

# SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ D.C.



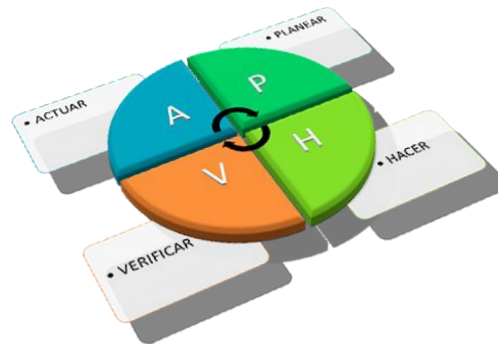
## DIRECCION DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

SUBDIRECCION DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE SERVICIOS DE SALUD



**BOGOTÁ**  
MEJOR PARA TODOS

# ANTECEDENTES Y LEGISLACIÓN DEL SOGC



**BOGOTÁ**  
MEJOR PARA TODOS

# Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en salud S.O.G.C.S

¿Qué es el S.O.G.C.S.?

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos, y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país

- **CARACTERÍSTICAS DEL SOGCS.** Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.



# A QUIENES APLICA

**PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD**

**ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DE RC**

**ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RS**

**ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGADA**

**ENTIDADES DEPARTAMENTALES, MUNI,  
DISTRI**

**FUERZAS MILITARES Y DE POLICIA.**

# MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL DEL SOGC

## La ley 100 de 1993

- "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral..."
- Es facultad del Gobierno Nacional **expedir las normas** relativas a la organización de un **sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud.**

## Ley 1122 de 2007

- "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud ..."
- El Ministerio de Salud y Protección Social **definirá, los requisitos y el procedimiento para la habilitación** de nuevas **IPS.**

## Ley 1438 de 2011

- "por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud ..."
- Los **prestadores de servicios de salud,** deberán contar con las condiciones para prestar un servicio de calidad; para tal fin el MSPS **expedirá los reglamentos.** Las DTS deben **garantizar la verificación** de los servicios.

# DECRETO - 1011 DE 2006



- Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS)

# COMPONENTES DEL SOGCS.

El Sistema Único de  
Habilitación. Res.  
2003 - 2014

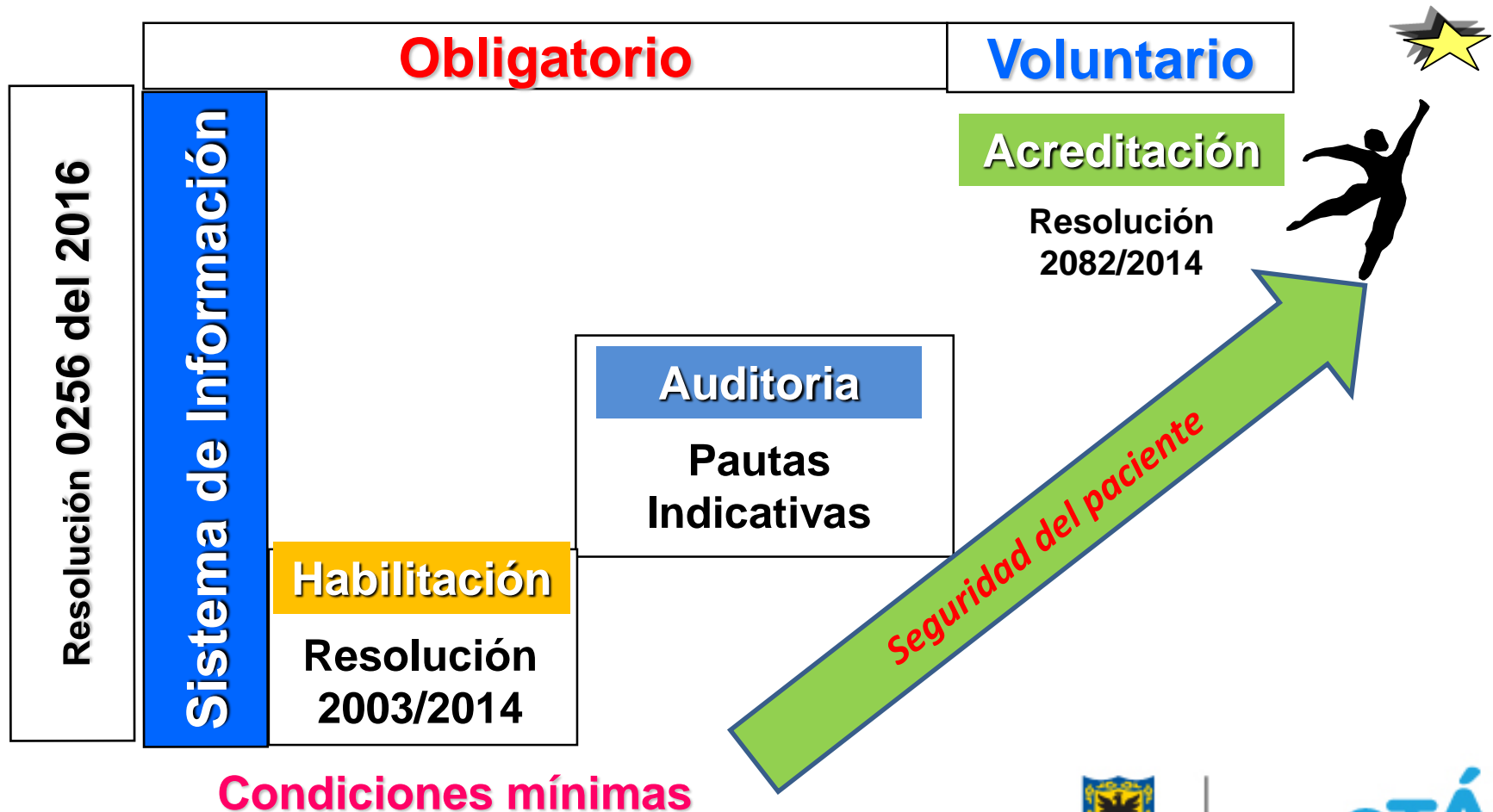
La Auditoria para el  
Mejoramiento de la  
Calidad de la  
Atención de Salud.

El Sistema Único de  
Acreditación. Res.  
2082 - 2014

El Sistema de Información  
para la Calidad. Res 0256  
- 2016



# Componentes del SOGC DECRETO 1011 de 2006 DECRETO 903 de 2014



# *ADMINISTRACION Y GESTION DEL RIESGO*



# **RIESGOS RES. 2003 – 2014**

## **Procesos Seguros:**

*Se tienen definidos, se monitorean y analizan los indicadores de seguimiento a riesgos según características de la institución y los lineamientos definidos en el Sistema de Información para la Calidad.*

*Se realizan acciones para intervenir los riesgos identificados a partir de la información aportada por los indicadores de seguimiento a riesgos.*

*Se evalúa el efecto de las acciones realizadas para la minimización de los riesgos y se retroalimenta el proceso*

# ¿Qué es un Riesgo?

Es toda posibilidad de ocurrencia de aquella(s) situación(es) que pueda(n) entorpecer el normal desarrollo de las actividades de un proceso e impidan el logro de los objetivos.



# ¿QUÉ SITUACIONES GENERAN RIESGO?



# *¿PARA QUE ADMINISTRAR Y GESTIONAR UN RIESGO?*

**IDENTIFICAR**

**ESTUDIAR**



**EVALUAR**

**CONTROLAR**

**MITIGAR**

# ***El riesgo es inherente en cualquier proceso o proyecto***

- Los procesos se desarrollan para que una organización alcance un objetivo que le proporcione unos beneficios.
- Aunque un proceso puede tener más o menos riesgos que otro, no existe ningún proceso que no se vea amenazado por algún riesgo.
- Los profesionales de la organización, siempre tienen presente que los riesgos son inherentes y que están presentes en todas partes, trabajan sin descanso para tomar decisiones equilibradas entre riesgos y oportunidades sin obsesionarse únicamente en eliminar el riesgo, dejando de lado el resto de elementos.
- La determinación de riesgos depende de un proceso analítico-deliberativo, cuyo éxito depende de la capacidad de los actores involucrados para participar en las deliberaciones y en la toma de decisiones.

# Como **evaluar** la evolución de la **gestión de riesgo** alcanzada por su organización?

- ¿Conozco cuáles son **nuestros riesgos**?
- ¿Hemos evaluado los **riesgos no tradicionales** a los que está expuesta la organización?
- ¿Entendemos las **interrelaciones** de nuestros propios riesgos?
- ¿Conozco cuál es nuestro **“apetito de riesgo”** ante cada uno de los riesgos identificados y evaluados?
- ¿Nuestro entendimiento del riesgo y su necesidad de gerenciamiento está **inmerso en nuestra organización y cultura**?
- ¿Entiende cada empleado, desde su rol, su **responsabilidad** ante la Administración de Riesgos?

<http://www.iaia.org.ar/revistas/elauditorinterno/03/articulo2.html>



**BOGOTÁ**  
MEJOR PARA TODOS



# ¿Cómo evaluar la evolución de la gestión de riesgo alcanzada por su organización?



- ¿Se considera **prioritario el concepto de riesgo** cuando se planifican o efectúan mejoras de procesos en la organización?
- ¿Conozco quienes son los **“propietarios”** (responsables) de nuestros riesgos?  
¿Cuentan ellos con procesos de medición y monitoreo apropiados de los mismos?
- ¿Cuál es el **enfoque de los responsables/sectores/departamentos** que implementan medidas de control de los riesgos sobre un modelo de Gestión Integral de Riesgo?.

<http://www.iaia.org.ar/revistas/elauditorinterno/03/articulo2.html>



**BOGOTÁ**  
MEJOR PARA TODOS

# ¿Cómo evaluar la evolución de la gestión de riesgo alcanzada por su organización?



- ¿Poseemos **procesos** para promover la optimización de los riesgos?
- ¿Buscamos regularmente nuevos mercados, relaciones/socios u **otras estrategias de optimización de riesgos**, que nos permitan compartir o minimizar los mismos a nivel corporativo?
- ¿Cómo afecta nuestro **sistema de incentivos** la Administración de Riesgos? .

<http://www.iaia.org.ar/revistas/elauditorinterno/03/articulo2.html>



**BOGOTÁ**  
MEJOR PARA TODOS

# ***¿CUALES SON LOS PASOS PARA ADMINISTRAR EL RIESGO?***

**1. DEFINIR EL CONTEXTO**

**2. IDENTIFICAR LOS RIESGOS**

**3. ANALIZAR LOS RIESGOS**

**4. VALORAR LOS RIESGOS**

**5. PLAN DE ACCION**



# ***DEFINIR EL CONTEXTO***

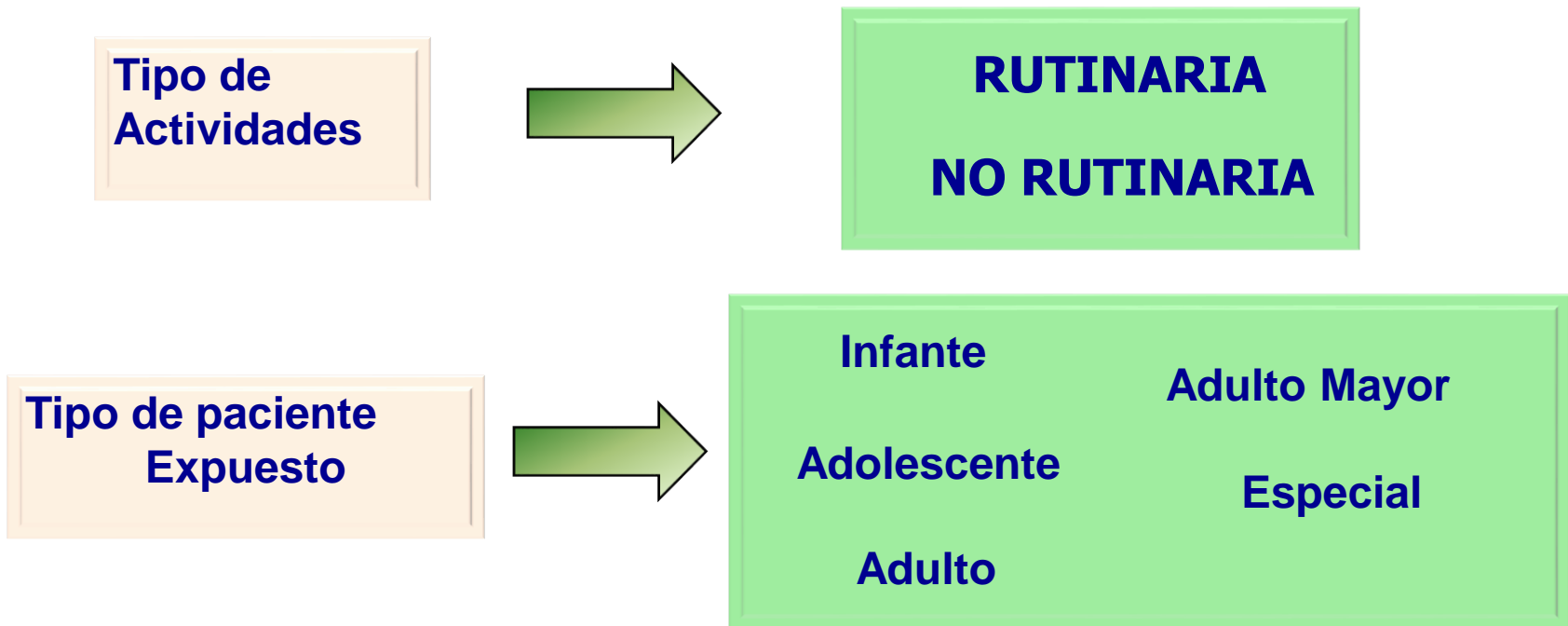
***¿ A QUÉ SITUACIONES DE RIESGO ESTA EXPUESTA  
NUESTRA INSTITUCIÓN?***

**SITUACIONES DE RIESGO  
GENERADAS POR EL  
ENTORNO**

**SITUACIONES DE RIESGO  
GENERADAS AL INTERIOR  
DE LA INSTITUCIÓN**

# ***IDENTIFICAR LOS RIESGOS***

**Tener claro cuales son los procesos  
Objetivo de la identificación de riesgos**



PROCESO - SUB PROCESO	ACTIVIDAD	TIPO DE ACTIVIDAD		TIPO DE PACIENTE EXPUESTO				
		Rutinaria	No Rutinaria	Infante	Adolescente	Adulto	Adulto Mayor	Especial
Consulta Externa	Espera para la atención	X					X	
Cirugia	Preparacion del paciente	X		X	X	X	X	X

# ***IDENTIFICAR LOS RIESGOS***

## **TIPO Y CLASIFICACIÓN DEL RIESGO**

- **Físico (Mecánico, Eléctrico, Locativo):**

Son todos aquellos factores de naturaleza física que pueden provocar efectos adversos a la salud del paciente según sea la intensidad o el tiempo de exposición.

- **Químico:**

Toda sustancia orgánica e inorgánica, natural o sintética que durante su manejo, transporte, almacenamiento, uso y administración pueda incorporarse al aire ambiente y ser inhalada, entrar en contacto con la piel o ser ingerida, con efectos irritantes, corrosivos, asfixiantes o tóxicos y en cantidades o tiempos de exposición que tengan probabilidades de lesionar la salud de los pacientes.

# ***IDENTIFICAR LOS RIESGOS***

## **TIPO Y CLASIFICACIÓN DEL RIESGO**

- **Biológico:**

Todos aquellos seres vivos ya sean de origen animal o vegetal y todas aquellas sustancias derivadas de los mismos, que pueden ser susceptibles de provocar efectos negativos en la salud de los pacientes en la forma de procesos infecciosos, tóxicos o alérgicos.

- **Proceso.**

Se refiere a aquellos aspectos relacionados con el no cumplimiento de un proceso, subproceso, procedimiento u actividad, ya sea por omisión, desconocimiento, errores en el diseño o inadecuada interpretación del mismo.



# ***IDENTIFICAR LOS RIESGOS***

## **TIPO Y CLASIFICACIÓN DEL RIESGO**

- **Psicosocial: (Funcionario - Paciente o familiar)**

Se refiere a aquellos aspectos intrínsecos y organizativos del Medio hospitalario y a las interrelaciones humanas, que al interactuar con factores humanos endógenos (edad, patrimonio genético, antecedentes psicológicos) y exógenos (vida familiar, cultura, etc.), tienen la capacidad potencial de producir cambios en el comportamiento (agresividad, ansiedad, insatisfacción) o trastornos físicos o psicosomáticos (fatiga, dolor de cabeza, espasmos musculares, alteraciones en ciclos de sueño, hipertensión, etc).



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ**  
MEJOR PARA TODOS

<p><b>RIESGO</b> (Tipo y clasificación)</p>	<p><b>ORIGEN DEL RIESGO</b></p>	<p><b>EFFECTOS DEL RIESGO (consecuencias)</b></p>
<p>Caida del paciente o familiar Físico- Locativo</p>	<p>Pisos lisos, mala señalización, mobiliario inadecuado, desniveles en los pisos, descuido de pacientes en sala, falta de pasamanos.</p>	<p>Daño transitorio o permanente en el paciente que puede disminuir la movilidad de alguno de los miembros y la capacidad de desplazamiento</p>
<p>Marcación errónea de lugar de la cirugía / Psicosocial - Funcionario/ Proceso</p>	<p>Falta de diseño e implementación de procedimientos que permitan marcar el sitio quirúrgico con el paciente consiente</p>	<p>Daño transitorio o permanente en órgano o área anatómica intervenida quirúrgicamente</p>

# ANALIZAR LOS RIESGOS

PROBABILIDAD



&



SEVERIDAD

# ***PROBABILIDAD***



**Es la posibilidad de que, una vez presentada la situación de riesgo, se origine un accidente.**

**Es la proporción de veces que un evento en particular ocurra en un tiempo determinado.**

# ANALIZAR LOS RIESGOS

## PROBABILIDAD

### ***CASI SEGURO: (10)***

Se espera que ocurra y se repita en cortos períodos de tiempo (Todas las semanas o meses).

### ***PROBABLE: (8.0)***

Probablemente ocurrirá y se repetirá en muchas circunstancias (Varias veces al año).

### ***POSIBLE: (6.0)***

Puede ocurrir ocasionalmente. Ha ocurrido en el pasado y es posible que vuelva a pasar (cada uno a dos años).



# ANALIZAR LOS RIESGOS

## PROBABILIDAD

### ***IMPROBABLE: (4.0)***

No se espera que ocurra o que se repita, pero potencialmente podría pasar (cada 2 a cinco años).

### ***MUY RARO: (2.0)***

No se cree que el evento pueda ocurrir. Sólo podría pasar algo así en circunstancias excepcionales (cada 5 a 30 años).

# SEVERIDAD



**Es la estimación del impacto en caso de materializarse el riesgo.**

# ANALIZAR LOS RIESGOS

## SEVERIDAD

### ***INSIGNIFICANTE: (2.0)***

**Pacientes sin daño ni aumento del nivel de cuidadoso estadía.**

### ***MENOR: (4.0)***

**Pacientes que requieren mayor nivel de cuidados incluyendo:**

- **Primeros auxilios**
- **Nueva evaluación**
- **Estudios adicionales**
- **Remisión a otro médico**



# SEVERIDAD

## **MODERADO: (6.0)**

***Pacientes con reducción permanente y significativa de función (sensitiva, motora, fisiológica o psicológica) no relacionada con el curso natural de la enfermedad y que difiere de la evolución esperada o cualquiera de las siguientes circunstancias:***

- **Aumento del tiempo de internación como resultado del incidente**
- **Se requiere una intervención quirúrgica como resultado del incidente**

## **MAYOR: (8.0)**

***Pacientes con pérdida mayor y permanente de función (sensitiva, motora, fisiológica o psicológica) no relacionada con el curso natural de la enfermedad y que difiere de la evolución esperada o cualquiera de las siguientes circunstancias:***

- ***Pérdida de miembro***
- ***Desfiguración.***



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

**BOGOTÁ**  
MEJOR PARA TODOS

# ANALIZAR LOS RIESGOS

## SEVERIDAD

### **CATASTRÓFICO: (10)**

**Muerte no relacionada con el curso natural de la enfermedad y que difiere de la evolución esperada, o bien cualquiera de estas circunstancias:**

- **Error de sitio en procedimiento**
- **Cirugía en paciente equivocado**
- **Suicidio en internación**
- **Oblito que requirió remoción quirúrgica**
- **Embolia gaseosa**
- **Muerte por error de medicación**
- **Reacción hemolítica post transfusional**
- **Muerte materna vinculada al parto**
- **Daño neurológico al recién nacido**
- **Robo de recién nacido.**

<b>PROBABILIDAD</b> <b>(2-4-6-8-10)</b>	<b>SEVERIDAD</b> <b>(2-4-6-8-10)</b>	<b>NIVEL DEL RIESGO (Probabilidad x Severidad)</b>
8	6	48
8	10	80

# ***CALIFICACIÓN DEL RIESGO***

	<b>SEVERIDAD</b>	<b>INSIGNIFICANTE</b>	<b>MENOR</b>	<b>MODERADO</b>	<b>MAYOR</b>	<b>CATASTRÓFICO</b>
<b>PROBABILIDAD</b>		2.0	4.0	6.0	8.0	10
<b>CASI SEGURO</b>	10	20	40	60	80	100
<b>PROBABLE</b>	8.0	16	32	48	64	80
<b>POSIBLE</b>	6.0	12	24	36	48	60
<b>IMPROBABLE</b>	4.0	8	16	24	32	40
<b>MUY RARO</b>	2.0	4	8	12	16	20

# ***CALIFICACIÓN DEL RIESGO***

## ***RIESGO EXTREMO:***

Se requiere acción inmediata. La dirección debe conocer esta situación y deben implementarse acciones correctivas urgentes. Si ocurre el Evento Adverso, el mismo debe ser reportado dentro de las 24 hs. y se deben analizar causas raíces.

## ***RIESGO MODERADO:***

Se requieren acciones lo antes posible y no más allá de los 6 meses. La alta dirección y el director médico o científico deben conocer esta situación.

## ***RIESGO BAJO:***

manejo por procedimientos de rutina. Implementar medidas fáciles y rápidas y soluciones de fondo cuando los recursos lo permitan.

# VALORAR LOS RIESGOS

*¿Existen controles?*

*¿son efectivos?*

*¿están documentados, socializados e implementados?*

# VALORAR LOS RIESGOS

## RIESGO RESIDUAL

<b>CRITERIOS</b>	<b>VALORACIÓN DEL RIESGO</b>
No existen Controles	Es necesario tomar acciones correctivas de forma inmediata, teniendo en cuenta que los procedimientos estén documentados socializados, implementados y medidos
Los Controles existentes no son efectivos	Es necesario tomar acciones correctivas de forma inmediata, teniendo en cuenta que los procedimientos estén documentados socializados, implementados y medidos
Los Controles existentes son efectivos pero no están documentados	Es necesario hacer revisión de los controles a fin de valorar su efectividad y realizar su respectiva documentación, socialización, implementación y monitoreo
Los Controles existentes son efectivos y están documentados	Realizar revisión de los mismos, actualizarlos y verificar tendencias de medición de impacto de los mismos



# OPORTUNIDAD DE MEJORA

## OPORTUNIDAD DE MEJORA (Barreras)

<b>T</b>	Señalización de todas las aéreas que representen riesgo de caída para el paciente en el área de consulta externa. Instalar pasamanos y superficies antideslizantes en la totalidad de las ares de trafico de pacientes
<b>R</b>	Estandarizar tiempos de espera, reforzar procesos e incluir medios y procedimientos para la identificación y manejo de pacientes con mayor riesgo de caída.
<b>E</b>	Socialización de los cambios hechos en los procesos y procedimientos para la identificación y manejo de pacientes con riesgos de caída.
<b>S</b>	Implementar rondas de seguridad del paciente donde se incluya este riesgo, supervisión permanente por parte del coordinador de unidad funcional de consulta externa, con el apoyo de calidad y SIAU.
<b>T</b>	Implementar manilla de identificación (nombre, procedimiento,etc), lectores de codigos de barra de las manillas etc.
<b>R</b>	Diseñar e implementar procedimientos tipo listas de chequeo para que con el paciente consiente se identifique y marque el sitio quirúrgico antes de la cirugía, por parte del cirujano y otros funcionarios inmersos en el proceso.
<b>E</b>	Socialización de los cambios hechos en los procesos y procedimientos para la identificación del sitio quirúrgico con el paciente consiente.
<b>S</b>	Implementar rondas de seguridad del paciente donde se incluya este riesgo, supervisión permanente por parte del coordinador de unidad funcional de cirugía antes de cada procedimiento.



# **AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD : ASISTENCIA TÉCNICA E IMPLEMENTACIÓN**



# ***PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD***

*RES. 2003 DE 2014*

*Se tienen definidos los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en Salud con el fin entre otros, de realizarle seguimiento a los riesgos en la prestación de los servicios.*

# ***DEFINICION AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD***

Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la iintencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

# AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

## OBJETIVO GENERAL:

- *Promover el mejoramiento continuo a través de la autoevaluación sistémica de los procesos asistenciales, definición de prioridades, estandarización de procesos y cierre de los ciclos PHVA, contribuyendo al cumplimiento de estándares de acreditación.*



# Definición de la Auditoría

## Implica:

- a. La realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
- b. La comparación entre la calidad observada y la calidad deseada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- c. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.



# Niveles de Auditoría

IMÁGENES DE AUDITORIA



**Auditoria Interna**



**Autocontrol**



# **NIVELES DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

- **Auditoria Interna.** *Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.*



# **NIVELES DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD**

- **Autocontrol.** Cada miembro de la entidad planea, hace, verifica y actúa (PHVA) los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.





# Enfoque Sistémico

ENFOQUE SISTÉMICO



# Auditoría para el mejoramiento De la calidad de la atención en salud

## AUDITORIA INTEGRAL SISTÉMICA

**Es un proceso reflexivo que trabaja con base en la idea de que todos participan en una conversación sobre la efectividad del sistema. No se le hace algo "a" la institución, sino que hace algo "con" ella, pasa a ser una tarea de colaboración.**

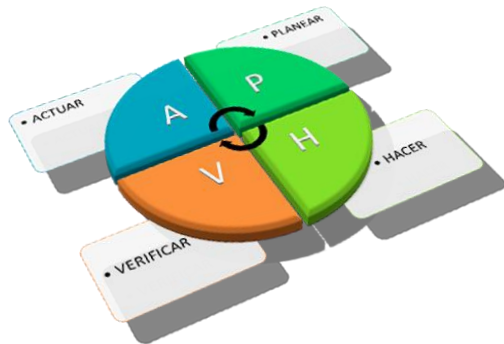
**No se trata simplemente de un nuevo método, de una nueva escuela, sino de un nivel de análisis diferente, porque su foco es intentar articular las fallas encontradas con un conocimiento integral de la institución para hacer un aporte a su efectividad.**

**Tiene como foco el aprendizaje organizacional e individual elemento principal del mejoramiento continuo.**

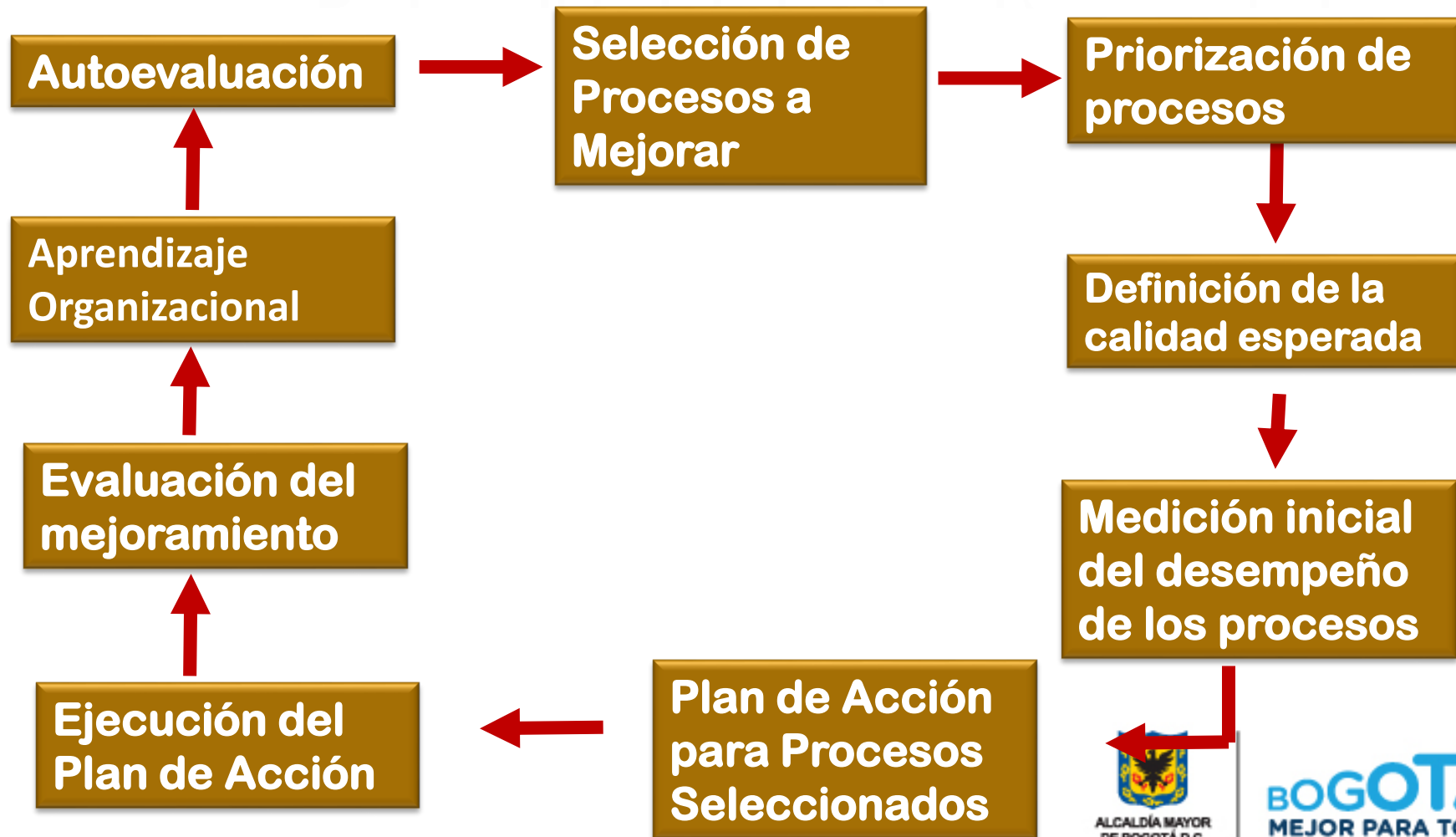


**BOGOTÁ**  
MEJOR PARA TODOS

***“Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.”***

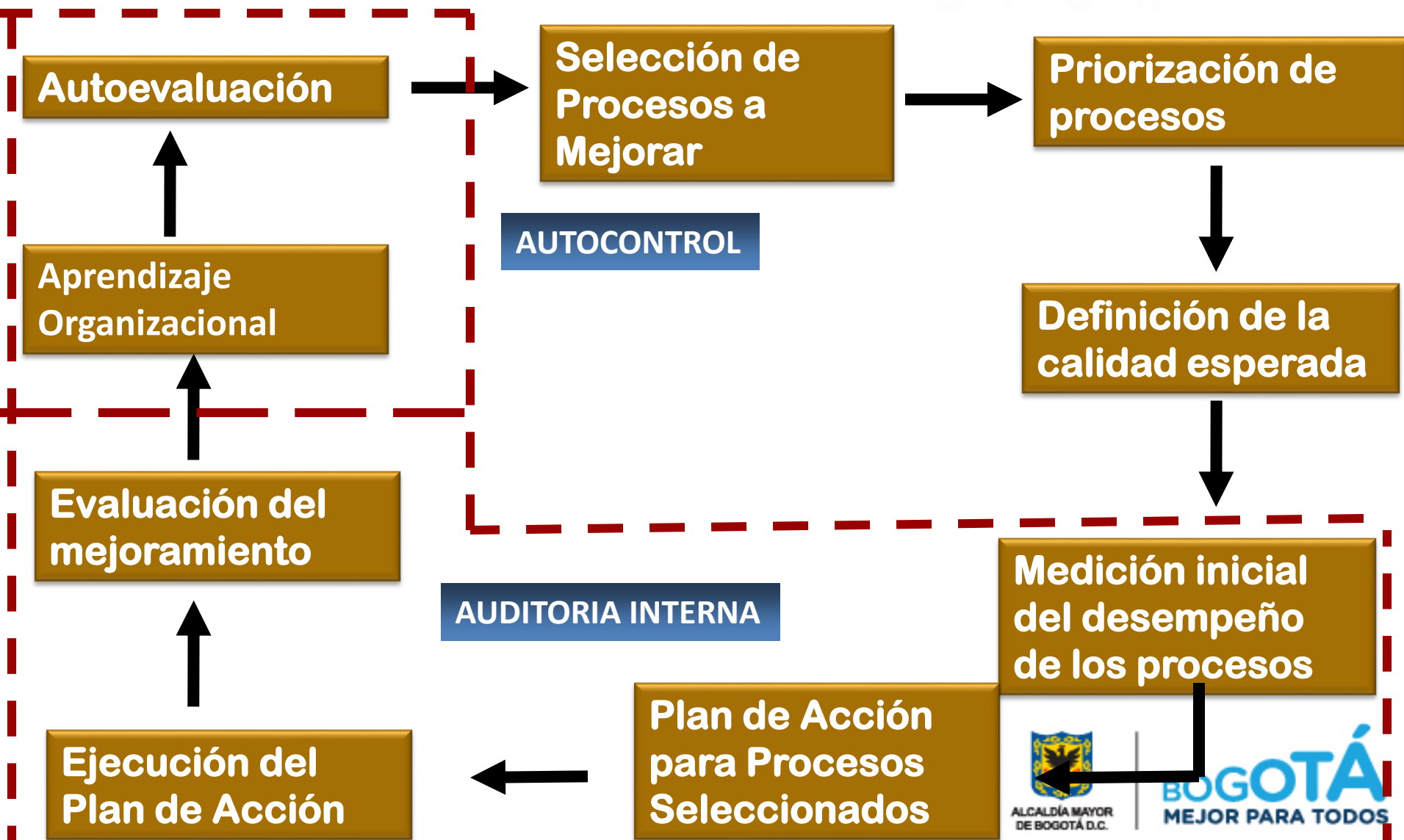


# Programa de auditoría para el mejoramiento De la calidad de la atención en salud



# Ruta Crítica

KNIS CLINIC

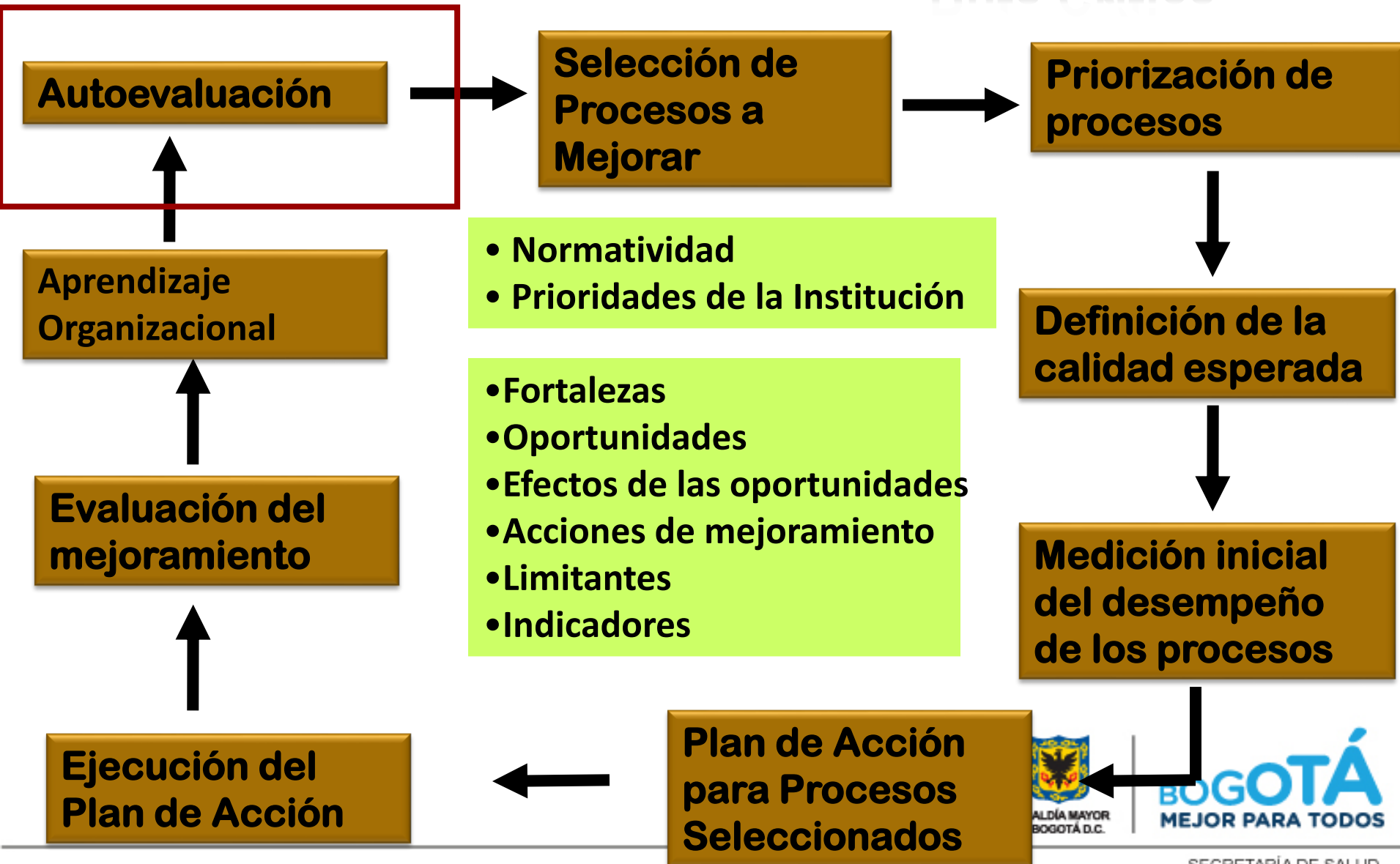


# ***PASOS PARA PONER EN MARCHA UN PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA Y AUTOCONTROL***



# Ruta Crítica

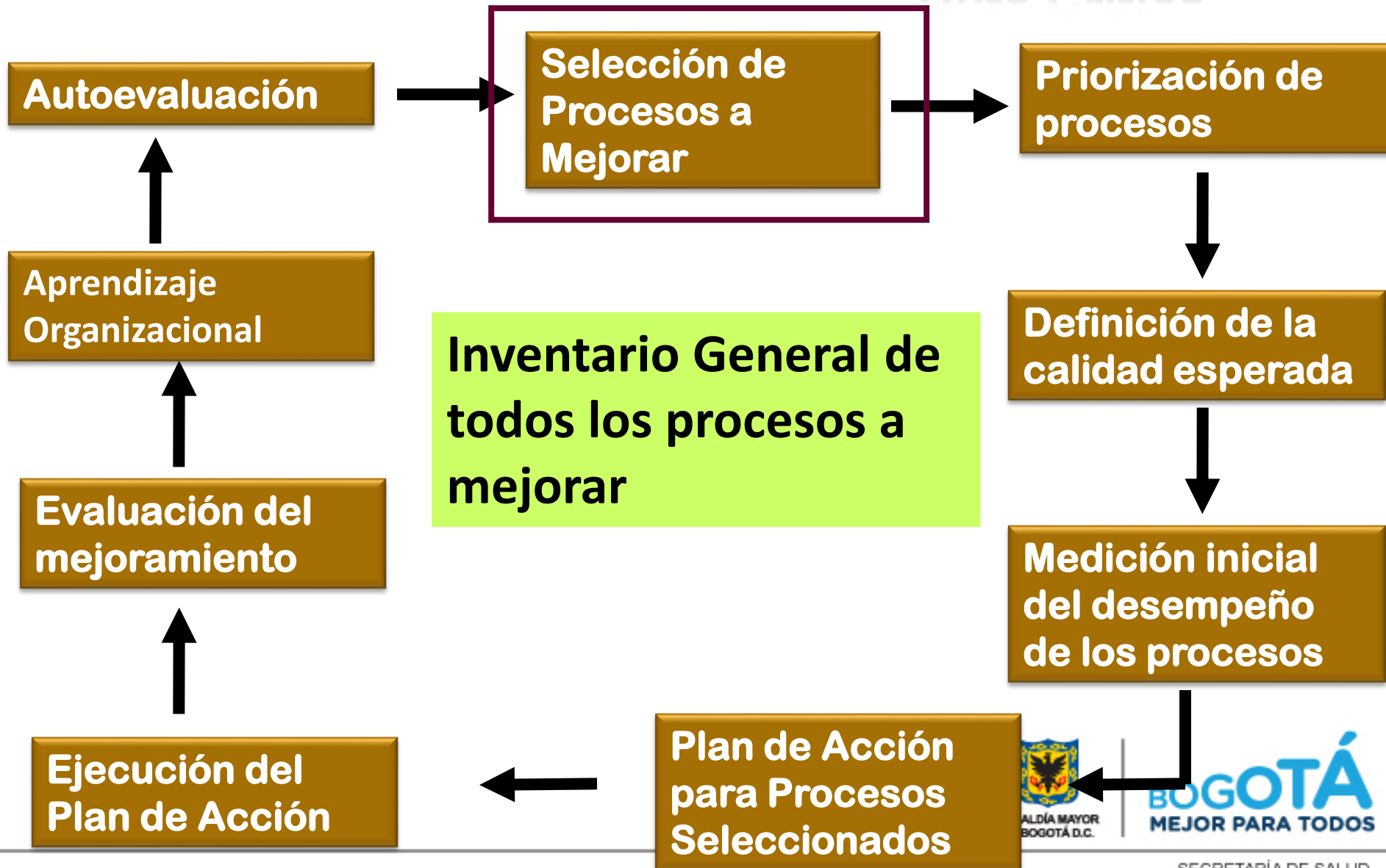
KPIs Clínicos



ALDÍA MAYOR  
BOGOTÁ D.C.

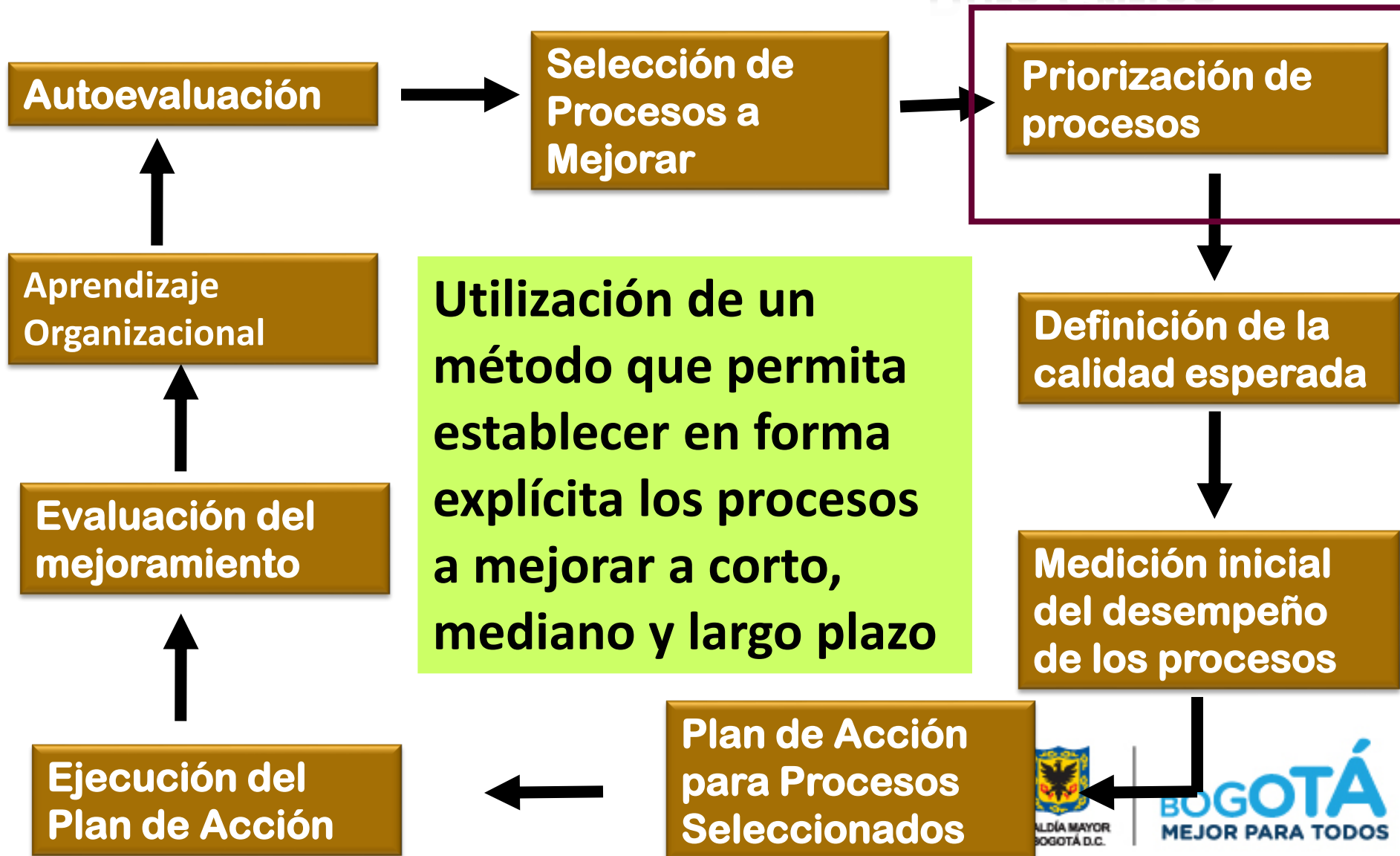
**BOGOTÁ**  
MEJOR PARA TODOS

# Ruta Crítica



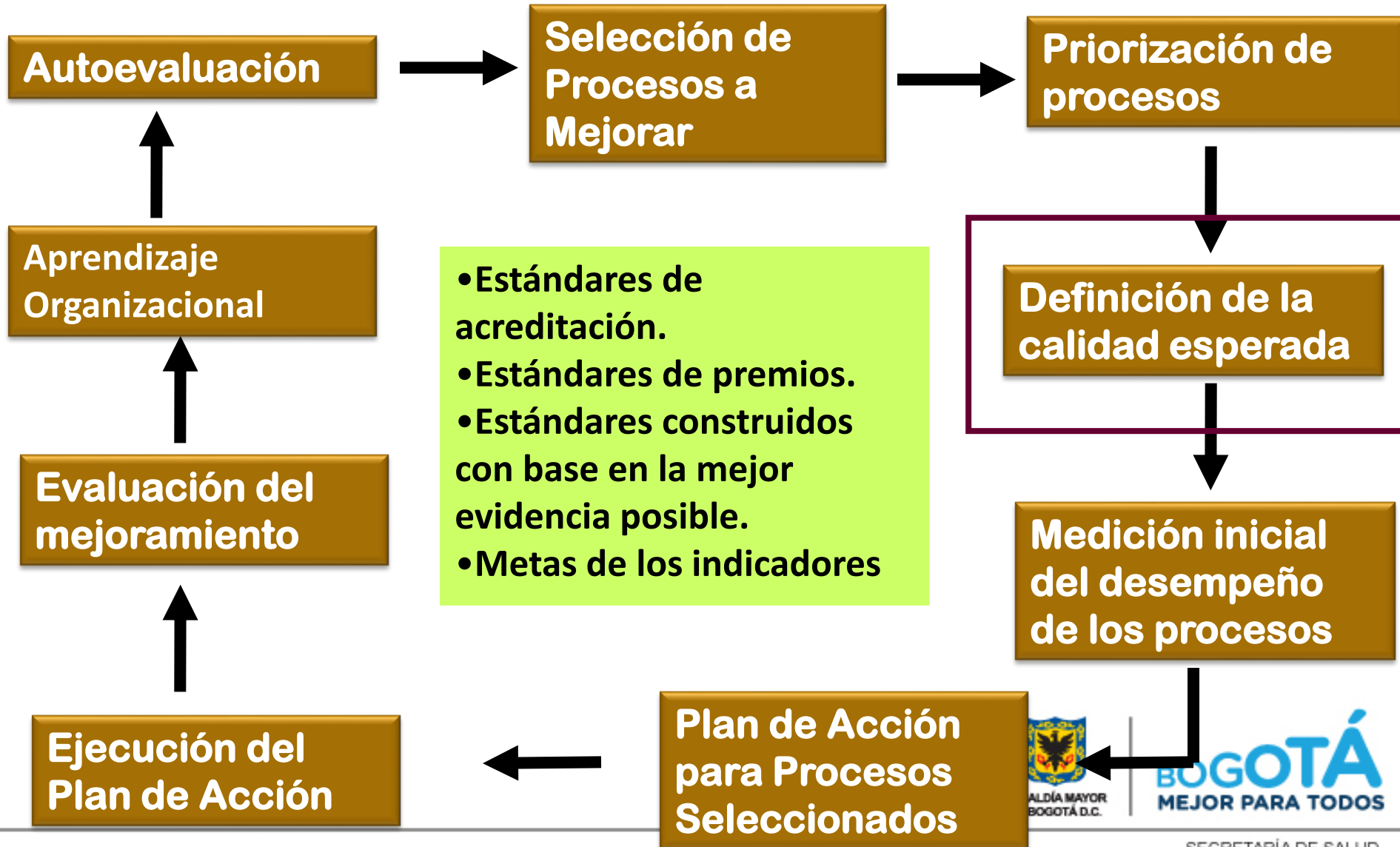


# Ruta Crítica



# Ruta Crítica

KPIs Clínicos

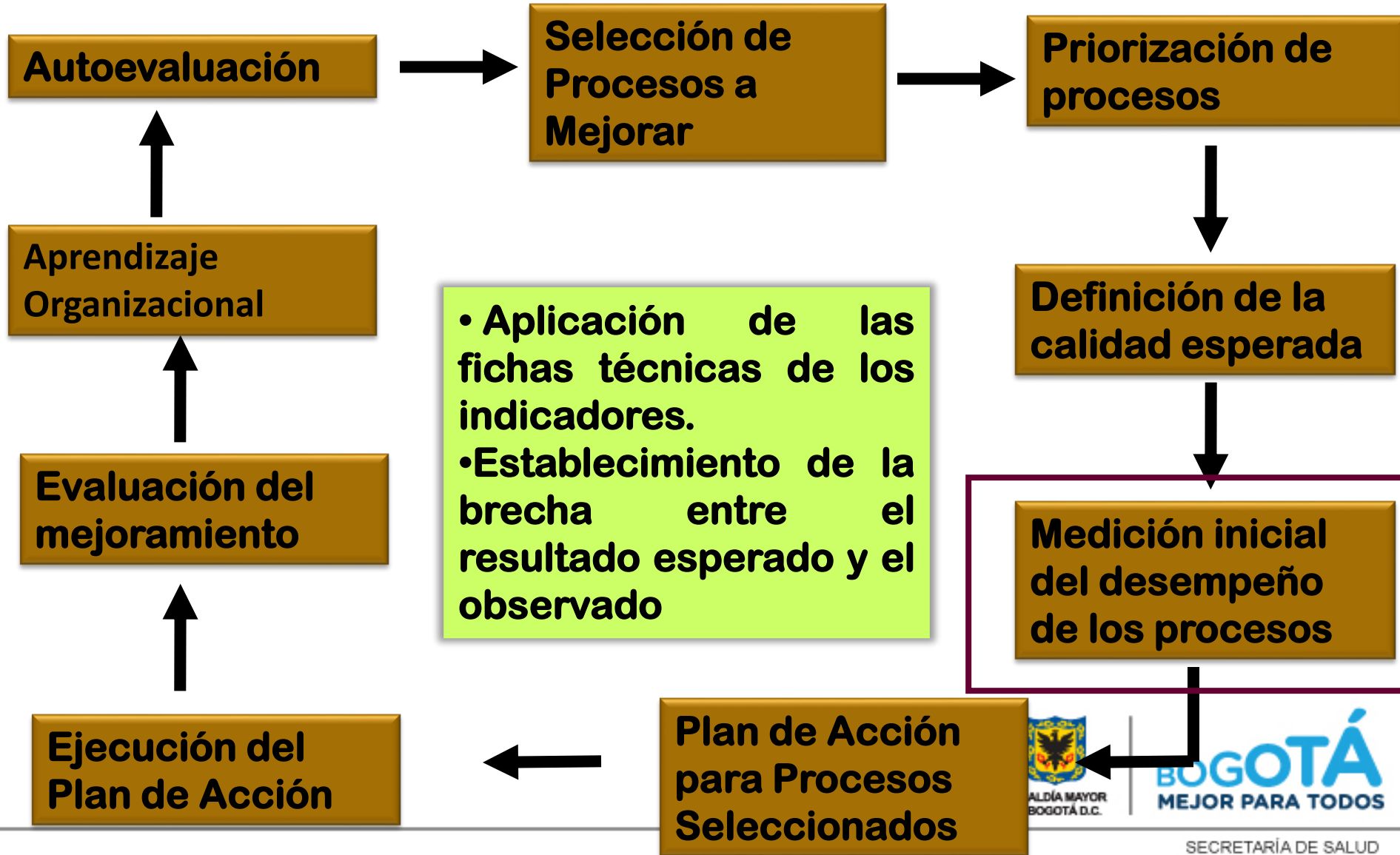


ALDÍA MAYOR  
BOGOTÁ D.C.

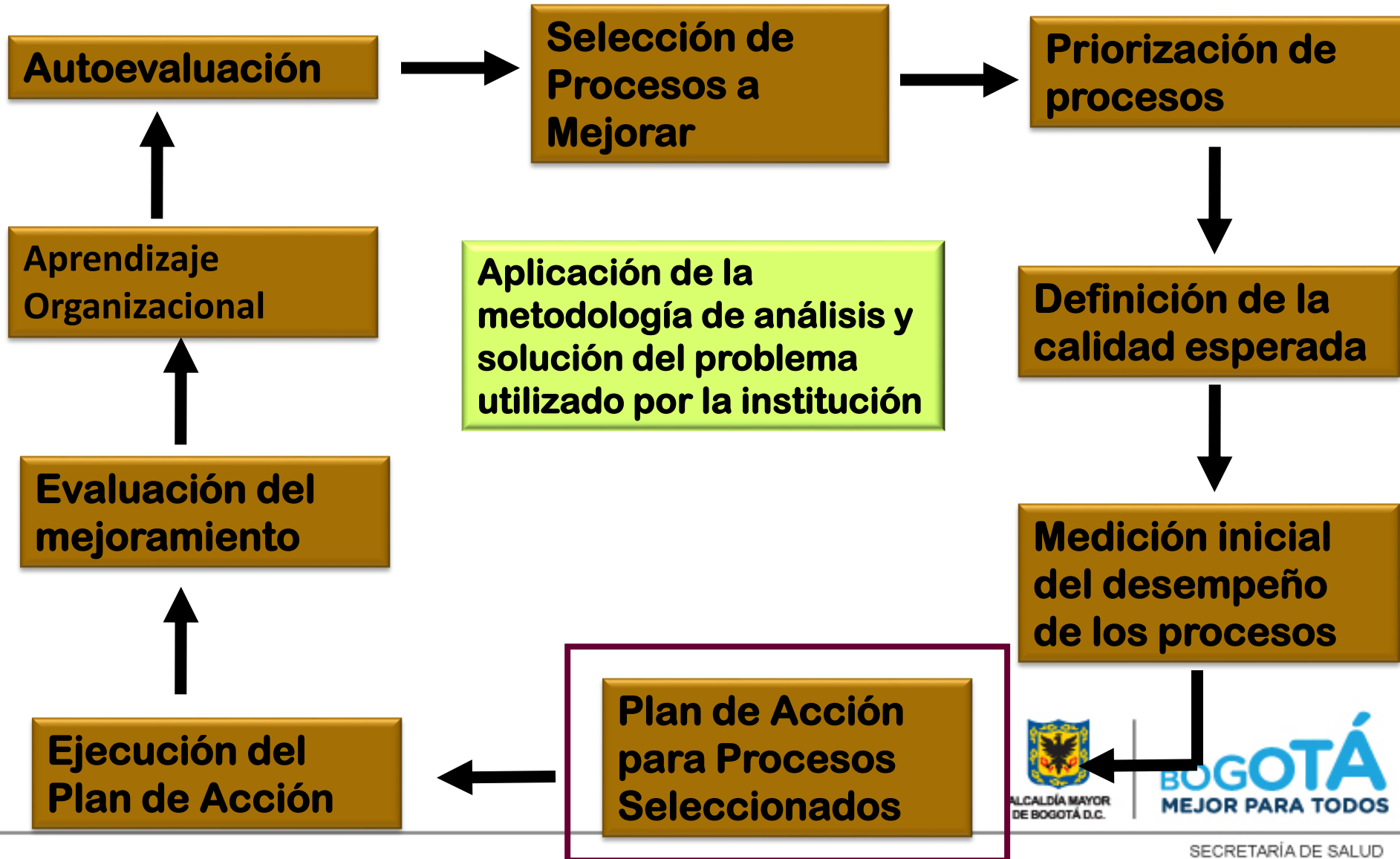
**BOGOTÁ**  
MEJOR PARA TODOS

# Ruta Crítica

KPIs Clínicos



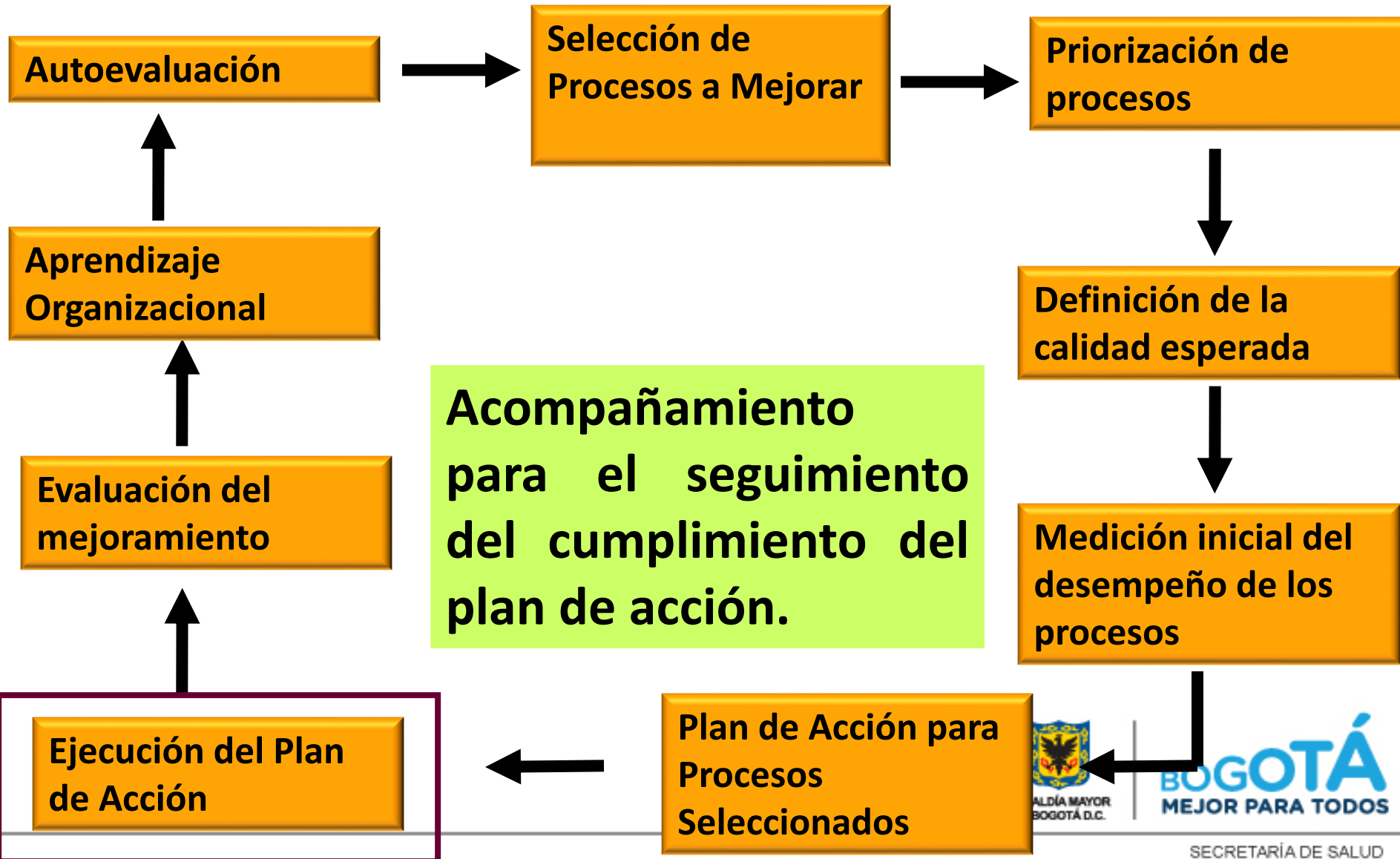
# Ruta Crítica



**BOGOTÁ**  
MEJOR PARA TODOS

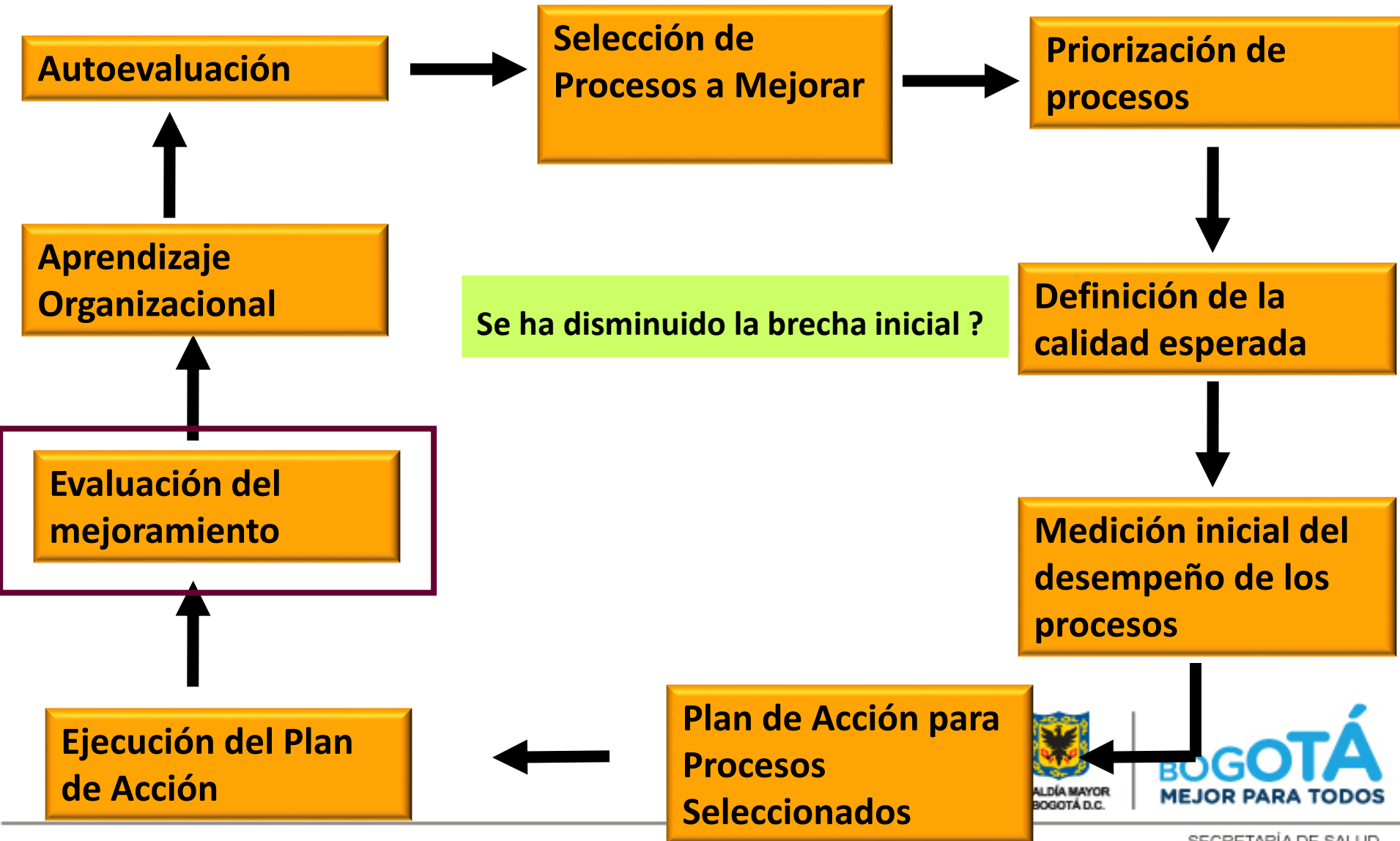
# Ruta Crítica

KNBS CLINICS



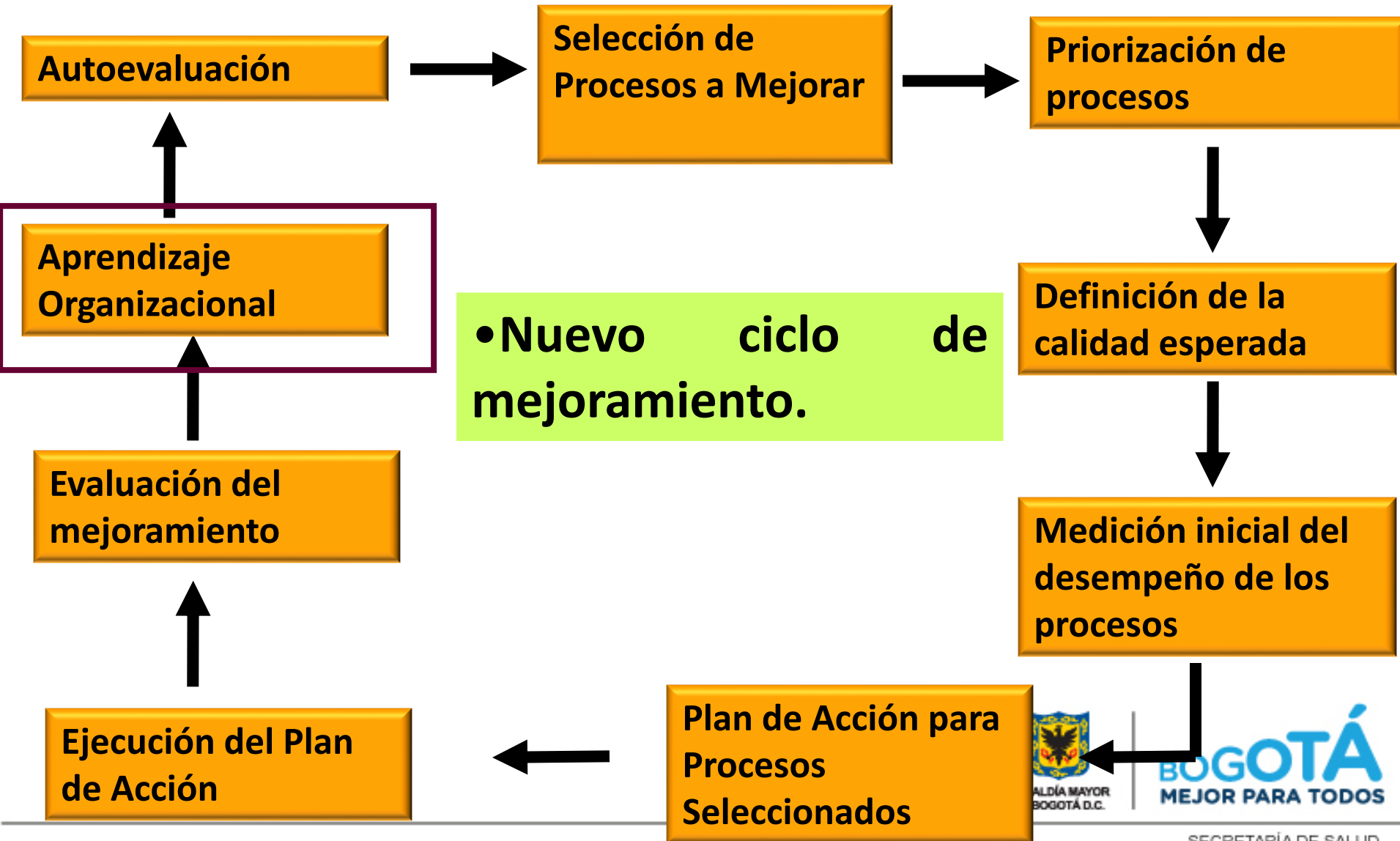
# Ruta Crítica

KPIs Clínicos

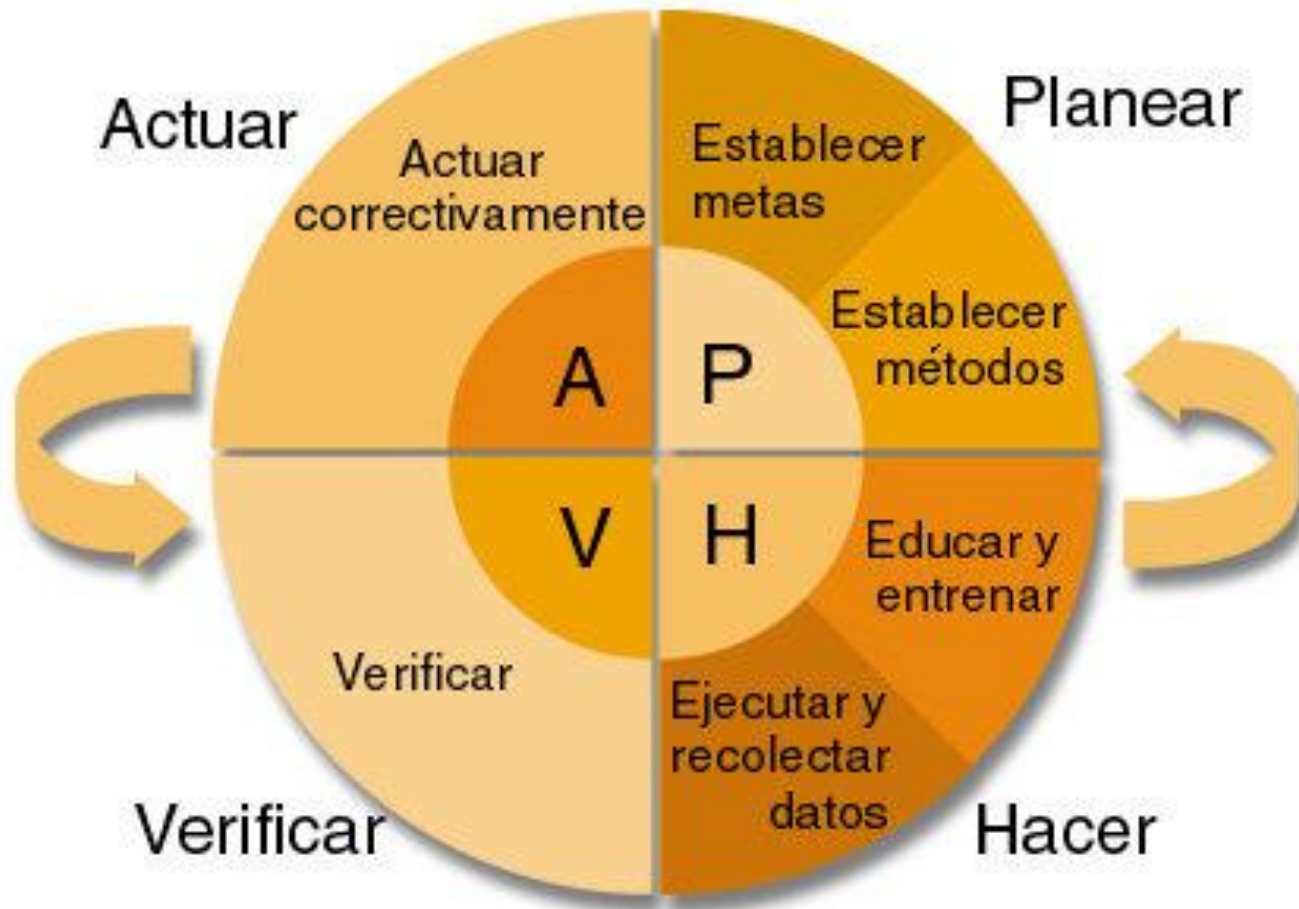


# Ruta Crítica

KNIS CLINIC



# FORMULACIÓN, EJECUCIÓN, MONITOREO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO





# PRIORIZACIÓN

CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN		
<b>RIESGO</b>		
CRITERIO		CATEGORIA
No representa ningún riesgo para los pacientes, familiares, trabajadores y entorno.		1
Representa un riesgo mínimo para el entorno.		2
Representa un riesgo mínimo para los trabajadores		3
Representa un riesgo para los pacientes y familiares.		4
Representa un alto riesgo para los pacientes, familiares, trabajadores y entorno.		5
<b>VOLUMEN</b>		
CRITERIO		CATEGORIA
Afecta a menos del 2% de los trabajadores o entorno.		1
Afecta menos del 10% de los pacientes o familiares.		2
Afecta menos de un 20% de los trabajadores.		3
Afecta entre un 10% y 20% de los pacientes o familiares.		4
Afecta más de un 20% de los pacientes, familiares, trabajadores o entorno.		5
<b>COSTO</b>		
CRITERIO		CATEGORIA
No invertir en la solución, generará bajos costos para la institución en el funcionamiento.		1
No invertir en la solución, generará altos costos para la institución en el funcionamiento.		3
No invertir en la solución, generará altos costos en cuanto a la imagen de la institución.		5
<b>VALOR DE LA PRIORIDAD</b>		
CLASIFICACIÓN	VALORES	CÓDIGO DE COLOR
Baja Prioridad	1 a 36	
Mediana Prioridad	37 a 80	
Alta Prioridad	81 a 125	

# PLAN DE ACCIÓN

PROCESO	No	ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	CRITERIOS DE PRIORIZACION			TOTAL (RxVxC)	PRIORIDAD	PHVA
				RIESGO	VOLUMEN	COSTO			
	1	La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus directrices. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.	FOQUS IPS CHIA, elaborara una declaración de deberes y derechos de los pacientes, la cual estará incluida dentro de los objetivos estratégicos de la institución, de igual forma para la implementación de la misma, generara espacios y metodologías, con el fin que los colaboradores y usuarios la conozcan y apliquen durante todo el proceso administrativo y asistencial, dicha implementación será evaluada mediante herramientas de seguimiento que permitan ver el grado de entendimiento de la declaración de deberes y derechos de los pacientes	4	5	4	80	MEDIANA PRIORIDAD	P P H H H V A
<b>ESTANDAR 1</b>									

# LECCIONES APRENDIDAS

PROCESO	BARRERA	DESCRIPCIÓN BARRERA	IMPACTO Y RIESGO	LECCIÓN APRENDIDA	RECOMENDACIÓN
Administración de recursos humanos	Plan de incentivos	No había ningún plan para proporcionar premios y reconocimientos a los miembros del equipo.	<p><b>IMPACTO:</b> Hacia el final del proyecto la mora fue baja entre el equipo del proyecto. Hubo un aumento de los conflictos y los miembros del equipo estaban pidiendo a abandonar el proyecto.</p> <p><b>RIESGO:</b> Rotacion alta del personal Demora en los entregables</p>	Definir y comunicar, los incentivos y reconocimientos para cada equipo de proyectos, articulado con la planeación estratégica de la empresa	Se debe diseñar, implementar y comunicar un programa de incentivos y reconocimientos para los equipos de cada proyecto.

- ***Una sonrisa significa mucho. Enriquece a quien la recibe; sin empobrecer a quien la ofrece. Dura un segundo pero su recuerdo, a veces, nunca se borra."***

• ***Anónimo***

