieros y ejecución presupuestal, proyectos de inversión, desarrollo de planes, programas y proyectos y contratación.	Existe un proceso de rendición de cuentas a la comunidad y a los entes de control. Se capacita al recurso humano en el proceso de rendición de cuentas. Existen mecanismos para entregar información a la comunidad	Informes de rendición de cuentas, Actas de reunión y Registro fotográfico	Informes de gestión. Espacios de rendición de cuentas, boletines de prensa, buzón de sugerencias, SAC.	Adaptar el proceso para dar a conocer los resultado de la gestión del sistema de salud que tiene la alcaldía, comparar las actividades actuales con las solicitadas por la norma	Informes de gestión. Espacios de rendición de cuentas, boletines de prensa, buzón de sugerencias, SAC, registro fotográfico, página web interna

Cuenta con actividades para sensibilizar a los funcionarios frente a la rendición de cuentas					
Cuenta con actividades para favorecer el acceso a la información por parte de la población.					
Cuenta con actividades para propiciar espacios de interlocución entre la institución y la comunidad.					
CONTROL DE LA OFERTA DE SERVICIOS Y DE LA TECNOLOGÍA					
31. Los planes de inversión en infraestructura en salud atienden a los estudios de oferta, de acuerdo con su capacidad de gestión y articulando la oferta entre los niveles de complejidad en función de la red. Para lo anterior contará con:	Existen estudios de red oferta frente a demanda, se incluye la Georeferenciación de IPS, la priorización de oferta para las demanda mas prevalente, análisis de accesibilidad a las IPS, Documento de red territorial. ¿Se encuentra diseñado un sistema de información? ¿Se actualiza, tiene un proceso definido?	Estudio de Red de Prestadores de Servicios, con identificación de Necesidades de Oferta	Ninguna	Generar un proceso para realizar el estudio de red oferta frente a demanda con georeferenciación de IPS, priorización de oferta, análisis de accesibilidad.	Ninguno
Diseño de una metodología para la realización de estudios de oferta de servicios en su jurisdicción de acuerdo con la demanda.					
Diagnóstico georeferenciado actualizado de la oferta de servicios, tanto pública como privada.					
Identificación de prioridades de oferta de servicios de acuerdo con la demanda					
Diseño de políticas y programas para regular los servicios en la jurisdicción y promover el acceso y la optimización de los recursos, en especial para la población pobre y vulnerable.					

Se tiene diseñada una red de servicios de salud organizada por grados de complejidad y o tipos de servicios relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contra referencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de accesibilidad, continuidad, integralidad, eficiencia y oportunidad.					
La Organización adopta, implementa organiza y coordina la operación en su territorio de un sistema de información en salud, así como genera y reporta la información requerida por el Sistema.					
32. La entidad cuenta con procesos de evaluación de tecnología biomédica	Existe un proceso y análisis de tecnología biomédica en el municipio, esta georeferenciado y existen políticas de acceso a dicha tecnología	Estudio de Oferta de Tecnología Biomédica	Ninguna	Generar un proceso para el análisis de tecnología biomédica.	Ninguno
Diseño de una metodología para la realización de estudios de tecnología biomédica en su jurisdicción de acuerdo con la demanda					
Diagnóstico georeferenciado actualizado de tecnología biomédica					
Diseño de políticas y programas para regular la tecnología biomédica y promover el acceso y la optimización de los recursos, en especial para la población pobre y vulnerable.					
33. La entidad cuenta con estrategias para incentivar a la oferta necesaria o desincentivar a la innecesaria.	Verificar estrategias para incentivar a la oferta necesaria o desincentivar a la innecesaria.	Estudio de Oferta Demanda de la Red con análisis y recomendacio-nes	Ninguna	Realizar el estudio de oferta y demanda para generar las estrategias respectivas	Ninguno

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD					
34. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de formulación, ejecución y evaluación de la función de política.	Existe un proceso de evaluación y mejoramiento de la calidad sobre los estándares de la función política. Verificar el PAMEC. Verificar si se tiene grupo responsable, ¿se reúne, toma decisiones, hace encuestas? Etc.?	PAMEC con priorización de la Función Política	Se tiene la intención de la alta dirección para la generación del PAMEC	Generar el PAMEC	Acta de comité técnico
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 trabajador, y de la comunidad.					
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 los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados					
35. Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades especificas para tal fin.	PAMEC con priorización de la Función Política	PAMEC con priorización de la Función Política	Se tiene la intención de la alta dirección para la generación del PAMEC	Generar el PAMEC	Acta de comité técnico
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.					
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.					

Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes					
Seguridad					
Continuidad					
Coordinación					
Competencia					
Aceptabilidad					
Efectividad					
Pertinencia					
Eficiencia					
Accesibilidad					
Oportunidad					
36. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	PAMEC con priorización de la Función Política	PAMEC con priorización de la Función Política y seguimiento a las mismas	Se tiene la intención de la alta dirección para la generación del PAMEC	Generar el PAMEC	Acta de comité técnico
El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.					
37. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	PAMEC con priorización de la Función Política	Actas de Socialización del PAMEC con mejoramiento de los Procesos Relacionados con la Función Política	Se tiene la intención de la alta dirección para la generación del PAMEC	Generar el PAMEC	Acta de comité técnico
Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores de servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica.					

Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados					

FUNCION DE INTELIGENCIA					
ESTANDAR	**QUE SE VERIFICA**	**VERIFICABLE**	**ASPECTOS CUALITATIVOS**		
			FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS
GESTION DE LA INFORMACION					
1. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información dentro de la organización en cada uno de los procesos mencionados en cada sección de estándares del presente manual y responder a dichas necesidades.	Existe un sistema de información que responda a las necesidades de la organización y este adaptado a los procesos desarrollados	Sistema de información y documentación del proceso, (PHVA)	se encuentra el proceso de sistema de información general, Se cuenta con software, aplicativos y personal capacitado para el manejo y análisis de la información, se tiene el comité de sistemas de información,	Ajustar el proceso de sistema de información a todas las actividades que se realizan en la secretaria de salud	Software, aplicativos, actas de comité, boletines, página web, actas de reunión con coordinadores, soportes de capacitación, tableros únicos (actividades por funcionario) manuales de usuario de aplicativos
2. La información cuenta con protocolos explícitos para su procesamiento, validación y análisis, identificando la periodicidad, el personal responsable y la comparación frente a mejores prácticas.	Se tienen los protocolos para el uso y procesamiento de los siguientes sistemas de información: Financiero, Vigilancia epidemiológica, seguimiento a la gestión de la secretaria, subsistema de gestión documental, flujo de la	Protocolos o manuales de usuario del sistema de información	Se han realizado capacitaciones sobre el manejo de los aplicativos, se cuenta con cronograma para entrega de información. Se cuenta con el protocolo para el manejo del SIIF y para base de datos de aseguramiento	Documentar los protocolos para cada uno de los aplicativos de la secretaria de Salud, revisión del manual de usuario del SIIF.	Actas de capacitación

	información, gestión de usuarios a la base de datos, prestación de servicios.				
3. Existe un proceso para transmitir o distribuir la información recolectada y analizada. La transmisión debe garantizar la:	Identificar dentro de los protocolos el proceso para transmitir o distribuir la información de cada sistema		Entrega de información consolidada y parcialmente analizada	Generar un proceso para transmitir o distribuir la información.	Informes en medio magnético y físico
Oportunidad.					
Facilidad de acceso.					
Confiabilidad y validez de la información.					
Confidencialidad y seguridad.					
4. Existe un proceso para garantizar el adecuado almacenamiento y mantenimiento de la información. Este almacenamiento y mantenimiento debe contemplar:	Identificar dentro de los protocolos el proceso para almacenamiento y mantenimiento de la información de cada sistema	Protocolos del sistema de información	Se tiene definido perfiles de usuario de los sistemas	Generar un proceso para el adecuado almacenamiento de la información en medio físico y electrónico, manual para el buen uso de equipos.	Bases de datos
Acceso no autorizado.					
Pérdida de información.					
Manipulación.					
Mal uso de los equipos y de la información.					
Deterioro físico de los archivos.					
5. Existe un proceso periódico para recoger las necesidades, opiniones y niveles de satisfacción de los usuarios del sistema de información.	Identificar en el proceso para el manejo de la información el seguimiento y evaluación al mismo	Protocolos del sistema de información.	Ninguno	Generar el proceso para el manejo de la información que incluya la evaluación y seguimiento	Ninguno
6. Existe un proceso para consolidar la información de los procesos misionales y administrativos.	Verificar si existe un proceso que consolide la información para la toma decisiones	Cuadro de Mando Unificado y proceso para la creación del mismo	aplicativos de consolidación de información misional	generar un proceso que consolide la información administrativa y misional	Base de datos
Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad.					

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD					
7. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos gestión de la información	PAMEC con Priorización de Procesos de Gestión de la Información	PAMEC con Priorización de Procesos de Gestión de la Información	Ninguno	PAMEC	Ninguno
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 trabajador, y de la comunidad.					
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 los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados					
8. Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades especificas para tal fin.	PAMEC con Priorización de Procesos de Gestión de la Información	PAMEC con Priorización de Procesos de Gestión de la Información	Ninguno	PAMEC	Ninguno
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.					
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.					
Los aspectos de la calidad que son					

considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios: Seguridad Continuidad Coordinación Competencia Aceptabilidad Efectividad Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad					
9. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.	PAMEC con Priorización de Procesos de Gestión de la Información, seguimiento al plan de mejora	PAMEC con Priorización de Procesos de Gestión de la Información	Ninguno	PAMEC	Ninguno
10. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados. Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores de servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.	PAMEC con Priorización de Procesos de Gestión de la Información	PAMEC, actas de comunicación sobre procesos de mejoramiento a Procesos de Gestión de la Información	Ninguno	PAMEC	Ninguno

ACCIONES DE ATENCIÓN EN SALUD A LAS PERSONAS, LA POBLACIÓN Y EL MEDIO AMBIENTE					
ESTANDAR	**QUE SE VERIFICA**	**VERIFICABLE**	**ASPECTOS CUALITATIVOS**		
			FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS
GESTIÓN DEL ACCESO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PROMOCIÓN DE AFILIACIÓN AL SISTEMA					
1. La organización tiene un proceso para identificar y responder a las necesidades de información y educación a la comunidad y a los actores en el funcionamiento del sistema y su utilización. El proceso incluye:	Existe un proceso para educar a la comunidad y a los actores sobre el funcionamiento del sistema y su utilización	El proceso de información de cada punto del estándar Estrategias Información, Educación y Comunicación, aseguramiento y prestación de servicios	Se tiene un procedimiento para informar a los usuarios sobre el sistema, el respeto a la libre elección del asegurador, contenido de planes de salud, listas de chequeo y asistencia técnica para los prestadores, interventoría de la contratación, atención de usuarios en el SAC.	Documentar y consolidar los procesos de información a los usuarios que se tienen actualmente.	Cartillas de deberes y derechos, actas de visita de asistencia técnica a las EPS e IPS, información derivada del SAC.
Información a las personas sobre características del sistema y sus derechos y deberes, para contribuir a cambiar su comportamiento. Conceptos de afiliación y libre elección, en concordancia con los contenidos legales vigentes del sistema, incluyendo:					
Las formas de acceder a los beneficios del sistema					
Contenidos de los planes de salud.					
Provisión de información sobre derechos y deberes de los usuarios y tipos de servicios de acuerdo con el régimen					
Aseguradores y prestadores por ubicación geográfica.					
Herramientas para la evaluación de calidad de EPS y prestadores (habilitación, acreditación, información para la calidad)					

La forma y contenido de la información debe contemplar el ser fácilmente entendible al usuario de acuerdo con su nivel de comprensión o educación.					
Información a prestadores y EPS sobre las formas de orientar al usuario para acceder a los servicios y beneficios del sistema					
Sistema de orientación individual a los usuarios sobre los tipos de regímenes y la forma de acceder a ellos					
Si es una dirección de salud departamental realiza seguimiento en los municipios de su competencia para que cumplan con la educación y difusión del sistema de Salud					
IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE AFILIACIÓN Y ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE JURISDICCIÓN					
2. La organización cuenta con un proceso para identificar y mantener actualizado la información de afiliación de la población de su jurisdicción. El proceso incluye:	Existen un proceso de actualización y priorización de usuarios en las bases de datos de acuerdo a la norma	Proceso de actualización de bases de datos, priorización y asignación de cupos	Se cuenta con una base de datos actualizada de manera permanente, se cuenta con la norma, copias de seguridad de la información .	Documentar un proceso para identificar y mantener actualizado la información de afiliación de la población	Correos electrónicos, información derivada del software, bases de datos, soportes en línea
La revisión, validación y reporte de novedades e inconsistencias de la conformación de bases de datos de los afiliados y beneficiarios:					
Los procedimientos para la recolección, validación, consolidación y control de la información					
Los procedimientos para actualizar las bases de datos con base en la información de las EPS, cruces de bases de datos y la comunidad en general.					

Procedimientos para transferencia y difusión de la información actualizada a las diferentes áreas de la dirección de salud y actores del sistema					
Los criterios explícitos para definir prioridades y para asignar subsidios, de acuerdo con recursos disponibles, en concordancia con la normatividad					
En las entidades de carácter departamental, se identifican necesidades de asesoría y asistencia técnica en los municipios o aseguradoras de su área de influencia para mejorar el reporte de información*					
3. La organización cuenta con un proceso para identificar las necesidades en salud, la identificación de riesgos y la población expuesta, en la población a su cargo, para planear la atención. Lo anterior incluye:	Existe un proceso para generar el diagnostico del estado de salud del municipio discriminado por grupos poblacionales, perfil epidemiológica, áreas geográficas, factores determinantes, análisis oferta y demanda, con una revisión anual. se tuvo en cuenta el diagnóstico para la realización del Plan Territorial y articulación con actividades de salud publica		Se cuenta con el diagnostico del estado de salud del municipio en el Plan Territorial, Se cuenta con la estrategia ENFASYS, como respuesta a la priorización de las necesidades en salud. Perfil epidemiológico, análisis socioeconómico del municipio, La oferta de servicios de salud.	Generar el proceso para identificar las necesidades en salud, identificación de riesgos y población expuesta, Generar el análisis de riesgos y vulnerabilidad, generar el informe de oferta y demanda	documento del perfil epidemiológico anual, análisis estadístico de factores de riesgo de familias ENFASYS
Se recolecta y procesa la información básica sobre el estado de salud de la población.					
La información recolectada lleva a la descripción e identificación de grupos de riesgo poblacionales. Las personas o núcleos familiares incluidos en esos grupos comparten una serie de características comunes en estados de salud o factores de riesgo sobre su salud que generan procesos y programas especiales de atención					
La identificación de las necesidades en salud de la población incluye la caracterización por áreas geográficas					

Con la información recolectada y consolidada de la población de acuerdo con sus riesgos y necesidades en salud, se identifica el estado de salud de la población a su cargo, y se analizan las necesidades de educación, atención, recursos y la articulación con los programas de salud pública.					
GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA, EN SU NIVEL DE COMPETENCIA					
4. La organización tiene un proceso para la planeación de la atención que incluye:	Revisar que se tenga un proceso para generar el modelo de atención a la población pobre vulnerable.	Contrato para población no pos y el proceso de planeación del mismo, Revisión del documento "modelo de atención" solicitado por la 4747, Se tiene programación de las acciones de la 412, Revisar la resolución 3253 de 2009	Se incluye dentro del contrato con la ESE Salud Pereira algunas características del modelo de atención	Desarrollar un proceso para la construcción del modelo de atención a la población pobre vulnerable	Contrato
Con la identificación de la población que tiene a su cargo y los servicios que son de su competencia, la dirección de salud planea su modelo de atención teniendo en cuenta la puerta de entrada (servicios Básico) la coordinación que debe existir con las diferentes disciplinas del conocimiento, haciendo énfasis en la protección, promoción, el control de riesgo en salud.					
La institución establece mecanismos que permiten planear de manera uniforme e integral los programas y actividades de Educación, Promoción y Prevención, tratamiento y rehabilitación.					
5. La institución cuenta con un proceso que permanentemente permite planear y redimensionar las necesidades de su red (cantidad, tamaño y características) y la selección de prestadores, teniendo en cuenta:	Verificar que se cuente con un proceso para planear, redimensionar las necesidades de la red y la selección de prestadores	Contrato de vinculados, modelo de atención, Estudio oferta demanda y proceso de evaluación del mismo Existencia del	Ninguno	Desarrollar un proceso para planear, redimensionar las necesidades de la red y la selección de prestadores	Ninguno

El redimensionamiento permanente de la red de acuerdo con:		documento de modelo de atención de la Dirección Territorial de Salud. Documento de red			
El número potencial de personas a su cargo a atender.					
Las necesidades en salud de la población a su cargo.					
La localización geográfica de sus usuarios.					
Para el diseño de su red, la dirección de salud tiene en consideración el diseño de la red departamental*					
La organización selecciona sus prestadores de acuerdo con una serie de criterios explícitos diseñados para tal fin, entre los que se cuentan:					
Un proceso que le suministre información sobre el registro especial de prestadores de servicios de salud de su área de influencia, oferentes de servicios de salud ocupacional, licenciamiento de equipos de Rx, licenciamiento de manejo de medicamentos de control especial, generadores de residuos hospitalarios y similares, que cumplen con la norma*					
Al momento de la contratación de los prestadores de servicios, (incluyendo los de la red propia), se identifican los siguientes criterios					
Condiciones de la atención en salud, se conciertan los protocolos o guías de manejo, los procesos de autorización de servicios, las formas de facturación y las condiciones de auditoría para el mejoramiento de la calidad.					

Los sistemas de evaluación de desempeño de los prestadores, entre los cuales se debe incluir la calidad técnica del servicio y la satisfacción del usuario. Las demás formas de evaluación de desempeño serán definidas y concertadas entre las dos partes.					
Deberes y derechos de los prestadores hacia la dirección de salud.					
La organización debe garantizar a sus prestadores, una vez contratados, un proceso de inducción y mantenimiento de información sobre tópicos relacionados con:					
Qué población va atender de acuerdo a la identificación de riesgos y como la va a controlar					
Qué se espera de los prestadores durante el proceso de atención al usuario.					
Cuál es la filosofía de la organización frente al usuario.					
Los procesos organizacionales y/o planes de desarrollo de la organización que soportan e impactan sobre la atención de los usuarios.					
El cumplimiento del prestador del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad					
Programas de farmacovigilancia y tecno vigilancia					
Los derechos y deberes de los usuarios y el proceso que se ha de seguir en caso de no autorizar servicios					

6. La organización cuenta con un proceso sistemático para tramitar y dar respuesta a las solicitudes de servicios de los usuarios Este proceso	Se debe verificar si se cuenta con un proceso para tramitar y dar respuesta a las solicitudes de servicios de los usuarios según la normatividad vigente		Se cuenta con posibilidad de validación de derechos a través de la pagina web e impresión de documentos soporte de la atención (4747)	proceso para tramitar y dar respuesta a las solicitudes de servicios de los usuarios	Página Web
Debe contar con mecanismos para comunicárselo a los usuarios e instituciones					
Debe contemplar atención las 24 horas y permitir que se hagan solicitudes por diferentes medios según el tipo de usuarios (de manera presencial o a distancia).					
La organización cuenta con un proceso que permita la toma de decisiones para autorizar la prestación de servicios, en aquellos casos que se requiera, el cual:					
Tiene en cuenta los acuerdos realizados en el momento de contratar con los prestadores, y además incluye una serie de algoritmos basados en evidencia clínica para las entidades y casos más frecuentes, que ayudan a la decisión de acuerdo con la presentación del paciente.					
Personal específicamente entrenado en el proceso.					
Proceso para informar al paciente y al prestador la decisión tomada y para explicar otras opciones existentes dadas las condiciones del mismo.					
Segundas instancias para dirimir casos complicados o de difícil decisión.					

La organización cuenta con un proceso para identificar los usuarios que tienen restricciones al uso de servicios, incluye:					
Las causas relacionadas con servicios no cubiertos.					
Mecanismos de concertación con la red departamental, distrital o municipal según sea el caso, en caso de pacientes que se traten de servicios no incluidos en POS s.					
La organización cuenta con un sistema de revisión y seguimiento de servicios negados a los usuarios, por causa de negación y de traslado a los servicios cubiertos por el departamento.*					
*No aplica para entidades departamentales de salud.					
7. La organización cuenta con un proceso para la monitorización del contacto del usuario con los prestadores	La Institución cuenta con un proceso para la monitorización del contacto del usuario con los prestadores	Proceso de seguimiento e interventoría a la prestación de servicios de salud de la población vinculada con los atributos evaluados	Se cuenta con seguimiento a la ESE Salud Pereira por los equipos de trabajo de la secretaria y la interventoría externa	Generar un proceso para la monitorización del contacto del usuario con el prestadores	Actas de interventoría, actas de seguimiento, plan de mejoramiento, registro fotográfico, actas de visita de asistencia técnica
La organización tiene definidos estándares para el acceso y la continuidad de los servicios.					
La organización cuenta con un sistema de monitorización permanente para identificar las causas de no atención o de falta en la oportunidad al usuario en un prestador de servicios					
La organización verifica el trato y el servicio que sus afiliados reciben incluyendo las condiciones de seguridad en la prestación de los servicios					

La organización evalúa periódicamente la satisfacción del usuario con la calidad del servicio en las IPS y del apoyo prestado en la organización en la coordinación de dicho contacto.					
La organización tiene definido un procesos para la evaluación y el mejoramiento para los acuerdos en las condiciones de prestación pactados					
La institución cuenta con un sistema de información formal y actualizado que permita:					
Identificar los prestadores de servicios contratados					
Identificar los usuarios, los beneficios a los que tiene derecho, sus restricciones de uso de servicio.					
Tendencias de uso de servicios por usuario.					
Mecanismos para determinar ordenes electivas prioritarias o de pacientes que necesitan atención rápida por su patología					
La dirección de salud cuenta con un sistema periódico de monitoreo de la satisfacción del usuario frente a:					
El grado de satisfacción del usuario con los servicios recibidos de parte de los prestadores.					
Un sistema de recolección y trámite de quejas de los pacientes atendidos con subsidio a la oferta.					
8. La institución tiene mecanismos para asegurar la integralidad, continuidad de la atención y acceso a otras redes	Verificar si se cuenta con un proceso de referencia y contrarreferencia y	Proceso de seguimiento e interventoría a la prestación de	Ninguno	Generar un proceso de referencia y contrarreferencia y redes alternas para	Ninguno

La organización cuenta con un proceso que surja de la información contemplada en los planes de egreso o solicitudes de servicios, de los usuarios tratados en las diferentes IPS, para garantizar una continuidad e integralidad en la prestación de servicios de salud en un momento dado. Esta información incluye, además, la de servicios o atenciones ambulatorias	redes alternas para la atención de usuarios	servicios de salud de la población vinculada.		la atención de usuarios	
La organización cuenta con un proceso para asegurar la integralidad y disponibilidad de acceso a las historias clínicas de sus afiliados en todos los niveles de su red de atención, evitando así las duplicaciones o las informaciones incompletas que puedan producir problemas de calidad.					
Este proceso es conocido por los prestadores					
Cuenta con un responsable en la organización					
Garantiza que la información producida “fluya” y se almacene correctamente					
La organización tiene procedimientos para garantizar la atención integral de los pacientes mediante la complementación con las redes departamentales de atención en los servicios que no son de su nivel de competencia.					
9. La institución cuenta con un proceso para asegurar las acciones permanentes en el tiempo	Proceso de seguimiento de la atención en salud de	Seguimiento de atención a la población pobre y	Ninguno	Generar un proceso para asegurar las acciones	Ninguno

La dirección de salud provee periódicamente a la comunidad, información sobre cambios en la conformación (ingresos o egresos) de la red de prestadores o de la legislación vigente en temas que lo afecten.	la población pobre no asegurada, protocolos de atención de enfermedades prevalentes de este grupo poblacional. Evidenciar las evaluaciones y la asistencia técnica a los prestadores. (Desde la planeación, identificación, estado de salud del vinculado, evaluación de la red del servicio, evaluación y acciones de promoción y prevención al vinculado.)	vulnerable, perfil epidemiológico de la institución y acciones de promoción y prevención para enfrentar dicho perfil		permanentes en el tiempo	
En concordancia con la planeación de la atención realizada, y con base en los grupos poblacionales de riesgo, la dirección de salud realiza un conjunto sistemático de actividades de educación, prevención y promoción para las principales entidades de salud según las particularidades de su población, teniendo en cuenta criterios de frecuencia de presentación, severidad, etc. Para esto:					
Desarrolla o adapta guías específicas de atención para dichos grupos.					
Planea y ejecuta los resultados de estas actividades.					
Evalúa el impacto generado en sus afiliados mediante el uso de indicadores trazadores.					
La organización cuenta con un proceso periódico de planeación de actividades de Educación, Promoción y Prevención con base en los diferentes grupos de riesgo identificados					
La dirección de salud comunica a su red los hallazgos de los análisis de riesgo de su población y establece mecanismos que permiten planear de manera uniforme e integral los programas y actividades de educación, promoción y prevención.					

AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD					
10. La institución tiene implementada la auditoría para el mejoramiento de la calidad	PAMEC con priorización de procesos en la Prestación de Servicios	PAMEC y Proceso de auditoría al vinculado donde se evalué la prestación del servicio, las quejas	Ninguno	PAMEC	Ninguno
La dirección de salud cuenta con un mecanismo para identificar a su interior cuáles son las prioridades de mejoramiento relacionadas con la gestión de la prestación de servicios a la población pobre y vulnerable no afiliada al SGSS. Esta prioridades como mínimo incluyen:					
· La evaluación de la satisfacción del usuario relacionada con la competencia de la dirección de salud					
· La autoevaluación de los procesos relacionados con la planeación de la red que responda a las necesidades identificadas para la población pobre y vulnerable no afiliada al SGSS.					
La dirección de salud cuenta con un proceso para definir la calidad esperada de las prioridades identificadas como prioritarias relacionadas con la gestión de la prestación de servicios a la población pobre y vulnerable no afiliada al SGSS.					
La organización tiene definido un proceso para definir y hacer seguimiento al comportamiento de los procesos identificados como prioritarios.					
La organización cuenta con un mecanismo que asegure el aprendizaje organizacional resultado de los procesos de auditoría realizados al interior de la dirección de salud.					

La organización cuenta con un proceso para la planeación, ejecución y evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en el nivel de auditoría externa, el cual es concertado con las instituciones prestadoras, las administradoras de planes de beneficios ó profesionales independientes con los que contrata. Estos procesos deberán:					
Estar acordados por las dos partes y descritos dentro del contrato.					
Contar con estándares mínimos de calidad para brindar por parte de los prestadores y de verificación por parte de la dirección de salud frente a los servicios que se van a contratar.					
Están definidos en los modelos de contratación entre las partes.					
ADMINISTRACIÓN DE OPERADORES DE SUBSIDIO*					
*No aplica para entidades departamentales de salud.					
11. La organización debe garantizar a las EPS con las que contrata, una vez contratados, un proceso de inducción y mantenimiento de información sobre tópicos relacionados con:	Existe un programa de inducción y reinducción a las EPS contratadas, revisión de los informes de auditoría	Proceso de capacitación a EPS S en inducción y mantenimiento de la información proceso de auditoría al subsidiado	Ninguno	Implementar el programa de inducción y reinducción hacia las EPS	Ninguno
Qué se espera de las EPS S durante el proceso de atención al usuario.					
Los mecanismos de reracionamiento financiero					
Cuál es la filosofía de la organización frente al usuario.					
Los procesos organizacionales y/o planes de desarrollo de la organización que soportan e impactan sobre la atención de los usuarios.					

Los derechos y deberes de los usuarios y el proceso que se ha de seguir en caso de servicios no incluidos en el POS – S.					
12. La dirección de salud desarrolla actividades para la asistencia técnica a las instituciones que actúan como EPS S en su jurisdicción. Esta asistencia técnica incluye. *	Existen un programa de asistencia técnica a las EPS	Actas de Asistencia técnica a las EPS S, proceso de evaluación de las EPS.	Se realizo una actividad en ranking a las EPS-S	Implementar un programa de asistencia técnica	Actas de asistencia y de evaluación, correspondencia, informe.
Las políticas de calidad y de atención en salud de la dirección de salud					
Los sistemas de auditoria					
El manejo de bases de datos					
Los procesos de mejoramiento institucional					
Los sistemas de ranking o de evaluación de desempeño desarrollados por la dirección de salud					
*No aplica para entidades departamentales de salud.					
13. La dirección de salud tiene definido un proceso para la contratación de EPS S. El proceso incluye: *	Existe un proceso definido para la contratación de las EPS-s.	Proceso de contratación con las EPS S, verificando cada uno de los atributos especificados en este ítem	Aplicación de la norma,	Adoptar y adaptar el proceso de contratación que se encuentra en la norma	Soportes de pago, actas, contratación, facturas, liquidaciones, informes de interventoría.
Los procedimientos de libre elección de beneficiarios de subsidio					
Los criterios explícitos para la asignación de población que no escogió					
Los mecanismos de relacionamiento financiero incluyendo el manejo de bases de datos de los afiliados					
Los procedimientos para la inclusión o exclusión de afiliados en las bases de datos, tomando como referente los criterios nacionales					
Los flujos de recursos en el pago a las EPS S					

Los mecanismos de intercambio de información incluyendo la las instrucciones informáticas					
Las condiciones técnicas de atención a los afiliados entregados a las EPS S					
Los procedimientos de pago a los prestadores de la red de la EPS S					
Los procedimientos para la liquidación de contratos					
*No aplica para entidades departamentales de salud.					
14. La dirección de salud tiene definido el proceso de interventora y seguimiento al cumplimiento de las obligaciones contractuales. El proceso incluye:	Verificar si el proceso de interventoría incluye los ítems del estándar.	Proceso de interventoría a las EPS S	se cuenta con un grupo interventor y algunos auditores internos	Implementar un proceso de interventoría y auditoría interna	contratación del grupo interventor, Documentación de devolución de facturas
La explicación a las EPS S de los sistemas de auditoría que serán utilizados					
Los procedimientos de Interventoría financiera					
Los procedimientos de interventoría sobre las obligaciones en la atención a los usuarios					
Los criterios de calidad de atención a los usuarios utilizados para evaluar la atención brindada					
Los procedimientos de evaluación de la satisfacción de los usuarios atendidos por la EPS S					
Los procedimientos de verificación de las condiciones d calidad prestada a los usuarios					
Las causales de liquidación por incumplimiento de contratos y por procedimientos de verificación de las causales					

La verificación del cumplimiento de las obligaciones legales de las EPS S en la contratación de prestadores y en la atención a los usuarios					
VIGILANCIA Y CONTROL SOBRE LA ATENCIÓN EN SALUD					
15. La dirección de salud tiene definido un proceso de vigilancia y control sobre la prestación de servicios de salud. El proceso incluye: *	Verificar si se cuenta con un proceso de vigilancia y control sobre la prestación de servicios	Proceso de vigilancia y control sobre la prestación de los servicios de salud	Auditorias y asistencia técnica a las IPS	Implementar un proceso de vigilancia y control a los prestadores de servicios de salud	Actas de auditoria
La verificación de las condiciones de Habilitación					
El cumplimento del Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud					
El Sistema de Información					
Las normas de salud Ocupacional					
La gestión interna de residuos Hospitalarios y Similares					
La vigilancia del cumplimiento de la normatividad sobre Medicamentos					
La organización tiene establecidos procedimientos para la verificación del cumplimiento y para las implementación de acciones en caso de incumplimientos					
16. La dirección de salud tiene definido un proceso de vigilancia y control sobre el acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado*	Verificar si se cuenta dentro del proceso de vigilancia y control con el ítem para evaluar el acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiada		Visitas e informes realizados a la ESE	Documentar el proceso	Actas de visita, informes, planes de mejoramiento, socialización, actas de seguimiento
*No aplica para entidades de carácter municipal					
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD					
17. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de gestión del acceso a la prestación de los servicios de salud	Verificar si existe PAMEC y si este incluye los ítems del estándar. Verificar	Plan de mejoramiento para el acceso a la prestación de	Ninguno	PAMEC	Ninguno

El plan cuenta con objetivos y estrategias para el mejoramiento de la calidad en la organización y tiene asignado un responsable.	desde los diferentes programas como se contribuye al seguimiento del acceso a la prestación de servicios	servicios.			
El plan de mejoramiento está diseñado con base en la información obtenida trabajador, y de la comunidad.					
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 los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados					
18. Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades especificas para tal fin.		PAMEC con Plan de mejoramiento para el acceso a la prestación de servicios.	Ninguno	PAMEC	Ninguno
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.					
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.					
Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios:					
Seguridad					
Continuidad					

Coordinación Competencia Aceptabilidad Efectividad Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad					
19. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.	Se realiza seguimiento al plan de mejoramiento de las instituciones prestadoras de salud.	PAMEC con Plan de mejoramiento para el acceso a la prestación de servicios.	Ninguno	PAMEC	Ninguno
20. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados. Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.	Se evidencia retroalimentación de acuerdo a las no conformidades y acciones de mejora en la prestación de los servicios	Plan de socialización del proceso de mejoras al seguimiento a las instituciones prestadoras de servicios	Ninguno	PAMEC	Ninguno
SALUD PÚBLICA					
CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES COLECTIVAS DE SALUD PUBLICA					
1. La organización desarrolla actividades que les permita de manera periódica y sistemática recolectar información del estado de	Verificar si existe un proceso de vigilancia epidemiológica que incluya los ítems del	Proceso de Vigilancia epidemiológica y sistemas de			

salud de la población, incluyendo un sistema de vigilancia en salud pública y la generación de conocimiento para orientar la toma de decisiones basada en la evidencia.	estándar, COVE y SIVIGILA	información.			
Existen acciones dirigidas a evaluar y actualizar la situación y tendencias de los factores determinantes, desigualdades en los riesgos, daños, y en el acceso a los servicios. Dentro de estas acciones se contemplan:					
Protocolos, guías, instrumentos para la recolección y manejo confidencialidad del dato de los eventos transmisibles, no transmisibles, lesiones de causa externa, factores de riesgo del comportamiento, ambiente y sociales			Se cuentan con protocolos y documentación soporte, restricción al acceso de la información.	Complementar la recolección y análisis de factores de riesgo relacionados con comportamientos, actitudes y prácticas.	Protocolos y guías, ficha de SIVIGILA y fichas de visita familiar y sujetos de vigilancia
Coordinación con la red de servicios e instituciones de otros sectores para proveer datos sistemáticos de eventos bajo vigilancia	SIVIGILA y RIPS		Notificación de eventos por parte de las instituciones, programa instalado e implementado en las IPS y el SISAP	Retroalimentación intersectorial de la información	Actas de capacitación y visita, consolidación de notificaciones, informes
Aplicación de herramientas para detectar la percepción, cobertura y el acceso a los servicios de salud			Ninguno	Implementar una encuesta de percepción de los servicios de salud	Ninguno
Monitorización, seguimiento y evaluación de los datos de certificados médicos de defunción, certificados de nacidos vivos, medicamentos de control especial, registro individual de prestación de servicios , entre otros registros			Se realiza monitoreo y seguimiento a nacidos vivos y certificados de defunción y RIPS, a nivel de cada programa	Implementar el proceso de monitorización seguimiento y evaluación de los medicamentos de control especial en salud mental	Informes de seguimiento y evaluación

Existen acciones dirigidas a detectar brotes, epidemias e investigación en salud pública que incluyen			Seguimiento a las unidades digitad oras de datos y seguimiento a los RIPS, certificados de defunción	Implementar guías y protocolos de atención a las emergencias y los brotes	Búsquedas activas y pasivas, búsquedas activas comunitarias e institucionales
Fortalecimiento de la oportunidad y calidad de los datos en las unidades generadoras de datos y notificadoras					
Preparación de la capacidad de respuesta del personal a cargo de la vigilancia en salud pública para identificar y controlar las enfermedades emergentes o reemergentes en la población.					
Se realiza de manera periódica y sistemática investigación de brotes o epidemias por personal interdisciplinario capacitado.					
Desarrollo y fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, sistema de referencia y contra referencia para apoyar el diagnostico confirmatorio de las amenazas en salud			Se cuenta información de referencia y contrarreferencia de enfermedades transmitidas por vectores	Vigilancia de indicadores básicos de laboratorio	Actas de visita al laboratorio de salud pública y a los laboratorios de las IPS
El análisis y solución a los problemas de salud identificados se soporta en evidencia en la literatura			Se cuentan con guías como material de consulta	Asegurar el acceso de una base de datos con evidencia científica	
Se realiza investigación operativa dirigida a aumentar el conocimiento de los problemas detectados en la elaboración del plan de salud territorial y proponer soluciones innovadoras en salud pública			Se ha capacitado a los coordinadores en la elaboración de planes, programas y proyectos.	Desarrollar un plan de capacitación con enfoque de gestión en planes proyectos y programas de salud pública.	Acta de capacitación a los coordinadores, y actas de comité de coordinadores de salud pública.
Se realiza inspección, vigilancia y control de los riesgos del ambiente	Actas de inspección, vigilancia y control del		Actas normalizadas en el	Fortalecer la integralidad de	Actas de visita

Se realiza inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitarios	área de salud ambiental		Sistema de Gestión de Calidad	factores de riesgo por sujeto de visita	
Existe un proceso de control en caso de incumplimiento de estas acciones y en casos de ser competencia de otros entes de control se tiene definidos mecanismos de remisión y reporte de información					
Se involucra la comunidad en la detección de riesgos y en la formulación de acciones colectiva para la salud pública mediante estrategias de información, educación y empoderamiento en temas de salud dirigidos a la comunidad basados en la identificación de las necesidades			Nodos comunitarios, Cartografías sociales en algunos programas y estrategias	Procesos para establecimiento de funciones de los nodos Implementación de proceso de vigilancia epidemiológica comunitaria estandarizados, Documentar todos los procesos de participación social, y comunicación, educación e información.	Actas de conformación, actas de seguimiento, y planes de acción
Se realiza retroalimentación y difusión de la información a las unidades notificadoras	Oficios remisorios a las IPS		Evaluación semanal de la información	Mejorar el seguimiento al registro	Actas de análisis de información, oficios
Evalúa la pertinencia y el impacto de las acciones de acuerdo a la situación de salud del municipio o el departamento			Seguimiento a las acciones de mejora	Estandarizar las evaluaciones de acuerdo a los indicadores de resultado, de impacto e intermedios	Evaluación trimestral
Retroalimenta a la comunidad con los resultados e indicadores de vigilancia en salud pública			Rendición de cuentas	Implementación del proceso para dar a conocer a la comunidad indicadores y resultados de salud publica	Registro fotográfico, presentación power point, grabaciones

Se referencia con instituciones similares	Se Compara con otras secretarias que realicen actividades de salud pública		Ninguno	Implementar un proceso para referenciación con otras ciudades	Ninguno
GERENCIA DE LAS ACCIONES DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA Y PREVENCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN SALUD					
2. La organización cuenta con un proceso para el diseño de programas de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de riesgos y daños en salud acorde con las necesidades identificadas en la población a su cargo	Verificar si existe un proceso para el diseño de programas de promoción de la salud, calidad de vida, prevención de riesgos y daños en salud acorde con el diagnóstico del estado de salud del municipio.	Proceso de Gestión de cada programa de Salud Pública (PHVA)	Se tuvo en cuenta el estado de salud del municipio y la participación comunitaria para el desarrollo de los programas	Documentar el proceso para el diseño de programas de promoción de la salud, calidad de vida, prevención de riesgos y daños en salud acore con el diagnóstico del estado de salud del municipio.	Plan territorial de salud.
Para la adopción de los programas de promoción y prevención, se toma en consideración las directrices y normas Nacionales y Departamentales (en el caso de distritos y municipios).					
En los municipios de categoría 4, 5 y 6 la Dirección los debe acompañar en la formulación del plan					
Se ajustan y desarrollan de acuerdo a las necesidades propias de la población y responden a los problemas identificados en la planeación					
Los programas de promoción y prevención se priorizan para su implementación.					
Se toma en consideración la articulación con otros actores.					
Se toman en consideración las mediciones de impacto en el diseño de programas					
3. La organización garantiza la implementación de los programas de promoción y prevención y la participación de los sectores involucrados dirigidos a la población	Verificar que los programas de promoción y prevención se implementen con las	Proceso de planeación de acciones de intervención en salud pública, proceso de	Los programas cumplen con la implementación según el documento	Documentar el proceso de implantación de los programas de promoción y	Plan operativo, contratos, actas de seguimiento, actas de asistencia a IPS, actas de capacitación

a su cargo Identifica condiciones de vulnerabilidad oculta y manifiesta y factores de riesgo	características del estándar.	asistencia técnica en DT y PE, Proceso de Gestión, Proceso de Demanda Inducida, Proceso IEC, Proceso Trabajo con involucrados, Procesos de Promoción y Prevención, Seguimiento y Rendición de cuantas a la comunidad	funciones esenciales de la salud pública, en los contratos de los líderes de proyectos se encuentran las funciones a desarrollar, igualmente en el plan operativo.	prevención de la salud e incluir la verificación por medio de una lista de chequeo según las necesidades de cada programa.	informe trimestral, estrategias IEC
Prioriza las acciones internas y externas y las implementa					
Garantiza la aplicación de las normas técnicas de detección temprana, protección específica y guías de promoción de la salud y atención integral en salud pública					
Coordina y facilita la articulación sectorial e intersectorial para potenciar los resultados de los diferentes programas implementados					
Brinda asistencia técnica a las organizaciones responsables de la implementación de los programas de promoción y prevención.					
Desarrollo de estrategias de demanda inducida para las acciones de detección temprana, diagnóstico precoz y tratamiento a través de los planes de beneficios					
Realiza campañas promocionales para generar cambios en estilos de vida y condiciones del entorno					
Desarrollo de acciones de información, educación y comunicación para promover estilos de vida, comportamientos y ambientes saludables					
De acuerdo con las necesidades especificas realizar el plan y garantizando continuidad de los procesos					
Realiza seguimiento a implementación					

Involucra a los diferentes actores en la implementación del PLAN buscando articular las acciones colectivas del plan de salud pública con las acciones individuales					
Realiza acciones que generen habilidades para el auto cuidado, y creen valores que permitan desarrollar cultura de la salud					
Evalúa la pertinencia y el impacto de las acciones de acuerdo al perfil epidemiológico del municipio o el departamento					
Retroalimenta a la comunidad con los resultados e indicadores de seguimiento al Plan.					
4. La organización cuenta con un proceso que le permite realizar seguimiento a los programas de promoción y prevención de la población de su jurisdicción.	Verificar si se cuenta con un proceso de seguimiento y evaluación a los programas de detección temprana y protección específica de la salud, calidad de vida, prevención de riesgos y daños en salud	Proceso de Seguimiento a las acciones desarrolladas en Programas de Salud Pública, Evaluaciones, Actas de Seguimiento, Planes de Mejoramiento	Se realiza seguimiento al programa de PAI, evaluación trimestral de los programas de salud pública y generación de planes de mejoramiento.	Implementar el proceso de seguimiento y evaluación a los programas de detección temprana y protección específica de la salud, calidad de vida, prevención de riesgos y daños en salud	Para el PAI se tienen, Informes mensuales y trimestrales, seguimiento a coberturas, seguimiento a cohortes, visitas de asistencia técnica, actas de capacitación a IPS y recurso humano. Informes trimestrales
Cuenta con indicadores que le permite conocer la ejecución y medir el impacto de los programas de manera sistemática y periódica.					
Realiza de manera periódica y sistemática, actividades de seguimiento para conocer e identificar posibles situaciones durante la ejecución de los programas y darles solución de manera oportuna, mediante la implementación de instancias formales de coordinación y seguimiento.					

Se realiza concurrencia a las acciones de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de riesgos y daños acorde a las necesidades de apoyo técnico y financiero identificados en la revisión de los planes de salud municipal y en las prioridades en salud del departamento					
Se desarrolla un proceso de asistencia técnica y accesoria para apoyar la elaboración, ejecución, evaluación y control de los planes de salud territorial, especialmente en los municipios de categoría 4, 5 y 6 (aplica sólo para entidades departamentales) (En el municipio se debe verificar la concurrencia y asistencia técnica para las EPS que tengan 1000 o más afiliados)					
Fomenta el intercambio de fortalecimiento de las capacidades del talento humano con otras instituciones.					
Se fomenta la creación de redes de apoyo para la población vulnerable y de mayor riesgo para enfermedades y problemas de salud prevalentes en la zona.					
Se desarrollan actividades de coordinación con las entidades de aseguramiento para articular las acciones colectivas del plan de salud pública con las acciones individuales					
Existe un proceso de control permanente para el mejoramiento de los procesos que no alcanzan los resultados esperados en el tiempo programado					

Se evalúan la coherencia, pertinencia, consistencia, claridad y orientación de los planes de intervenciones colectivas elaborados y aprobados					
Las acciones del plan de intervenciones colectivas se contratan con instituciones que cumplan los requisitos de habilitación					
Se realiza seguimiento a los indicadores de actividades de los planes de acción en salud pública					
Se identifican y analizan las causas de incumplimiento de los productos del plan de intervenciones colectivas.					
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD					
5. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de salud pública	Verificar si existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de salud pública PAMEC en Procesos de Salud Publica	PAMEC, en programas de interés en salud publica	Ninguno	PAMEC	Ninguno
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 trabajador, y de la comunidad.					
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 los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados					

6. Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades especificas para tal fin.	En el PAMEC Se priorizan las no conformidades de acuerdo a los resultados de la evaluación de calidad y se diseña un plan de mejoramiento de acuerdo a ellas	PAMEC con plan de mejoramiento esta priorizado con los atributos establecidos en este ítem	Ninguno	PAMEC	Ninguno
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.					
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.					
Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios:					
Seguridad					
Continuidad					
Coordinación					
Competencia					
Aceptabilidad					
Efectividad					
Pertinencia					
Eficiencia					
Accesibilidad					
Oportunidad					
7. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	Se realiza seguimiento al cumplimiento del PAMEC de las acciones de mejora, se cuenta con indicadores para esto]?	Se hace seguimiento al PAMEC priorizado	Ninguno	PAMEC	Ninguno

El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.					
8. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	Existe retroalimentación sobre las no conformidades y planes de acción derivados de la auditoria de calidad	Plan de socialización del proceso de mejoras a la gestión en Salud Publica	Ninguno	PAMEC	Ninguno
Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica.					
Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.					
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS					
PLANEACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS					
1. Existe un proceso planeación financiera de la entidad, el cual acompaña al direccionamiento estratégico. Este proceso se caracteriza por:	Verificar si existe un proceso planeación financiera, de acuerdo a las prioridades de la entidad territorial.	Existe un proceso de planeación financiera con los atributos identificados en este Ítem	Ninguno	Implementar un proceso planeación financiera, de acuerdo a las prioridades de la entidad territorial.	Ninguno
Se elabora con anticipación una proyección detallada de los recursos financieros con que se contará a mediano plazo y corto plazo					
Se participa en forma activa y de manera conjunta entre la secretaría de hacienda y la Dirección territorial de salud para conocer las proyecciones financieras y las bases de las mismas					
Toma en consideración las prioridades del direccionamiento estratégico y con base en ellas se realiza la asignación de los recursos disponibles					

El Plan tiene en cuenta la identificación de los riesgos en salud de la población y con base en esto realiza la asignación de sus recursos					
Se elabora el plan plurianual de inversiones en el cual se involucran los diferentes programas que se ejecutarán considerando las prioridades, se identifican recursos requeridos y fuentes de financiación.					
Se realiza una revisión sistemática de la normatividad vigente pertinente y relacionada con el tema financiero y se analiza que el plan financiero esté dando cumplimiento a ella.					
Cada una de las áreas involucradas participa activamente en la planeación financiera					
Cuenta con mecanismos que garantizan la participación del nivel directivo en la asignación de los recursos, conocen sus montos asignados (reuniones, comunicaciones, etc.)					
El presupuesto anual y el plan anual de inversiones estar acordes con lo proyectado en el plan financiero y en el plan plurianual de inversiones.					
El presupuesto anual de ingresos y gastos se elabora partiendo del plan financiero.					
2. El proceso de planeación financiera incluye como mínimo.	Verificar si el proceso incluye los ítems descritos en el estándar	Proceso de Planificación financiera.	Ninguno	Implementar un proceso planeación financiera, de acuerdo a las prioridades de la entidad territorial, que incluya cronogramas e indicadores	Ninguno
El proceso cuenta con responsables claramente definidos para cada una de las actividades que conlleva la planeación financiera					
Existe un cronograma de las diferentes fases que incluye la planeación					

El cronograma se da a conocer a todos los actores con suficiente anticipación					
Los participantes conocen claramente sus responsabilidades					
Se definen indicadores que permitan medir el cumplimiento de las metas y objetivos en términos financieros a nivel de la entidad y de cada una de sus áreas.					
3. El ente territorial tiene definido un proceso para incorporar el presupuesto del fondo de salud al de la entidad territorial en el marco de su régimen presupuestal, guardando la debida articulación con el marco fiscal de mediano plazo, plan financiero, plan operativo anual de inversiones y el Plan anual mensualizado de caja (PAC). (revisar con la resolución de fondos territoriales en salud 3042/2.007)	Teniendo en cuenta que el estándar está formulado para una entidad descentralizada y que la secretaria municipal es centralizada, interpretamos que se debe verificar si se cuenta con el proceso para formular el marco fiscal de mediano plazo, el plan financiero, plan operativo anual de inversiones y el Plan anual mensualizado de caja (PAC)	Documentación de funcionamiento del fondo local de salud.	Ninguno	Implementar un proceso para formular el marco fiscal de mediano plazo, el plan financiero, plan operativo anual de inversiones y el Plan anual mensualizado de caja (PAC)	Ninguno
4. La entidad territorial tiene definido un proceso para realizar las transferencias de los recursos del fondo de salud a las direcciones de salud conservando la estructura presupuestal del fondo de salud al interior de su presupuesto.	Teniendo en cuenta que el estándar está formulado para una entidad descentralizada y que la secretaria municipal es centralizada , interpretamos que se cuente con un proceso	Proceso de transferencia de dineros	Se tiene el acuerdo de creación del fondo local de salud y su reglamento interno.	Implementar un proceso para el manejo del fondo local de salud de acuerdo a la resolución 3042/2007.	Acuerdo y reglamento del fondo local de salud

	para el manejo del fondo local de salud de acuerdo a la resolución 3042/2007.				
GENERACIÓN DE RECURSOS Y GESTIÓN DEL RECAUDO					
5. La organización cuenta con un proceso de búsqueda de recursos nuevos y/o nuevas fuentes de financiamiento para los objetivos y proyectos del plan definido en el direccionamiento estratégico Involucra el estudio y análisis de la normatividad vigente relacionada para aprovechar los incentivos que en ella se determinan Involucra el estudio de las posibilidades de financiamiento diferentes a las provenientes de los recursos fiscales.	Verificar si existe y se aplica un proceso para la búsqueda de recursos nuevos y/o fuentes de financiamiento?	Plan financiero y proyectos	Ninguno	Implementar un proceso para la búsqueda de nuevos recursos y/o fuentes de financiamiento	Ninguno
6. Se cuenta con un proceso sistemático que realiza un control a la ejecución de los ingresos que recibe el ente territorial Se cuenta con un proceso sistemático de recolección de información base, con la cual se realizan las proyecciones financieras de los ingresos que por las diversas fuentes recibirá la entidad según lo estimado en el plan financiero. Se participa en forma activa con la Secretaría de Hacienda para conocer las proyecciones financieras y las bases de las mismas Se realiza un seguimiento a los valores recibidos confrontándolos con los ingresos proyectados.	Verificar si se cuenta con un proceso para realizar un control a la ejecución de los ingresos que recibe el ente territorial	Proceso de seguimiento a la ejecución de los recursos del fondo local de salud	Ejecución presupuestal, sistema integrado de información financiera, fuente FOSYGA, Informe de controlaría y de la SUPER, verificación de movimiento diario de cuentas.	Articular y documentar el proceso para realizar un control a la ejecución de los ingresos que recibe el ente territorial.	Documentación contable y presupuestal, páginas web

7. Se cuenta con un proceso que asegura el reconocimiento de los recursos presupuestados	Se cuenta con un proceso para verificar el reconocimiento de los recursos.	Proceso para asegurar el reconocimiento de recursos presupuestados	Recibos de caja y ejecución presupuestal	Implementar un proceso para verificar el reconocimiento de los recursos.	Recibos de caja y ejecución presupuestal
8. Se cuenta con un proceso que asegura el recaudo	Se debe verificar si existe un proceso para asegurar que los recursos se recaudan adecuadamente. Verificar que incluya los ítems del estándar	Proceso de recaudo de dineros	Se tienen registradas las cuentas maestras ante el ministerio de la protección social. Acuerdo y reglamento de creación y funcionamiento del fondo local de salud	Implementar un proceso para asegurar que los recursos se recaudan adecuadamente.	Acuerdo y reglamento del fondo local de salud, ejecución presupuestal.
Se tienen cuentas maestras abiertas para el manejo de cada una de las subcuentas del fondo de salud.					
Las cuentas maestras se encuentran abiertas en institución financieras bien calificadas por las firmas calificadoras de riesgos, que brindan seguridad a los recursos financieros y ofrecen tasas de interés comerciales aceptables.					
Se administran los excedentes de liquidez con eficiencia y con cargo a la misma cuenta que los origina.					
Se gestiona el recaudo de manera eficiente de la totalidad de los recursos del fondo de salud.					
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RECURSOS FINANCIEROS					
9. Existe un proceso de seguimiento a la ejecución de los recursos financieros de la entidad, el cual incluye:	Verificar que se tenga un proceso de seguimiento a la ejecución de los recursos financieros de la entidad.	Proceso de seguimiento a la ejecución presupuestal, análisis de la ejecución presupuestal.	Seguimiento interno de los recursos, presentados al comité técnico, al departamento, auditorias de los entes de control.	Implementar un proceso de seguimiento y análisis y evaluación de los recursos financieros de la entidad.	Actas del comité técnico, actas de auditoría por parte de los entes de control.
Sistema de información que permite la generación de informes mensuales sobre la ejecución tanto de los ingresos, como de los gastos y de la inversión ejecutada en el período, a nivel de cada área, o de proyectos, los cuales son enviados o conocidos.					

Mecanismos de coordinación de las diferentes direcciones de la entidad mediante los cuales se cruce información pertinente para controlar la ejecución de los ingresos y sus asignaciones					
Análisis y evaluación de las direcciones de la entidad sobre los resultados de la ejecución de su plan y del presupuesto, las desviaciones en ejecución, las causas de las mismas y la determinación de acciones correctivas cuando así lo amerite la situación.					
Generación mensual de informe gerencial o ejecutivo sobre la ejecución de cada una de las fuentes de financiación y la ejecución de las apropiaciones presupuestales que presentan una desviación inusual					
10. La entidad cuenta con un proceso que alerte sobre las necesidades de modificaciones al presupuesto, que incluye:	Verificar que dentro del proceso de planeación financiera se cuente con puntos críticos que alerten la necesidad de modificación al presupuesto.	Proceso de seguimiento a los puntos críticos de la ejecución presupuestal	Ninguno	Implementar dentro del proceso de planeación financiera se cuente con puntos críticos que alerten la necesidad de modificación al presupuesto.	Ninguno
Proyecciones y seguimiento al plan operativo de la entidad.					
Evaluación y seguimiento permanente del comportamiento de la ejecución presupuestal para determinar las modificaciones pertinente.					
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD					
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de gestión de recursos financieros	Verificar PAMEC con ejecución del presupuesto y se plantean acciones de mejora de acuerdo a los hallazgos	PAMEC a la ejecución presupuestal	Ninguno	PAMEC	Ninguno
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 trabajador, y de la comunidad.					
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 los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados					
12. Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades especificas para tal fin.	PAMEC priorizado en las acciones de mejora de acuerdo a las necesidades	PAMEC a la ejecución presupuestal	Ninguno	PAMEC	Ninguno
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.					
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.					
Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios:					
Seguridad					
Continuidad					
Coordinación					
Competencia					
Aceptabilidad					
Efectividad					

Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad					
13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.	Se evidencia mejoramiento en los procesos en los cuales se hallaron no conformidades y se plantearon acciones de mejora.	Proceso de seguimiento a la ejecución presupuestal	Ninguno	PAMEC	Ninguno
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados. Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores de servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.	Se realiza retroalimentación con respecto a las no conformidades y acciones de mejora planteadas de acuerdo a los hallazgos	Plan de socialización del proceso de mejoras a la gestión financiera	Ninguno	PAMEC	Ninguno

FUNCIONES DE APOYO A LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA					
ESTANDAR	**QUE SE VERIFICA**	**VERIFICABLE**	**ASPECTOS CUALITATIVOS**		
			FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	SOPORTES DE LAS FORTALEZAS
RECURSOS HUMANOS					
1. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades identificadas de los clientes internos de la organización.	Existe un proceso de gerencia del recurso humano independiente de su forma de vinculación.	Proceso de Gestión Humana, Programas de bienestar, Salud ocupacional, Panorama de riesgos profesionales, cronogramas de capacitación.	Ninguno	Adoptar y adaptar el proceso de gerencia del recurso humano independiente de su forma de vinculación.	Ninguno
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.					

2. Existe un proceso para la planeación del recurso humano. El proceso descrito considera los cambios que ocurren en su ambiente, tales como:	Verificar que se tenga un proceso para la planeación del recurso humano	Manual de Procesos de gestión Humana con los atributos evaluados Personal de planta, revisión del 10% de los contratos con sus respectivas hojas de vida. Plan de compras	Ninguno	Implementar un proceso para la planeación del recurso humano	Ninguno
Cambios en la misión de la organización.					
Cambios en el plan estratégico.					
Cambios en la estructura organizacional.					
Cambios en la planta física.					
Cambios en la complejidad de los servicios.					
Disponibilidad de recursos.					
Legislación relevante.					
Tecnología disponible.					
La asignación de personal a todo nivel de la organización apoya la prestación de los servicios y está diseñado de acuerdo con:					
Requisitos y perfil del cargo.					
Identificación de los patrones de carga laboral del empleo.					
Reubicación y promoción del personal en el evento de que una situación así lo requiera.					
La planeación del recurso humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y del diseño del proceso de atención.					

3. 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.	Existe un proceso para selección del personal que labora en la secretaria de acuerdo con el perfil y los requisitos necesarios para el cargo asignado o función desempañada.	Proceso de selección de recurso humano con los atributos evaluados	Ninguno	Implementar un proceso para selección del personal que labora en la secretaria de acuerdo con el perfil y los requisitos necesarios para el cargo asignado o función desempañada.	Ninguno
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.					

4. La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.	Se cuenta con procesos para identificar las necesidades de capacitación del personal que labora en la secretaria y existe un plan de educación continuada	Procesos de educación continuada y cronogramas y evidencias de capacitación con todos los atributos evaluados	Ninguno	Implementar un procesos para identificar las necesidades de capacitación del personal que labora en la secretaria y existe un plan de educación continuada	Ninguno
La educación continuada y actividades de entrenamiento promueven la competencia del personal					
Se provee información acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades e incluyen:					
Valores.					
Misión y visión.					
Plan estratégico.					
Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos.					
Servicios disponibles.					
Objetivos y metas de la organización					
Estructura organizacional.					
Expectativas del desempeño.					
Legislación relevante.					
Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones.					
Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio.					
Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización.					

La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención a las personas, a la población y al medio ambiente.					
5. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales.	Se realizan revisiones periódicas para verificar el cumplimento adecuado de las labores a desempeñar para todos los funcionarios de la secretaria	Evaluaciones de desempeño para trabajadores y evaluación de proveedores para contratistas	Ninguno	Implementar un proceso para evaluación periódica de los funcionarios de la secretaria de salud	Ninguno
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.					
6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:	Existe un proceso entrenamiento, certificación y evaluación del desempeño de los funcionarios de la secretaria de salud	Manual de Funciones y procesos de evaluación del recurso Humano, Convenios docente asistenciales	Ninguno	Implementar un proceso entrenamiento, certificación y evaluación del desempeño de los funcionarios de la secretaria de salud	Ninguno
El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa.					
Investigación científica.					
Entrenamiento de estudiantes, si aplica.					
Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional.					
Evaluación periódica de las condiciones de trabajo.					

Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados. La atención a la comunidad.					
7. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.	Verificar que se tenga un proceso de comunicación y acciones de mejora derivadas del proceso	Verificar que se tenga un proceso de comunicación y acciones de mejora derivadas del proceso	Ninguno	Implementar un proceso de comunicación y acciones de mejora derivadas del proceso	Ninguno
8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye: Acceso a los registros. Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización.	Verificar si se cuenta con un proceso con políticas de seguridad sobre la custodia de documentos de los empleados, contratistas y proveedores y autorización de los mismos para acceder a ellos.	Existe un proceso de archivo y custodia de documentos empelados con los atributos evaluados del archivo central y proveedores	Ninguno	Implementar un proceso con políticas de seguridad sobre la custodia de documentos de los empleados, contratistas y proveedores que incluya la autorización de los mismos para acceder a ellos.	Ninguno
9. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización. Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados. Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud.	Verificar si se cuenta con procesos que garanticen el programa de salud ocupacional y seguridad industrial	Programa de salud ocupacional con los atributos evaluados	Ninguno	implementar un proceso que garantice el programa de salud ocupacional y seguridad industrial	Ninguno
10. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.	Se cuenta con un proceso para medir el nivel de satisfacción de los funcionarios	Se tienen evaluaciones para medir el nivel de satisfacción del cliente interno	Ninguno	Implementar un proceso para medir el nivel de satisfacción de los funcionarios	Ninguno

ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD					
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de gestión de recursos humanos	PAMEC con el proceso de Apoyo priorizado	PAMEC con proceso de recurso humano con los atributos evaluados	Ninguno	PAMEC	Ninguno
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 trabajador, y de la comunidad.					
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 los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados.					
12. Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades especificas para tal fin.	PAMEC priorizado de acuerdo a las necesidades de los trabajadores y de la empresa	PAMEC con recurso humano priorizado por necesidades	Ninguno	PAMEC	Ninguno
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.					
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.					

Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios: Seguridad Continuidad Coordinación Competencia Aceptabilidad Efectividad Pertinencia Eficiencia Accesibilidad Oportunidad					
13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.	Se realiza seguimiento a la priorización del plan de mejoramiento	Seguimiento al plan de mejoramiento de recurso humano	Ninguno	PAMEC	Ninguno
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados. Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores de servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica.	Se socializa el plan de mejoramiento y se retroalimenta de acuerdo a los resultados	Plan de socialización del proceso de mejoras a la gestión del recurso humano	Ninguno	PAMEC	Ninguno

Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.					
GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO					
15. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de los usuarios de la organización. Lo anterior incluye:	Se cuenta con un Proceso que genere panorama de riesgos que identifique las necesidades de los usuarios y su plan de mejoramiento	Panorama de Riesgos con los atributos evaluados	Ninguno	Implementar un Proceso que genere panorama de riesgos que identifique las necesidades de los usuarios y su plan de mejoramiento	Ninguno
La gerencia de los riesgos físicos y la seguridad industrial.					
La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades.					
La adecuada señalización.					
Está diseñado y difundido un plan que desarrolla el método o programa que se utilizará para ejecutar las acciones que garantizan la protección de los usuarios y trabajadores dentro de la institución.					
16. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes. a través de:	Se cuenta con un procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos e insumos	Programa de mantenimiento de planta física y equipo con los atributos evaluados	Ninguno	Implementar un procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos e insumos	Ninguno
Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos.					
Mantenimiento preventivo.					
Inspecciones regulares de seguridad.					
Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia.					

Provisión de energía de emergencia.					
Programaciones de limpieza.					
17. Existe un proceso para asegurar la seguridad del usuario al visitar las instalaciones de la organización.	Se cuenta con un programa de seguridad industrial que incluya protocolos de acceso al usuario	Plan de Seguridad Industrial para visitantes	Ninguno	Implementar un programa de seguridad industrial que incluya protocolos de acceso al usuario	Ninguno
18. Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos relacionados con la preparación para emergencias y desastres (internos o externos).	Se cuenta con un plan de emergencias y atención de desastres interno y externo	Plan de Emergencias y Atención de Desastres con los atributos evaluados	Esta en plan de diseño el Plan de Emergencias y desastres de la Secretaría de Salud, Se cuenta con la identificación de amenazas, con el plan de evacuación, Socialización del Plan de evacuación, se conformo y se capacitó a la brigada de emergencia, existe un comité de emergencias y desastres internos, se participa de los comités de emergencias interinstitucionales. Se tiene programado el primer simulacro esto al interior de la secretaria. En el plan de emergencias	Implementar un plan de emergencias y atención de desastres interno y el externo como participante del CLOPAD	Documento del plan de evacuación, Actas de capacitación, actas de reunión de brigadas, registro fotográfico de las capacitaciones, guión del simulacro en relación con el plan interno. En el externo actas del CLOPAD, se tiene el modelo del Plan Local de Emergencias. Protocolo del sistema de atención prehospitalaria.
Existe un plan organizacional que incluye:					
Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado.					
Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables.					
Conexión a la red de urgencias.					
Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres.					
Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y describen cómo la unidad se integra al plan organizacional.					
Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres. Estos ejercicios permitirán:					

Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la organización. Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos. Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos. Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo. La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades: Establecimiento de un centro dentro de la organización para facilitar y coordinar las actividades de respuesta. Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos. La identificación del personal que está a cargo de los servicios. Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares. Proveer un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la organización. Recolectar y difundir la información necesaria. Relaciones con las agencias de emergencias y desastres.			externo participamos activamente en el Comité Local CLOPAD.		
19. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios. El proceso está asesorado por guías de departamento de bomberos.	Se cuenta con un plan de emergencias y atención de desastres interno y externo	Plan de atención de incendios con los atributos evaluados	Esta en plan de diseño el Plan de Emergencias y desastres de la	Implementar un plan de emergencias y atención de desastres interno	Documento del plan de evacuación, Actas de capacitación, actas de reunión de

Capacitación a los empleados de la organización sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación	frente a la presentación de un incendio		Secretaría de Salud, Se cuenta con la identificación de amenazas, con el plan de evacuación, Socialización del Plan de evacuación, se conformo y se capacitó a la brigada de emergencia, existe un comité de emergencias y desastres internos, se participa de los comités de emergencias interinstitucionales. Se tiene programado el primer simulacro esto al interior de la secretaria.		brigadas, registro fotográfico de las capacitaciones, guión del simulacro en relación con el plan interno
Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos.					
Instrucciones para el uso de sistemas de comunicación y para utilización de ascensores.					
Sistemas de evacuación.					
Señalización de sistemas de evacuación.					
Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios.					
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD					
20. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de gestión del ambiente físico	PAMEC con mejoramiento de gestión del ambiente físico	PAMEC con Mejoramiento del Ambiente Físico	Ninguno	PAMEC	Ninguno
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 trabajador, y de la comunidad.					

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 los trabajadores e incluye una ficha técnica.					
Sus valores se comparan frente a estándares aceptados.					
21. Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades especificas para tal fin.	PAMEC con mejoramiento del ambiente físico esta priorizado de acuerdo a las necesidades tomadas de la evaluación a los trabajadores, del panorama de Riesgos de la Empresa	PAMEC con Mejoramiento del Ambiente Físico priorizado	Ninguno	PAMEC	Ninguno
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.					
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.					
Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios:					
Seguridad					
Continuidad					
Coordinación					
Competencia					
Aceptabilidad					
Efectividad					
Pertinencia					
Eficiencia					

Accesibilidad Oportunidad					
22. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento. El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.	Se realiza seguimiento al plan de mejoramiento del ambiente físico	Seguimiento del plan de mejoramiento de la gestión del ambiente físico	Ninguno	PAMEC	Ninguno
23. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados. Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores de servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica. Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.	Se socializan los resultados y se retroalimentan a las personas involucradas	Plan de socialización del proceso de mejoras al ambiente físico	Ninguno	PAMEC	Ninguno

Anexo 2. Evaluación Cuantitativa

FUNCION POLITICA													
ESTANDAR	CALIFICACIÓN												
	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL ESTAN	TOTAL GRUPO	TOTAL FXN
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación			
DIRECCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD													
1. Los órganos directivos e instancias responsables del plan territorial en salud y del direccionamiento estratégico de la dirección de salud, facilitan y se involucran en su desarrollo.	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,20	1,36	1,30
2. La organización desarrolla un análisis estratégico donde incluye por lo menos:													
Lectura del entorno como el marco legal y normativo, el análisis de riesgos en salud de la población, perfil epidemiológico, las políticas y los planes de acción nacionales, las políticas y planes de desarrollo departamentales en el caso de distritos y municipios.	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,40		
La voz del cliente interno													
La voz del cliente externo													
Ejercicios de referenciación con sus pares													
3. Existe un proceso para la educación continuada de los miembros de los órganos directivos; este proceso considera:													
Reciben orientación acerca de la organización, sus funciones y de los procesos de direccionamiento en salud	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Esta orientación está soportada con educación continuada													
4. Existe un proceso para definir la misión, la visión, los valores y las políticas de la organización de acuerdo con el análisis estratégico. Esta definición contempla al menos los siguientes criterios.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		

La visión enfoca a la organización en el desarrollo de la atención que presta.													
La relación de la organización con la comunidad que sirve.													
Su responsabilidad frente a los actores del sistema, sus trabajadores, las personas, la población y la atención al medio ambiente.													
Definición de políticas sobre salud pública colectiva, aseguramiento, prestación de servicios y organización de redes, tecnología, gestión y asignación de recursos financieros, participación social, calidad en la atención en salud.													
Su responsabilidad frente a las instituciones que vigila en cumplimiento de sus competencias													
Aspectos que guían la gestión y la ética de la organización.													
5. La entidad tiene definidos procesos para desarrollar la participación de los individuos y la sociedad en la formulación y seguimiento de las políticas en salud, la promoción de actitudes solidarias, la práctica de la democracia y la cultura de la participación.	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,60		
6. Tiene definidos procesos para que la entidad territorial esté presente en los mecanismos de participación en los cuales está definida su presencia con el fin de generar:	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,70		
Compromiso por parte de la entidad territorial													
Trabajo de base en las organizaciones que respalde la gestión de sus representantes													
7. Existe un proceso que a partir del direccionamiento estratégico construye un plan que lo haga operativo.	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,90		
Los objetivos contenidos en el plan son priorizados y ejecutados y forman las bases para su posterior programación, implementación y evaluación.													

La organización garantiza que las diferentes unidades funcionales están involucradas en la formulación del plan y cada una de estas desarrolla su propio plan en coherencia con el de la organización y de los procesos de atención a la comunidad, y al medio ambiente.													
8. Los órganos directivos e instancias responsables del plan territorial en salud y del direccionamiento estratégico de la dirección de salud están involucrados en la difusión y seguimiento del plan de direccionamiento estratégico y del plan que lo hace operativo	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,50		
9. Existe un proceso para establecer los parámetros dentro de los cuales los planes son ejecutados. El proceso garantiza la disponibilidad de recursos para soportar los actuales y futuros servicios y programas de la organización	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
10. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión en salud para la población de su jurisdicción, que articula los procesos de control interno y externo de la organización; esto implica seguir factores como:													
Cobertura, accesibilidad, integralidad y oportunidad de la atención por tipos de servicios.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Satisfacción global del usuario con la atención recibida.													
Calidad técnica de la atención.													
Resultados de atención en salud a las personas, la población y el ambiente													
Identificación y Control del riesgo en salud de su población													
11. Existe un proceso para la difusión al personal del direccionamiento estratégico de la organización y del plan territorial en salud y los planes que lo hacen operativo.	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,50		
12. Existe una directriz por medio de la cual se define cuándo y cómo los directores de las unidades funcionales asesoran al órgano directivo y el equipo directivo en caso de ser necesario.	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,50		

GERENCIA DEL SISTEMA													
13. Cada unidad funcional de la organización tiene identificados sus clientes y proveedores, internos y externos.	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,43	
14. Cada unidad cuenta con un proceso para identificar las necesidades y expectativas de sus clientes (internos y externos), así como el proceso para responder a dichas necesidades. El proceso incluye	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Una metodología organizacional para la identificación de las necesidades.													
Un grupo o equipo para planear y dar respuesta a las necesidades.													
15. Existe un proceso por parte del equipo directivo ó alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. El soporte es demostrado a través de:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Promover la interacción del equipo directo ó alta gerencia con grupos de trabajo en las unidades.													
Un sistema de tutoría o acompañamiento y retroalimentación.													
Identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.													
Asignación de recursos entre otros: humanos, financieros, logísticos y tecnológicos													
Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.													
16. La organización garantiza un proceso estructurado para el desarrollo de metas y objetivos para cada unidad funcional, acordes con su tipo de cliente y/o las fases del proceso de atención en las cuales su soporte es necesario.	1,00	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,10		
17. Los objetivos y metas definidos por cada unidad funcional cuentan con un sistema para su monitorización, su estandarización y método de seguimiento. **La monitorización incluye**.	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,80		

18. Existen mecanismos en la organización para identificar, garantizar y cumplir con el respeto a los derechos de los usuarios en el sistema de seguridad social en salud.	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,50		
19. Existe un proceso organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusos de clientes y servidores públicos de la organización hacia otras personas, clientes, familias, visitantes y trabajadores. El proceso contempla.													
Una directriz clara emanada de la alta gerencia, que defina las normas de comportamiento frente a la comunidad y compañeros de trabajo													
Un proceso para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro de los procesos de atención.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Educación a los servidores públicos y a la comunidad que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas.													
Información y educación a la comunidad, clientes y sus familias para reportar y solucionar este tipo de conductas.													
20. Existe un proceso para la protección y control de los recursos. Lo anterior se logra a través de:													
Seguimiento y monitoreo a los contratos													
Monitorización de los presupuestos.													
Manejo de inventarios.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Manejo de seguros.													
Cultura del buen uso de los recursos.													
Auditoría de procesos.													
Medición de la productividad y optimización de los recursos													
CONTROL AL SISTEMA													
21. La organización tiene diseñado un sistema de control para realizar el seguimiento al cumplimiento de sus objetivos y la contribución de estos a los fines esenciales como organismo de dirección en el sistema. Este sistema incluye como mínimo:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	

La definición clara del enfoque de operación del sistema de control													
La definición clara de los principios de operación del sistema de control													
La definición clara del propósito del sistema de control													
La definición del objetivo del sistema y de cada uno de sus subsistemas, componentes y elementos.													
La identificación clara de sus componentes y la forma de relacionarse entre ellos.													
La identificación clara de la complementariedad con otros sistemas de control y gestión en aquellos casos en que se hayan implementado y desarrollado en la institución ó en alguna dependencia.													
22. La organización cuenta con un mecanismo formal para articular los objetivos del sistema de control con el direccionamiento estratégico de institución.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
23. El sistema de control diseñado por la institución permite identificar los riesgos y los puntos de control que tienen mayor impacto en el logro del propósito organizacional.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
24. El sistema de control planeado por la institución está articulado a las funciones y actividades realizadas por la organización, generando valor agregado a estos. Esta articulación como mínimo debe tener en cuenta:													
La articulación metodológica y procedimental entre las diferentes auditorías que se realicen en la institución.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
La articulación en los elementos conceptuales y operativos entre los procesos de planeación organizacional y de control.													
La definición de los mecanismos para la conformación y ejecución de los procesos de auditoría y evaluación independiente.													

25. La organización cuenta con un proceso que garantice que la evaluación del sistema de control, verifique y evalúe permanentemente el mismo sistema, promueva el mejoramiento continuo del control y la calidad de la gestión y las observaciones de los órganos externos de control.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
26. La organización cuenta con un proceso para capacitar y entrenar a la totalidad del personal de la institución en el sistema de control diseñado por la institución.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA													
27. La institución cuenta con un proceso de evaluación del desempeño de prestadores de servicios de salud y en el caso de los departamentos, de los municipios de su jurisdicción y otras instituciones que aporten en la responsabilidad de la atención en salud de la población de su jurisdicción	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,40		
28. La institución cuenta con un proceso de asistencia técnica y procesos que faciliten el mejoramiento de EPS, prestadores y en el caso de los departamentos a los municipios de su jurisdicción y otras instituciones que aporten en la responsabilidad de la atención en salud de la población de su jurisdicción.	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,50		
29. La institución cuenta con un proceso para planear, organizar, desarrollar y evaluar la oferta de instituciones públicas de prestación de servicios de salud en su jurisdicción. Este proceso incluye entre otros:												1,30	
La organización de los hospitales públicos en una red de servicios coordinada y complementaria													
Las acciones para brindar asistencia técnica y desarrollar mecanismos para el mejoramiento de las instituciones	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Las acciones para vigilar y controlar el funcionamiento de las instituciones públicas en su jurisdicción													
La evaluación individual y como red de las instituciones públicas en su jurisdicción													

RENDICION DE CUENTAS													
30. La entidad tiene definidos procesos para dar a conocer a la sociedad los resultados de la gestión del sistema de salud, especialmente en lo relacionado con cumplimiento de metas, ejecución de planes estratégicos y operativos, estados financieros y ejecución presupuestal, proyectos de inversión, desarrollo de planes, programas y proyectos y contratación.	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	
Cuenta con actividades para sensibilizar a los funcionarios frente a la rendición de cuentas													
Cuenta con actividades para favorecer el acceso a la información por parte de la población.													
Cuenta con actividades para propiciar espacios de interlocución entre la institución y la comunidad.													
CONTROL DE LA OFERTA DE SERVICIOS Y DE LA TECNOLOGÍA													
31. Los planes de inversión en infraestructura en salud atienden a los estudios de oferta, de acuerdo con su capacidad de gestión y articulando la oferta entre los niveles de complejidad en función de la red. Para lo anterior contará con:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
Diseño de una metodología para la realización de estudios de oferta de servicios en su jurisdicción de acuerdo con la demanda.													
Diagnóstico georeferenciado actualizado de la oferta de servicios, tanto pública como privada.													
Identificación de prioridades de oferta de servicios de acuerdo con la demanda													
Diseño de políticas y programas para regular los servicios en la jurisdicción y promover el acceso y la optimización de los recursos, en especial para la población pobre y vulnerable.													

Se tiene diseñada una red de servicios de salud organizada por grados de complejidad y o tipos de servicios relacionados entre sí mediante un sistema de referencia y contra referencia que provea las normas técnicas y administrativas con el fin de prestar al usuario servicios de salud acordes con sus necesidades, atendiendo los requerimientos de accesibilidad, continuidad, integralidad, eficiencia y oportunidad.													
La Organización adopta, implementa organiza y coordina la operación en su territorio de un sistema de información en salud, así como genera y reporta la información requerida por el Sistema.													
32. La entidad cuenta con procesos de evaluación de tecnología biomédica													
Diseño de una metodología para la realización de estudios de tecnología biomédica en su jurisdicción de acuerdo con la demanda	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Diagnóstico georreferenciado actualizado de tecnología biomédica													
Diseño de políticas y programas para regular la tecnología biomédica y promover el acceso y la optimización de los recursos, en especial para la población pobre y vulnerable.													
33. La entidad cuenta con estrategias para incentivar a la oferta necesaria o desincentivar a la innecesaria.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD													
34. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de formulación, ejecución y evaluación de la función de política.													
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 trabajador, y de la comunidad.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
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 los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados													
35. Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades especificas para tal fin.													
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.													
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.													
Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Seguridad													
Continuidad													
Coordinación													
Competencia													
Aceptabilidad													
Efectividad													
Pertinencia													
Eficiencia													
Accesibilidad													
Oportunidad													
36. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.													

37. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores de servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica.													
Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados													

FUNCION DE INTELIGENCIA														
ESTANDAR	CALIFICACIÓN													
	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL ESTAN	TOTAL GRUPO	TOTAL FXN	
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación				
GESTION DE LA INFORMACION														
1. Los procesos de la gerencia de la información están diseñados para identificar las necesidades de información dentro de la organización en cada uno de los procesos mencionados en cada sección de estándares del presente manual y responder a dichas necesidades.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,57	1,28	
2. La información cuenta con protocolos explícitos para su procesamiento, validación y análisis, identificando la periodicidad, el personal responsable y la comparación frente a mejores prácticas.	1,00	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00			
3. Existe un proceso para transmitir o distribuir la información recolectada y analizada. La transmisión debe garantizar la:	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,80			
Oportunidad.														
Facilidad de acceso.														
Confiabilidad y validez de la información.														
Confidencialidad y seguridad.														
4. Existe un proceso para garantizar el adecuado almacenamiento y mantenimiento de la información. Este almacenamiento y mantenimiento debe contemplar:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00			

Acceso no autorizado.													
Pérdida de información.													
Manipulación.													
Mal uso de los equipos y de la información.													
Deterioro físico de los archivos.													
5. Existe un proceso periódico para recoger las necesidades, opiniones y niveles de satisfacción de los usuarios del sistema de información.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
6. Existe un proceso para consolidar la información de los procesos misionales y administrativos.	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,60		
Este proceso soporta la toma de decisiones relacionadas con los clientes, las administrativas y las de mejoramiento de la calidad.													
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD													
7. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos gestión de la información													
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 trabajador, y de la comunidad.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
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 los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados													
8. Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades especificas para tal fin.												1,00	
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.													
Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios:													

Seguridad													
Continuidad													
Coordinación													
Competencia													
Aceptabilidad													
Efectividad													
Pertinencia													
Eficiencia													
Accesibilidad													
Oportunidad													
9. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.													
10. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores de servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica.													
Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.													

ACCIONES DE ATENCIÓN EN SALUD A LAS PERSONAS, LA POBLACIÓN Y EL MEDIO AMBIENTE													
	CALIFICACIÓN												
ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL ESTAN	TOTAL GRUPO	TOTAL FXN
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Evaluación y mejoramiento del	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación			
GESTIÓN DEL ACCESO DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PROMOCIÓN DE AFILIACIÓN AL SISTEMA													
1. La organización tiene un proceso para identificar y responder a las necesidades de información y educación a la comunidad y a los actores en el funcionamiento del sistema y su utilización. El proceso incluye:													
Información a las personas sobre características del sistema y sus derechos y deberes, para contribuir a cambiar su comportamiento. Conceptos de afiliación y libre elección, en concordancia con los contenidos legales vigentes del sistema, incluyendo:													
Las formas de acceder a los beneficios del sistema													
Contenidos de los planes de salud.													
Provisión de información sobre derechos y deberes de los usuarios y tipos de servicios de acuerdo con el régimen													
Aseguradores y prestadores por ubicación geográfica.	1,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,80	1,80	1,34
Herramientas para la evaluación de calidad de EPS y prestadores (habilitación, acreditación, información para la calidad)													
La forma y contenido de la información debe contemplar el ser fácilmente entendible al usuario de acuerdo con su nivel de comprensión o educación.													
Información a prestadores y EPS sobre las formas de orientar al usuario para acceder a los servicios y beneficios del sistema													
Sistema de orientación individual a los usuarios sobre los tipos de regímenes y la forma de acceder a ellos													

Si es una dirección de salud departamental realiza seguimiento en los municipios de su competencia para que cumplan con la educación y difusión del sistema de Salud													
IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DE AFILIACIÓN Y ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN DE JURISDICCIÓN													
2. La organización cuenta con un proceso para identificar y mantener actualizado la información de afiliación de la población de su jurisdicción. El proceso incluye:													
La revisión, validación y reporte de novedades e inconsistencias de la conformación de bases de datos de los afiliados y beneficiarios:													
Los procedimientos para la recolección, validación, consolidación y control de la información													
Los procedimientos para actualizar las bases de datos con base en la información de las EPS, cruces de bases de datos y la comunidad en general.	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,40		
Procedimientos para transferencia y difusión de la información actualizada a las diferentes áreas de la dirección de salud y actores del sistema												1,90	
Los criterios explícitos para definir prioridades y para asignar subsidios, de acuerdo con recursos disponibles, en concordancia con la normatividad													
En las entidades de carácter departamental, se identifican necesidades de asesoría y asistencia técnica en los municipios o aseguradoras de su área de influencia para mejorar el reporte de información*													
3. La organización cuenta con un proceso para identificar las necesidades en salud, la identificación de riesgos y la población expuesta, en la población a su cargo, para planear la atención. Lo anterior incluye:	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,40		
Se recolecta y procesa la información básica sobre el estado de salud de la población.													

La información recolectada lleva a la descripción e identificación de grupos de riesgo poblacionales. Las personas o núcleos familiares incluidos en esos grupos comparten una serie de características comunes en estados de salud o factores de riesgo sobre su salud que generan procesos y programas especiales de atención													
La identificación de las necesidades en salud de la población incluye la caracterización por áreas geográficas													
Con la información recolectada y consolidada de la población de acuerdo con sus riesgos y necesidades en salud, se identifica el estado de salud de la población a su cargo, y se analizan las necesidades de educación, atención, recursos y la articulación con los programas de salud pública.													
GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE EN LO NO CUBIERTO CON SUBSIDIOS A LA DEMANDA, EN SU NIVEL DE COMPETENCIA													
4. La organización tiene un proceso para la planeación de la atención que incluye:													
Con la identificación de la población que tiene a su cargo y los servicios que son de su competencia, la dirección de salud planea su modelo de atención teniendo en cuenta la puerta de entrada (servicios Básico) la coordinación que debe existir con las diferentes disciplinas del conocimiento, haciendo énfasis en la protección, promoción, el control de riesgo en salud.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
La institución establece mecanismos que permiten planear de manera uniforme e integral los programas y actividades de Educación, Promoción y Prevención, tratamiento y rehabilitación.												1,17	
5. La institución cuenta con un proceso que permanentemente permite planear y redimensionar las necesidades de su red (cantidad, tamaño y características) y la selección de prestadores, teniendo en cuenta:													
El redimensionamiento permanente de la red de acuerdo con:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
El número potencial de personas a su cargo a atender.													
Las necesidades en salud de la población a su cargo.													
La localización geográfica de sus usuarios.													

Para el diseño de su red, la dirección de salud tiene en consideración el diseño de la red departamental*	
La organización selecciona sus prestadores de acuerdo con una serie de criterios explícitos diseñados para tal fin, entre los que se cuentan:	
Un proceso que le suministre información sobre el registro especial de prestadores de servicios de salud de su área de influencia, oferentes de servicios de salud ocupacional, licenciamiento de equipos de Rx , licenciamiento de manejo de medicamentos de control especial, generadores de residuos hospitalarios y similares, que cumplen con la norma*	
Al momento de la contratación de los prestadores de servicios, (incluyendo los de la red propia), se identifican los siguientes criterios	
Condiciones de la atención en salud, se conciertan los protocolos o guías de manejo, los procesos de autorización de servicios, las formas de facturación y las condiciones de auditoría para el mejoramiento de la calidad.	
Los sistemas de evaluación de desempeño de los prestadores, entre los cuales se debe incluir la calidad técnica del servicio y la satisfacción del usuario. Las demás formas de evaluación de desempeño serán definidas y concertadas entre las dos partes.	
Deberes y derechos de los prestadores hacia la dirección de salud.	
La organización debe garantizar a sus prestadores, una vez contratados, un proceso de inducción y mantenimiento de información sobre tópicos relacionados con:	
Qué población va atender de acuerdo a la identificación de riesgos y como la va a controlar	
Qué se espera de los prestadores durante el proceso de atención al usuario.	
Cuál es la filosofía de la organización frente al usuario.	
Los procesos organizacionales y/o planes de desarrollo de la organización que soportan e impactan sobre la atención de los usuarios.	

El cumplimiento del prestador del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad													
Programas de farmacovigilancia y tecno vigilancia													
Los derechos y deberes de los usuarios y el proceso que se ha de seguir en caso de no autorizar servicios													
6. La organización cuenta con un proceso sistemático para tramitar y dar respuesta a las solicitudes de servicios de los usuarios Este proceso													
Debe contar con mecanismos para comunicárselo a los usuarios e instituciones													
Debe contemplar atención las 24 horas y permitir que se hagan solicitudes por diferentes medios según el tipo de usuarios (de manera presencial o a distancia).													
La organización cuenta con un proceso que permita la toma de decisiones para autorizar la prestación de servicios, en aquellos casos que se requiera, el cual:													
Tiene en cuenta los acuerdos realizados en el momento de contratar con los prestadores, y además incluye una serie de algoritmos basados en evidencia clínica para las entidades y casos más frecuentes, que ayudan a la decisión de acuerdo con la presentación del paciente.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Personal específicamente entrenado en el proceso.													
Proceso para informar al paciente y al prestador la decisión tomada y para explicar otras opciones existentes dadas las condiciones del mismo.													
Segundas instancias para dirimir casos complicados o de difícil decisión.													
La organización cuenta con un proceso para identificar los usuarios que tienen restricciones al uso de servicios, incluye:													
Las causas relacionadas con servicios no cubiertos.													
Mecanismos de concertación con la red departamental, distrital o municipal según sea el caso, en caso de pacientes que se traten de servicios no incluidos en POS s.													

La organización cuenta con un sistema de revisión y seguimiento de servicios negados a los usuarios, por causa de negación y de traslado a los servicios cubiertos por el departamento.*													
*No aplica para entidades departamentales de salud.													
7. La organización cuenta con un proceso para la monitorización del contacto del usuario con los prestadores													
La organización tiene definidos estándares para el acceso y la continuidad de los servicios.													
La organización cuenta con un sistema de monitorización permanente para identificar las causas de no atención o de falta en la oportunidad al usuario en un prestador de servicios													
La organización verifica el trato y el servicio que sus afiliados reciben incluyendo las condiciones de seguridad en la prestación de los servicios													
La organización evalúa periódicamente la satisfacción del usuario con la calidad del servicio en las IPS y del apoyo prestado en la organización en la coordinación de dicho contacto.													
La organización tiene definido un procesos para la evaluación y el mejoramiento para los acuerdos en las condiciones de prestación pactados	1,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00		
La institución cuenta con un sistema de información formal y actualizado que permita:													
Identificar los prestadores de servicios contratados													
Identificar los usuarios, los beneficios a los que tiene derecho, sus restricciones de uso de servicio.													
Tendencias de uso de servicios por usuario.													
Mecanismos para determinar ordenes electivas prioritarias o de pacientes que necesitan atención rápida por su patología													
La dirección de salud cuenta con un sistema periódico de monitoreo de la satisfacción del usuario frente a:													
El grado de satisfacción del usuario con los servicios recibidos de parte de los prestadores.													

Un sistema de recolección y trámite de quejas de los pacientes atendidos con subsidio a la oferta.													
8. La institución tiene mecanismos para asegurar la integralidad, continuidad de la atención y acceso a otras redes													
La organización cuenta con un proceso que surja de la información contemplada en los planes de egreso o solicitudes de servicios, de los usuarios tratados en las diferentes IPS, para garantizar una continuidad e integralidad en la prestación de servicios de salud en un momento dado. Esta información incluye, además, la de servicios o atenciones ambulatorias													
La organización cuenta con un proceso para asegurar la integralidad y disponibilidad de acceso a las historias clínicas de sus afiliados en todos los niveles de su red de atención, evitando así las duplicaciones o las informaciones incompletas que puedan producir problemas de calidad.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Este proceso es conocido por los prestadores													
Cuenta con un responsable en la organización													
Garantiza que la información producida “fluya” y se almacene correctamente													
La organización tiene procedimientos para garantizar la atención integral de los pacientes mediante la complementación con las redes departamentales de atención en los servicios que no son de su nivel de competencia.													
9. La institución cuenta con un proceso para asegurar las acciones permanentes en el tiempo													
La dirección de salud provee periódicamente a la comunidad, información sobre cambios en la conformación (ingresos o egresos) de la red de prestadores o de la legislación vigente en temas que lo afecten.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		

En concordancia con la planeación de la atención realizada, y con base en los grupos poblacionales de riesgo, la dirección de salud realiza un conjunto sistemático de actividades de educación, prevención y promoción para las principales entidades de salud según las particularidades de su población, teniendo en cuenta criterios de frecuencia de presentación, severidad, etc. Para esto:													
Desarrolla o adapta guías específicas de atención para dichos grupos.													
Planea y ejecuta los resultados de estas actividades.													
Evalúa el impacto generado en sus afiliados mediante el uso de indicadores trazadores.													
La organización cuenta con un proceso periódico de planeación de actividades de Educación, Promoción y Prevención con base en los diferentes grupos de riesgo identificados													
La dirección de salud comunica a su red los hallazgos de los análisis de riesgo de su población y establece mecanismos que permiten planear de manera uniforme e integral los programas y actividades de educación, promoción y prevención.													
AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD													
10. La institución tiene implementada la auditoría para el mejoramiento de la calidad													
La dirección de salud cuenta con un mecanismo para identificar a su interior cuáles son las prioridades de mejoramiento relacionadas con la gestión de la prestación de servicios a la población pobre y vulnerable no afiliada al SGSS. Esta prioridades como mínimo incluyen:													
· La evaluación de la satisfacción del usuario relacionada con la competencia de la dirección de salud	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
· La autoevaluación de los procesos relacionados con la planeación de la red que responda a las necesidades identificadas para la población pobre y vulnerable no afiliada al SGSS.													
La dirección de salud cuenta con un proceso para definir la calidad esperada de las prioridades identificadas como prioritarias relacionadas con la gestión de la prestación de servicios a la población pobre y vulnerable no afiliada al SGSS.													

La organización tiene definido un proceso para definir y hacer seguimiento al comportamiento de los procesos identificados como prioritarios.													
La organización cuenta con un mecanismo que asegure el aprendizaje organizacional resultado de los procesos de auditoría realizados al interior de la dirección de salud.													
La organización cuenta con un proceso para la planeación, ejecución y evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en el nivel de auditoría externa, el cual es concertado con las instituciones prestadoras, las administradoras de planes de beneficios ó profesionales independientes con los que contrata. Estos procesos deberán:													
Estar acordados por las dos partes y descritos dentro del contrato.													
Contar con estándares mínimos de calidad para brindar por parte de los prestadores y de verificación por parte de la dirección de salud frente a los servicios que se van a contratar.													
Están definidos en los modelos de contratación entre las partes.													
ADMINISTRACIÓN DE OPERADORES DE SUBSIDIO*													
*No aplica para entidades departamentales de salud.													
11. La organización debe garantizar a las EPS con las que contrata, una vez contratados, un proceso de inducción y mantenimiento de información sobre tópicos relacionados con:													
Qué se espera de las EPS S durante el proceso de atención al usuario.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,40	
Los mecanismos de reracionamiento financiero													
Cuál es la filosofía de la organización frente al usuario.													
Los procesos organizacionales y/o planes de desarrollo de la organización que soportan e impactan sobre la atención de los usuarios.													

Los derechos y deberes de los usuarios y el proceso que se ha de seguir en caso de servicios no incluidos en el POS – S.													
12. La dirección de salud desarrolla actividades para la asistencia técnica a las instituciones que actúan como EPS S en su jurisdicción. Esta asistencia técnica incluye. *													
Las políticas de calidad y de atención en salud de la dirección de salud													
Los sistemas de auditoria	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,60		
El manejo de bases de datos													
Los procesos de mejoramiento institucional													
Los sistemas de ranking o de evaluación de desempeño desarrollados por la dirección de salud													
*No aplica para entidades departamentales de salud.													
13. La dirección de salud tiene definido un proceso para la contratación de EPS S. El proceso incluye: *													
Los procedimientos de libre elección de beneficiarios de subsidio													
Los criterios explícitos para la asignación de población que no escogió													
Los mecanismos de reracionamiento financiero incluyendo el manejo de bases de datos de los afiliados													
Los procedimientos para la inclusión o exclusión de afiliados en las bases de datos, tomando como referente los criterios nacionales													
Los flujos de recursos en el pago a las EPS S	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,60		
Los mecanismos de intercambio de información incluyendo la las instrucciones informáticas													
Las condiciones técnicas de atención a los afiliados entregados a las EPS S													
Los procedimientos de pago a los prestadores de la red de la EPS S													
Los procedimientos para la liquidación de contratos													
*No aplica para entidades departamentales de salud.													

14. La dirección de salud tiene definido el proceso de interventoría y seguimiento al cumplimiento de las obligaciones contractuales. El proceso incluye:													
La explicación a las EPS S de los sistemas de auditoría que serán utilizados													
Los procedimientos de Interventoría financiera													
Los procedimientos de interventoría sobre las obligaciones en la atención a los usuarios													
Los criterios de calidad de atención a los usuarios utilizados para evaluar la atención brindada	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,40		
Los procedimientos de evaluación de la satisfacción de los usuarios atendidos por la EPS S													
Los procedimientos de verificación de las condiciones d calidad prestada a los usuarios													
Las causales de liquidación por incumplimiento de contratos y por procedimientos de verificación de las causales													
La verificación del cumplimiento de las obligaciones legales de las EPS S en la contratación de prestadores y en la atención a los usuarios													
VIGILANCIA Y CONTROL SOBRE LA ATENCIÓN EN SALUD													
15. La dirección de salud tiene definido un proceso de vigilancia y control sobre la prestación de servicios de salud. El proceso incluye: *													
La verificación de las condiciones de Habilitación													
El cumplimento del Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud													
El Sistema de Información													
Las normas de salud Ocupacional	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,40	2,30	
La gestión interna de residuos Hospitalarios y Similares													
La vigilancia del cumplimiento de la normatividad sobre Medicamentos													
La organización tiene establecidos procedimientos para la verificación del cumplimiento y para las implementación de acciones en caso de incumplimientos													

16. La dirección de salud tiene definido un proceso de vigilancia y control sobre el acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado*	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,20		
*No aplica para entidades de carácter municipal													
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD													
17. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de gestión del acceso a la prestación de los servicios de salud													
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 trabajador, y de la comunidad.													
La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados													
18. Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades especificas para tal fin.												1,00	
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.													
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios:													
Seguridad													
Continuidad													
Coordinación													

Competencia													
Aceptabilidad													
Efectividad													
Pertinencia													
Eficiencia													
Accesibilidad													
Oportunidad													
19. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.													
20. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.													
Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.													
SALUD PÚBLICA													
CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE SALUD PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES COLECTIVAS DE SALUD PUBLICA													
1. La organización desarrolla actividades que les permita de manera periódica y sistemática recolectar información del estado de salud de la población, incluyendo un sistema de vigilancia en salud pública y la generación de conocimiento para orientar la toma de decisiones basada en la evidencia.											1,51	1,51	
Existen acciones dirigidas a evaluar y actualizar la situación y tendencias de los factores determinantes, desigualdades en los riesgos, daños, y en el acceso a los servicios. Dentro de estas acciones se contemplan:													

Protocolos, guías, instrumentos para la recolección y manejo confidencialidad del dato de los eventos transmisibles, no transmisibles, lesiones de causa externa, factores de riesgo del comportamiento, ambiente y sociales	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,10		
Coordinación con la red de servicios e instituciones de otros sectores para proveer datos sistemáticos de eventos bajo vigilancia	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00		
Aplicación de herramientas para detectar la percepción, cobertura y el acceso a los servicios de salud	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Monitorización, seguimiento y evaluación de los datos de certificados médicos de defunción, certificados de nacidos vivos, medicamentos de control especial, registro individual de prestación de servicios , entre otros registros	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00		
Existen acciones dirigidas a detectar brotes, epidemias e investigación en salud pública que incluyen													
Fortalecimiento de la oportunidad y calidad de los datos en las unidades generadoras de datos y notificadoras	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00		
Preparación de la capacidad de respuesta del personal a cargo de la vigilancia en salud pública para identificar y controlar las enfermedades emergentes o reemergentes en la población.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Se realiza de manera periódica y sistemática investigación de brotes o epidemias por personal interdisciplinario capacitado.	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,70		
Desarrollo y fortalecimiento de los laboratorios de salud pública, sistema de referencia y contra referencia para apoyar el diagnostico confirmatorio de las amenazas en salud	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
El análisis y solución a los problemas de salud identificados se soporta en evidencia en la literatura	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Se realiza investigación operativa dirigida a aumentar el conocimiento de los problemas detectados en la elaboración del plan de salud territorial y proponer soluciones innovadoras en salud pública	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Se realiza inspección, vigilancia y control de los riesgos del ambiente	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	1,00	1,00	2,30		
Se realiza inspección, vigilancia y control de los riesgos sanitarios													

Existe un proceso de control en caso de incumplimiento de estas acciones y en casos de ser competencia de otros entes de control se tiene definidos mecanismos de remisión y reporte de información													
Se involucra la comunidad en la detección de riesgos y en la formulación de acciones colectiva para la salud pública mediante estrategias de información, educación y empoderamiento en temas de salud dirigidos a la comunidad basados en la identificación de las necesidades	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,70		
Se realiza retroalimentación y difusión de la información a las unidades notificadoras	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,70		
Evalúa la pertinencia y el impacto de las acciones de acuerdo a la situación de salud del municipio o el departamento	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,50		
Retroalimenta a la comunidad con los resultados e indicadores de vigilancia en salud pública	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,20		
Se referencia con instituciones similares	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
GERENCIA DE LAS ACCIONES DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA Y PREVENCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN SALUD													
2. La organización cuenta con un proceso para el diseño de programas de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de riesgos y daños en salud acorde con las necesidades identificadas en la población a su cargo													
Para la adopción de los programas de promoción y prevención, se toma en consideración las directrices y normas Nacionales y Departamentales (en el caso de distritos y municipios).													
En los municipios de categoría 4, 5 y 6 la Dirección los debe acompañar en la formulación del plan	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,70	1,50	
Se ajustan y desarrollan de acuerdo a las necesidades propias de la población y responden a los problemas identificados en la planeación													
Los programas de promoción y prevención se priorizan para su implementación.													
Se toma en consideración la articulación con otros actores.													
Se toman en consideración las mediciones de impacto en el diseño de programas													

3. La organización garantiza la implementación de los programas de promoción y prevención y la participación de los sectores involucrados dirigidos a la población a su cargo Identifica condiciones de vulnerabilidad oculta y manifiesta y factores de riesgo													
Prioriza las acciones internas y externas y las implementa													
Garantiza la aplicación de las normas técnicas de detección temprana, protección específica y guías de promoción de la salud y atención integral en salud pública													
Coordina y facilita la articulación sectorial e intersectorial para potenciar los resultados de los diferentes programas implementados													
Brinda asistencia técnica a las organizaciones responsables de la implementación de los programas de promoción y prevención.													
Desarrollo de estrategias de demanda inducida para las acciones de detección temprana, diagnóstico precoz y tratamiento a través de los planes de beneficios													
Realiza campañas promocionales para generar cambios en estilos de vida y condiciones del entorno	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,50		
Desarrollo de acciones de información, educación y comunicación para promover estilos de vida, comportamientos y ambientes saludables													
De acuerdo con las necesidades especificas realizar el plan y garantizando continuidad de los procesos													
Realiza seguimiento a implementación													
Involucra a los diferentes actores en la implementación del PLAN buscando articular las acciones colectivas del plan de salud pública con las acciones individuales													
Realiza acciones que generen habilidades para el auto cuidado, y creen valores que permitan desarrollar cultura de la salud													
Evalúa la pertinencia y el impacto de las acciones de acuerdo al perfil epidemiológico del municipio o el departamento													
Retroalimenta a la comunidad con los resultados e indicadores de seguimiento al Plan.													

4. La organización cuenta con un proceso que le permite realizar seguimiento a los programas de promoción y prevención de la población de su jurisdicción.	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,30		
Cuenta con indicadores que le permite conocer la ejecución y medir el impacto de los programas de manera sistemática y periódica.													
Realiza de manera periódica y sistemática, actividades de seguimiento para conocer e identificar posibles situaciones durante la ejecución de los programas y darles solución de manera oportuna, mediante la implementación de instancias formales de coordinación y seguimiento.													
Se realiza concurrencia a las acciones de promoción de la salud y calidad de vida y prevención de riesgos y daños acorde a las necesidades de apoyo técnico y financiero identificados en la revisión de los planes de salud municipal y en las prioridades en salud del departamento													
Se desarrolla un proceso de asistencia técnica y accesoria para apoyar la elaboración, ejecución, evaluación y control de los planes de salud territorial, especialmente en los municipios de categoría 4, 5 y 6 (aplica sólo para entidades departamentales) (En el municipio se debe verificar la concurrencia y asistencia técnica para las EPS que tengan 1000 o más afiliados)													
Fomenta el intercambio de fortalecimiento de las capacidades del talento humano con otras instituciones.													
Se fomenta la creación de redes de apoyo para la población vulnerable y de mayor riesgo para enfermedades y problemas de salud prevalentes en la zona.													
Se desarrollan actividades de coordinación con las entidades de aseguramiento para articular las acciones colectivas del plan de salud pública con las acciones individuales													
Existe un proceso de control permanente para el mejoramiento de los procesos que no alcanzan los resultados esperados en el tiempo programado													

Se evalúan la coherencia, pertinencia, consistencia, claridad y orientación de los planes de intervenciones colectivas elaborados y aprobados													
Las acciones del plan de intervenciones colectivas se contratan con instituciones que cumplan los requisitos de habilitación													
Se realiza seguimiento a los indicadores de actividades de los planes de acción en salud pública													
Se identifican y analizan las causas de incumplimiento de los productos del plan de intervenciones colectivas.													
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD													
5. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de salud pública												1,00	
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 trabajador, y de la comunidad.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
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 los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados													
6. Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades especificas para tal fin.													
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.													

Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios:													
Seguridad													
Continuidad													
Coordinación													
Competencia													
Aceptabilidad													
Efectividad													
Pertinencia													
Eficiencia													
Accesibilidad													
Oportunidad													
7. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.													
8. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica. entidades, si aplica.													
Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.													
GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS													
PLANEACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS													
1. Existe un proceso planeación financiera de la entidad, el cual acompaña al direccionamiento estratégico. Este proceso se caracteriza por:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	

Se elabora con anticipación una proyección detallada de los recursos financieros con que se contará a mediano plazo y corto plazo													
Se participa en forma activa y de manera conjunta entre la secretaría de hacienda y la Dirección territorial de salud para conocer las proyecciones financieras y las bases de las mismas													
Toma en consideración las prioridades del direccionamiento estratégico y con base en ellas se realiza la asignación de los recursos disponibles													
El Plan tiene en cuenta la identificación de los riesgos en salud de la población y con base en esto realiza la asignación de sus recursos													
Se elabora el plan plurianual de inversiones en el cual se involucran los diferentes programas que se ejecutarán considerando las prioridades, se identifican recursos requeridos y fuentes de financiación.													
Se realiza una revisión sistemática de la normatividad vigente pertinente y relacionada con el tema financiero y se analiza que el plan financiero esté dando cumplimiento a ella.													
Cada una de las áreas involucradas participa activamente en la planeación financiera													
Cuenta con mecanismos que garantizan la participación del nivel directivo en la asignación de los recursos, conocen sus montos asignados (reuniones, comunicaciones, etc.)													
El presupuesto anual y el plan anual de inversiones estar acordes con lo proyectado en el plan financiero y en el plan plurianual de inversiones.													
El presupuesto anual de ingresos y gastos se elabora partiendo del plan financiero.													
2. El proceso de planeación financiera incluye como mínimo.													
El proceso cuenta con responsables claramente definidos para cada una de las actividades que conlleva la planeación financiera	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Existe un cronograma de las diferentes fases que incluye la planeación													

El cronograma se da a conocer a todos los actores con suficiente anticipación													
Los participantes conocen claramente sus responsabilidades													
Se definen indicadores que permitan medir el cumplimiento de las metas y objetivos en términos financieros a nivel de la entidad y de cada una de sus áreas.													
3. El ente territorial tiene definido un proceso para incorporar el presupuesto del fondo de salud al de la entidad territorial en el marco de su régimen presupuestal, guardando la debida articulación con el marco fiscal de mediano plazo, plan financiero, plan operativo anual de inversiones y el Plan anual mensualizado de caja (PAC). (revisar con la resolución de fondos territoriales en salud 3042/2.007)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
4. La entidad territorial tiene definido un proceso para realizar las transferencias de los recursos del fondo de salud a las direcciones de salud conservando la estructura presupuestal del fondo de salud al interior de su presupuesto.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
GENERACIÓN DE RECURSOS Y GESTIÓN DEL RECAUDO													
5. La organización cuenta con un proceso de búsqueda de recursos nuevos y/o nuevas fuentes de financiamiento para los objetivos y proyectos del plan definido en el direccionamiento estratégico													
Involucra el estudio y análisis de la normatividad vigente relacionada para aprovechar los incentivos que en ella se determinan	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Involucra el estudio de las posibilidades de financiamiento diferentes a las provenientes de los recursos fiscales.													
6. Se cuenta con un proceso sistemático que realiza un control a la ejecución de los ingresos que recibe el ente territorial												1,23	
Se cuenta con un proceso sistemático de recolección de información base, con la cual se realizan las proyecciones financieras de los ingresos que por las diversas fuentes recibirá la entidad según lo estimado en el plan financiero.	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,30		
Se participa en forma activa con la Secretaría de Hacienda para conocer las proyecciones financieras y las bases de las mismas													

Se realiza un seguimiento a los valores recibidos confrontándolos con los ingresos proyectados.													
7. Se cuenta con un proceso que asegura el reconocimiento de los recursos presupuestados	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,30		
8. Se cuenta con un proceso que asegura el recaudo													
Se tienen cuentas maestras abiertas para el manejo de cada una de las subcuentas del fondo de salud.													
Las cuentas maestras se encuentran abiertas en institución financieras bien calificadas por las firmas calificadoras de riesgos, que brindan seguridad a los recursos financieros y ofrecen tasas de interés comerciales aceptables.	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,30		
Se administran los excedentes de liquidez con eficiencia y con cargo a la misma cuenta que los origina.													
Se gestiona el recaudo de manera eficiente de la totalidad de los recursos del fondo de salud.													
EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RECURSOS FINANCIEROS													
9. Existe un proceso de seguimiento a la ejecución de los recursos financieros de la entidad, el cual incluye:													
Sistema de información que permite la generación de informes mensuales sobre la ejecución tanto de los ingresos, como de los gastos y de la inversión ejecutada en el período, a nivel de cada área, o de proyectos, los cuales son enviados o conocidos.													
Mecanismos de coordinación de las diferentes direcciones de la entidad mediante los cuales se cruce información pertinente para controlar la ejecución de los ingresos y sus asignaciones	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
Análisis y evaluación de las direcciones de la entidad sobre los resultados de la ejecución de su plan y del presupuesto, las desviaciones en ejecución, las causas de las mismas y la determinación de acciones correctivas cuando así lo amerite la situación.													
Generación mensual de informe gerencial o ejecutivo sobre la ejecución de cada una de las fuentes de financiación y la ejecución de las apropiaciones presupuestales que presentan una desviación inusual													

10. La entidad cuenta con un proceso que alerte sobre las necesidades de modificaciones al presupuesto, que incluye:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Proyecciones y seguimiento al plan operativo de la entidad.													
Evaluación y seguimiento permanente del comportamiento de la ejecución presupuestal para determinar las modificaciones pertinente.													
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD													
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de gestión de recursos financieros	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
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 trabajador, y de la comunidad.													
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 los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados													
12. Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades especificas para tal fin.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.													
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.													
Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios:													
Seguridad													

Continuidad													
Coordinación													
Competencia													
Aceptabilidad													
Efectividad													
Pertinencia													
Eficiencia													
Accesibilidad													
Oportunidad													
13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.													
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.													
Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores de servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.													

FUNCIONES DE APOYO A LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA													
	CALIFICACIÓN												
ESTANDAR	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL ESTAN	TOTAL GRUPO	TOTAL FXN
	Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación			
RECURSOS HUMANOS													
1. 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.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,02
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.													
2. Existe un proceso para la planeación del recurso humano. El proceso descrito considera los cambios que ocurren en su ambiente, tales como:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Cambios en la misión de la organización.													

Cambios en el plan estratégico.													
Cambios en la estructura organizacional.													
Cambios en la planta física.													
Cambios en la complejidad de los servicios.													
Disponibilidad de recursos.													
Legislación relevante.													
Tecnología disponible.													
La asignación de personal a todo nivel de la organización apoya la prestación de los servicios y está diseñado de acuerdo con:													
Requisitos y perfil del cargo.													
Identificación de los patrones de carga laboral del empleo.													
Reubicación y promoción del personal en el evento de que una situación así lo requiera.													
La planeación del recurso humano en la organización está basada en las necesidades de los clientes, sus derechos o el Código de Ética organizacional y del diseño del proceso de atención.													
3. 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.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
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.													
4. La organización cuenta con un sistema de identificación de necesidades de educación continuada, el cual es planeado a partir de las necesidades identificadas en sus clientes internos y los servicios instalados o por instalar dentro de la institución.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
La educación continuada y actividades de entrenamiento promueven la competencia del personal													
Se provee información acerca del ambiente de trabajo y sus responsabilidades e incluyen:													
Valores.													
Misión y visión.													
Plan estratégico.													
Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos.													
Servicios disponibles.													
Objetivos y metas de la organización													
Estructura organizacional.													
Expectativas del desempeño.													
Legislación relevante.													
Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones.													
Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio.													
Existe un proceso de educación integral y permanente para el personal de acuerdo con necesidades identificadas en la organización.													
La educación continuada refuerza los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención a las personas, a la población y al medio ambiente.													
5. La organización garantiza la evaluación de desempeño de todos los trabajadores, profesionales y no profesionales.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
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.													
6. Se adelantan procesos que garantizan el cumplimiento de la responsabilidad encomendada a los trabajadores. Los procesos se relacionan con:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
El entrenamiento o certificación periódica del personal de la organización en aspectos o temas definidos como prioritarios, tanto para el área asistencial como para el área administrativa.													
Investigación científica.													
Entrenamiento de estudiantes, si aplica.													
Comunicación de cambios legislativos referentes a práctica profesional.													
Evaluación periódica de las condiciones de trabajo.													
Se realiza un plan para mejorar las condiciones de trabajo de los empleados.													
La atención a la comunidad.													
7. Existe un proceso de comunicación y diálogo permanente con el personal y los acuerdos son incorporados en la política de recursos humanos de la organización.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
8. Existe un mecanismo seguro para mantener la confidencialidad de los registros del personal de la organización. Lo anterior incluye:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Acceso a los registros.													
Consentimiento de los trabajadores para acceder a sus registros. Este consentimiento no aplica para la ejecución de actividades cotidianas de la gerencia del recurso humano propias de la organización.													
9. Existen procesos que garantizan la salud ocupacional y seguridad industrial para los trabajadores de la organización.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Estos procesos son consistentes con la legislación o estándares de prácticas aceptados.													

Se adelantan programas de entrenamiento en prevención de riesgos y promoción de la salud.													
10. La organización cuenta con un proceso para evaluar periódicamente la satisfacción de los empleados.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD													
11. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de gestión de recursos humanos													
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 trabajador, y de la comunidad.													
La información sobre el plan de mejoramiento cuenta con un sistema que garantiza el despliegue y divulgación hacia los trabajadores de la organización.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
El plan de mejoramiento cuenta con unos indicadores de seguimiento, los cuales están desarrollados de forma conjunta con el los trabajadores e incluye una ficha técnica. Sus valores se comparan frente a estándares aceptados.													
12. Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades especificas para tal fin.												1,00	
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.													
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios:													
Seguridad													
Continuidad													
Coordinación													

Competencia													
Aceptabilidad													
Efectividad													
Pertinencia													
Eficiencia													
Accesibilidad													
Oportunidad													
13. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.													
14. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores de servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica.													
Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para llegar a los destinatarios mencionados.													
GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO													
15. Existen procesos para identificar y responder a las necesidades de los usuarios de la organización. Lo anterior incluye:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,09	
La gerencia de los riesgos físicos y la seguridad industrial.													
La existencia de un plan de readecuación del ambiente físico según necesidades.													
La adecuada señalización.													
Está diseñado y difundido un plan que desarrolla el método o programa que se utilizará para ejecutar las acciones que garantizan la protección de los usuarios y trabajadores dentro de la institución.													

16. Existen procesos para el manejo seguro del espacio físico, equipos e insumos. Los procesos garantizan el manejo seguro tanto para los trabajadores como para los clientes. a través de:													
Diseño y despliegue de una cultura institucional para el buen manejo del espacio físico, equipos médicos e insumos.													
Mantenimiento preventivo.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Inspecciones regulares de seguridad.													
Investigación de incidentes y accidentes serios e implementación de estrategias para prevenir su recurrencia.													
Provisión de energía de emergencia.													
Programaciones de limpieza.													
17. Existe un proceso para asegurar la seguridad del usuario al visitar las instalaciones de la organización.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
18. Existen procesos diseñados que garanticen que la organización cuenta con un plan para los casos relacionados con la preparación para emergencias y desastres (internos o externos).													
Existe un plan organizacional que incluye:													
Análisis de vulnerabilidad institucional actualizado.													
Integración del plan con los planes de emergencias y desastres de las agencias gubernamentales o privadas responsables.													
Conexión a la red de urgencias.													
Desarrollo y revisión permanente de los planes para preparación en casos de emergencias y desastres.	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,40		
Existen planes individuales de las unidades funcionales que soportan el plan organizacional y describen cómo la unidad se integra al plan organizacional.													
Se adelantan ejercicios periódicos de aplicación del plan de emergencias y desastres. Estos ejercicios permitirán:													
Revisar los protocolos de desastres con todo el personal de la organización.													
Actualizar periódicamente al personal sobre los protocolos.													
Documentar la participación y conocimiento sobre los protocolos.													

Designar personal para reportar los ejercicios y asegurar que las recomendaciones se están llevando a cabo.													
La coordinación institucional del plan de emergencias y desastres contempla las siguientes actividades:													
Establecimiento de un centro dentro de la organización para facilitar y coordinar las actividades de respuesta.													
Localización y llamada del personal disponible que no está trabajando en esos momentos.													
La identificación del personal que está a cargo de los servicios.													
Asignación de responsabilidades específicas para emergencias particulares.													
Proveer un sistema de comunicaciones en caso de fallo del sistema telefónico de la organización.													
Recolectar y difundir la información necesaria.													
Relaciones con las agencias de emergencias y desastres.													
19. Existe un proceso para prevención y respuesta a incendios.													
El proceso está asesorado por guías de departamento de bomberos.													
Capacitación a los empleados de la organización sobre los planes de incendios, localización y uso de equipos de supresión de incendios y métodos de evacuación													
Activación de alarmas y notificación de la emergencia a los empleados y clientes de la organización, así como al departamento de bomberos.	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,40		
Instrucciones para el uso de sistemas de comunicación y para utilización de ascensores.													
Sistemas de evacuación.													
Señalización de sistemas de evacuación.													
Procesos de desconexión de gases o sustancias inflamables en los servicios.													
ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD													
20. Existe un plan para mejorar la calidad de los procesos de gestión del ambiente físico	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	

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 trabajador, y de la comunidad.													
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 los trabajadores e incluye una ficha técnica.													
Sus valores se comparan frente a estándares aceptados.													
21. Como resultado de la evaluación de calidad se tienen seleccionados en orden de prioridad los aspectos que necesiten mejoramiento y se diseñan e implementan actividades especificas para tal fin.													
Los métodos para la determinación de prioridades consideran las necesidades y expectativas de la comunidad a la que sirve y los trabajadores.													
Esa prioridad podría estar asignada de acuerdo con criterios de: Alto riesgo. Alto volumen. Alto costo.													
Los aspectos de la calidad que son considerados cuando se determinan las prioridades incluyen alguno o todos los siguientes criterios:	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Seguridad													
Continuidad													
Coordinación													
Competencia													
Aceptabilidad													
Efectividad													
Pertinencia													
Eficiencia													
Accesibilidad													
Oportunidad													

22. Existe un proceso de monitorización permanente del mejoramiento de los procesos seleccionados como prioritarios y a los cuales se les identificó e implementó actividades de mejoramiento.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
El sistema de medición cuenta con un método formal y permanente de evaluación, recolección de información, procesamiento y análisis de resultados.													
23. Los resultados de las actividades del mejoramiento de la calidad son comunicados.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00		
Los resultados son comunicados a los trabajadores, a los proveedores, a los prestadores de servicios de salud, a las EPS, a la comunidad a la que sirve y a otras entidades, si aplica.													
Los resultados son comunicados a través de canales apropiados, diseñados o seleccionados por la organización, para legar a los destinatarios mencionados.													