

Propuesta de mejora en la prestación de servicios, para el sistema de referencia y contrarreferencia en una IPS, basado en la NTC-ISO 9001: 2015

Julio Cesar Saavedra Melo

**Universidad Santo Tomas- Convenio Icontec
Maestría en calidad y gestión integral
Bogotá.
2019**

Propuesta de mejora en la prestación de servicios, para el sistema de referencia y contrarreferencia en una IPS, basado en la NTC-ISO 9001: 2015

Julio Cesar Saavedra Melo

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de Maestría en Calidad y Gestión Integral

**Director
Ingrid Carolina Moreno**

**Universidad Santo Tomas- Convenio Icontec
Maestría en calidad y gestión integral
Bogotá.
2019**

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
1. Definición del problema	8
1.1. Antecedentes del Problema.....	8
1.1.1. Antecedentes Mundiales	8
1.1.2. Antecedentes Latinoamérica	8
1.1.3. Antecedentes de Colombia	11
1.2. Descripción del Problema	12
1.3. Formulación del Problema	14
2. Justificación.....	15
3. Objetivos	17
3.1. Objetivo General.....	17
3.2. Objetivos Específicos	17
4. Marco Referencial	17
4.1. Marco Teórico.....	17
4.1.1. Gestión por Procesos.....	17
4.1.2. Sistema de Gestión de Calidad (SGC).....	18
4.1.4. Enfoque centrado en el usuario.....	18
4.1.5. Mejoramiento Continuo	19
4.2 Sistema de referencia y contrarreferencia- SRC.....	20
4.2.1. Responsables de la Referencia o Derivación	20
4.2.2. Funciones por niveles de organización	20
6. Marco legal	25
7. Metodología de la Investigación	26
7.1. Fundamentos Epistemológicos de la Investigación	26
7.2. Alcance de Estudio	27
7.3. Diseño de La Investigación	27
7.4. Enfoque de la Investigación	27
7.5. Paradigma de investigación	28
7.6. Criterios de Validez y Confiabilidad.....	28
7.7. Hipótesis, variables e indicadores	30
7.8. Recolección de la Información.....	30

7.9. Diseño de muestra: La población o universo a investigarse lo conforman:...	31
7.10. Instrumentos y técnicas de investigación	32
8. Resultados	34
8.1 Diagnóstico del sistema de referencia – Contrarreferencia.....	34
8.2 Propuesta de sistema de referencia y contrarreferencia	49
8.3 Validación por expertos.....	50
8.4 Resultados de la validación por experto Metodología Abaco de Regner	54
9. CONCLUSIONES	57
10. RECOMENDACIONES.....	59
11. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	60
12. ANEXOS	62

CONTENIDO DE FIGURAS Y TABLAS

1. Tabla de Normatividad	25
2. Tabla de encuesta para medición de la satisfacción de los servicios de Referencia y contrarreferencia.....	35
3. Figura de calificación de total de los aseguradores de alianza estratégica	36
4. Figura 2 Resultados de EPS Compensar	37
5. Figura 3 Resultados de EPS Sanitas	38
6. Figura 4 Resultados de EPS Famisanar	39
7. Figura 5 Resultados de EPS Medimas.....	40
8. Figura 6 Resultados de EPS Capital Salud	41
9. Figura 7 Resultados de EPS Salud Total	42
10. Figura 8 Comparativo de pacientes comentados año 2016 Vs año 2017	43
11. Figura 9 Comparativo de pacientes aceptados años 2016 Vs año 2017	44
12. Figura 10 Comparativo de pacientes comentados en el año 2016 Vs año 2017 por cada una de las EPS-S de alianza estratégica	45
13. Figura 11 Comparativo de pacientes comentados en el año 2016 Vs año 2017 por cada una de las EPS de alianza estratégica.....	46
14. Figura 12 Porcentaje de aceptación de las EPS-S de alianza estratégica, comparativo año 2016 Vs año 2017	47
15. Tabla 3 Resultados del diagnóstico del sistema de referencia y Contrarreferencia	48
16. Tabla 4 Perfil de experto que participaron en la validación de la propuesta	52
17. Tabla 5 Ciclo de desarrollo para validación por expertos.....	53
18. Tabla 6 Resultados de Metodología Abaco de Regner	54

INTRODUCCIÓN

La falta de articulación, direccionamiento y estructuración de un sistema de gestión de calidad para el proceso de referencia y contrarreferencia puede generar impacto negativo en el ciclo de atención del usuario y en la sostenibilidad financiera, los sistemas de referencia y contrarreferencia presenta dificultades tales como la comunicación oportuna entre colaboradores de la misma institución, entre la IPS (Institución Prestadora de Salud) y la EPS (Empresa Promotora de Salud), fallas con quien emite la información y quien recepciona, ya que no existe unos parámetros o criterios establecidos, motivo que se convierte en un riesgo para la atención en salud de toda la población que presenta una necesidad.

La oportunidad es uno de los aspectos que influye en el ciclo de atención del usuario, este puede presentarse como factor positivo y negativo todo depende de los tiempos de respuesta que emite la IPS en donde se encuentra comentado el paciente para una posible aceptación, siendo el factor negativo el que puede generar complicaciones para la salud y que puede llegar a convertirse en una mortalidad.

De acuerdo con zurita (2014) se debe buscar optimizar el sistema de Referencia – Contrarreferencia para contribuir al mejoramiento de la atención de salud de los usuarios. La principal barrera que se presentan para el anterior cumplimiento es el desconocimiento del sistema de referencia y contrarreferencia las IPS-S de primer y segundo nivel de atención en salud, en el cual comentan y remiten pacientes sin justificación ni pertinencia para el nivel o servicio requirente.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud deben disponer de un sistema de referencia y contrarreferencia estructurado, el cual debe responder a las necesidades internas y externas en marcadas a una normatividad vigente que permita generar accesibilidad, oportunidad, pertinencia e integralidad en todo el

ciclo de atención del usuario y su familia, logrando una satisfacción global del proceso de prestación de servicios.

De acuerdo con Ramírez y Guzmán (2012) la satisfacción de los usuarios y de las EPS-S es relativamente baja, ya que no existen un mecanismo que garantice la continuidad en los procesos de referencia y contrarreferencia, que permita aportar a la eficacia de la red de prestación de servicios de salud, el cual puedan brindar respuesta oportuna, diligente y pertinente a las necesidades del usuario. Eliminar de estas maneras las barreras más frecuentes en los procesos de referencia y contrarreferencia.

La presente investigación tiene como objetivo generar una propuesta de un sistema de referencia y contrarreferencia en el marco de los requisitos dispuestos en la NTC ISO 9001:2015. Se da inicio con un análisis de cada uno de los numerales de la norma si es aplicable al proceso de referencia y contrarreferencia. En los numerales que aplique se describen los soportes o el proceso para el cumplimiento del mismo, se debe fundamentar o justificar si aplica o no aplica y por último se asigna un tiempo en horas en cada uno de los numerales que aplica.

1. Definición del problema

1.1. Antecedentes del Problema

1.1.1. Antecedentes Mundiales

La evolución de la sociedad, los cambios de las normas y las nuevas leyes dieron surgimiento de los hospitales hacia la internación de paciente que requiere una prestación de servicios en salud. De acuerdo Ramírez y Guzmán (2012). La implementación de los sistemas de traslado de los pacientes es un aspecto a tener en cuenta el criterio de disponibilidad de camas antes que cualquier otra consideración de tipo médico. Ya que se debe considerar a capacidad instalada que presentan las instituciones hospitalarias. Sin embargo, el ensanchamiento de los medios de transporte (ferrocarriles, rutas marítimas y fluviales) y comunicación (telégrafo) permitió que todo aquel que pudiera pagar por el servicio fuera trasladado a los hospitales que tenían la capacidad científica para atender su necesidad de salud, sin tener la necesidad de esperar una respuesta del hospital de cual se está siendo remitido que está siendo remitido.

1.1.2. Antecedentes Latinoamérica

Según Barragán (2012), reestructuración del sistema de referencia y contrarreferencia en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de La Ciudad de Quevedo, los servicios ofertados de un sistema de referencia y contrarreferencia, deben estar encaminados a la satisfacción de los usuarios que requieren un traslado externo, teniendo presente la oportunidad en los tramites que requiere el proceso y la resolutiveidad en los problemas de salud en cualquiera de los niveles de atención en salud. Se debe establecer un sistema de mejora a la demanda de usuarios en el primer nivel de atención, cubriendo la atención preventiva y de menor costo, descongestionando los hospitales de segundo y tercer nivel de

atención, solucionando los problemas de la población, con alto costo.

Uno de los elementos que deben formar parte en un sistema de referencia y contrarreferencia es el trabajo articulado que se debe prestar en los servicios de salud.

De acuerdo Eliseo (2009) artículo; análisis de la situación de la Red de Salud y como parte fundamental sobre el Sistema de Referencia y Retorno en Bolivia

En Bolivia, en el Departamento de Tarija, específicamente en el Municipio de Bermejo, se llevó a cabo una investigación y análisis de la situación de la Red de Salud y como parte fundamental sobre el Sistema de Referencia y Retorno, ya que este Sistema es la que por excelencia articula a los tres niveles de atención dentro de una Red, también se realiza una entrevista a los responsables médicos de cada Centro y Puesto de Salud de la Red para conocer el grado de conocimiento del Sistema de Referencia y Retorno.

Para el estudio se tomó a los Centros y Puestos de Salud que conforman la Red de Salud Bermejo, incluyendo al Hospital de referencia, obteniéndose como resultado fundamental la falta de capacidad resolutive del personal médico ya que realizan referencias no justificadas en su mayoría, también se identificó una carencia de conocimiento sobre el Sistema de Referencia y Retorno, motivo por el cual se evidencio la falta de un adecuado llenado de los formularios (p 29).

El proceso de referencia tiene como objetivo brindar atención médica oportuna y de calidad, brindando continuidad en el proceso de atención del paciente. De acuerdo Pascacio (2011), el sistema de referencia y contrarreferencia es un procedimiento médico y administrativo entre las unidades operativas de los diferentes niveles de atención para facilitar el envío-recepción y regreso de

pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna y de calidad, fundamento que se encuentra enfocado en la coordinación entre los tres niveles de atención.

Continuamente se debe realizar una revisión sistemática y continua que permita identificar estrategias, acciones tendientes al reforzamiento del sistema para lograr el adecuado y ágil flujo de pacientes referidos e incrementar el número de pacientes contrarreferidos a su unidad de origen.

Según Mendoza (2011) el Sistema de Referencia y Contrarreferencia no cuenta con la integración de un sistema de calidad que permita identificar las necesidades de los usuarios para luego diseñar acciones que garanticen la transferencia de pacientes a través de acciones seguras, oportunas y con calidad en todo el procedimiento. Los países del norte (México), presentan la necesidad de ejecutar estrategias de atención con calidad desde el primer nivel de atención.

En una institución de prestación de servicio de salud es muy importancia cumplir con los criterios de satisfacción del paciente y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de todos lo que requiere una atención en una IPS de mayor nivel.

Según Zurita (2014) las instituciones hospitalarias deben buscar la optimización de los procesos de sistema de Referencia – Contrarreferencia, con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la atención de salud de los usuarios, con criterios de satisfacción, oportunidad y calidad en la prestación de servicios en salud con el objetivo de cumplir con las necesidades. El uso adecuado y correcto de los servicios permite prestar servicios racionales y óptimos a la necesidad de la comunidad, los pacientes en muchas ocasiones se encuentran sin saber qué hacer, o a donde dirigirse porque no les entregan las órdenes médicas o conducta a seguir en contrarreferencia. Se genera una demanda de servicios y reprocesos.

De igual manera el personal de salud debe conocer muy bien el procedimiento, ya que se identifica que los colaboradores que se encuentran en el primer nivel de atención, así como los de segundo nivel de atención, no manejan adecuadamente el sistema por falta de conocimientos, es por ello que las estadísticas nos muestran que en año 2012 el 60% de las referencias recibidas en el centro hospitalario fueron incorrectas y por lo tanto son injustificadas

Los pacientes que son referidos como emergencia, son atendidos y devueltos a las unidades operativas, pero sin contrarreferencia en donde el médico que le dará tratamiento ambulatorio al paciente no tiene idea del tratamiento que recibieron durante la emergencia o algún plan a seguir.

1.1.3. Antecedentes de Colombia

De acuerdo con Ramírez y Guzmán (2012), En el país de Colombia se realizó investigación en la ESE (Empresa social del estado) Hospital Local Arjona, es una institución prestadora de servicios de salud pública de primer nivel, ubicada en el Municipio de Arjona, norte de departamento de Bolívar, en donde se presentado una gran dificultad en la remisión de pacientes de ciertas patologías, especialmente las de medicina interna; es decir patologías NO POS. Las cuales no son asumidas por las EPSS si no por el ente territorial departamental. Esta dificultad está más acentuada porque el Centro Regulador de Urgencias (CRUE) no está realizando un proceso ágil y efectivo dado que en el área de urgencias los médicos reportan al paciente a esta entidad y muchas veces la persona encargada de recibir el reporte no se encuentra disponible y si se informa la afirmación del traslado se da entre uno y quince días; lo que agrava la situación del usuario que durante los días que espera su traslado se complica su patología. A diario se pone en riesgo la vida del paciente.

Los resultados y la conclusión de la investigación se evidencio que la satisfacción entre los usuarios es relativamente bajo, debido principalmente a factores como la ineficacia de la red de prestadores y la excesiva documentación que se requiere para lograr el traslado oportuno del paciente a otros centros asistenciales según las necesidades presentadas; señalando, además, las inconsistencias que se presentan en el trámite de remisión de pacientes y que por lo general se presentan al llegar a la institución destinataria.

En el caso del tiempo de espera para la referencia de pacientes, como uno de los aspectos que pueden incidir sobre la satisfacción del usuario al momento de recibir la atención en el hospital, los resultados muestran que existen demoras atribuibles a la falta de coordinación con el CRUE y a las limitaciones de los recursos tecnológicos.

1.2. Descripción del Problema

El aumento de la población, los hábitos saludables inadecuados y la contaminación del medio ambiente llevan a que las personas presenten alteraciones físicas, biológicas y psicológicas en cualquier etapa o ciclo de la vida. Presentándose una necesidad en el sistema de salud y un requerimiento para una IPS en prestar servicios en salud, teniendo en cuentas que los requerimientos o necesidades se presentan en su mayoría como una atención de urgencia y una atención de alta complejidad. El cual debe disponer de especialidades médicas, equipo de tecnología e infraestructura física completa.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud de baja complejidad se encuentran en la obligación de prestar sus servicios a toda la población sin restricción o discriminación. No puede ser un limitante el no contar con la infraestructura, la especialidad y la tecnología en estabilizar y brindar servicios de urgencias y emergencias. La población que requiere un manejo clínico más avanzado debe ser estabilizada y prestar todos los servicios que cuenta la

institución e iniciar un proceso de remisión a un mayor nivel hospitalario o complejidad que requiera el usuario para su manejo clínico. Este proceso de remisión se activa por medio del sistema de referencia y contrarreferencia por la institución prestadora de servicio de salud, el cual debe ser reportado y notificado a la EPS responsable de la seguridad social en salud del usuario que requiere ser remitido.

En Colombia el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes se considera el procedimiento médico y administrativo entre las unidades operativas de los diferentes niveles de atención, para facilitar el envío-recepción y regreso de pacientes con el propósito de brindar una atención médica oportuna y de calidad.

Se presenta la necesidad de establecer una red de servicios y una articulación con las EPS-S (Empresas Promotoras de Salud) con el objetivo de generar acciones y estrategias que logren satisfacer las necesidades que presentan en la población colombiana y a su vez generar el control de los problemas más imperativos y trascendentales de los usuarios que presenten barreras de acceso a servicios hospitalarios.

Las instituciones hospitalarias no presentan un sistema de referencia y contrarreferencia estructurado, no cuentan con criterios de aceptación y no hay una oportunidad en la respuesta de los usuarios comentados por la EPS de convenio. Se presenta un alto número de rechazo de usuarios por causa de no disponibilidad de cama, evidenciando una falta de optimización y gestión en la ocupación de camas disponibles día a día.

Los usuarios aceptados por vía de referencia no ingresaban en un 65% a 70%, en la Institución objeto de estudio, teniendo un alto número de no ingreso efectivo, llevando de esta manera a una pérdida financiera y una falta de optimización en el uso de las camas libres para ser ocupadas con usuario de gran interés para la institución.

No se cuenta con un proceso documentado de referencia y contrarreferencia de paciente, lo cual no permite una organización y definición de actividades de los colaboradores, teniendo como resultado un aumento en las camas libres y rechazo de pacientes de alta complejidad.

La comunicación y el reporte de ingreso de los usuarios a los servicios de hospitalización y en especial a las unidades críticas se deben conocer por equipo de salud para preparar el talento humano y los equipos tecnológicos de acuerdo a la patología o signos y síntomas de los usuarios aceptados. Lo anterior es una debilidad que se presenta en la institución objeto de estudio, ya que no se encuentra definido un canal de comunicación.

El inicio de una remisión se presenta por diferentes causas médicas y/o administrativas, el cual es gestionado por la EPS (Empresa Promotora de salud) y la institución hospitalaria en donde se encuentra el usuario. En este proceso debe de participar el usuario y su familia desde que inicia la remisión o contrarremisión hasta que finaliza. Este proceso en la institución no cuenta con la participación del 100% del usuario y familia. Se presenta demoras en todo este proceso, generando inoportunidad por barreras de contratos, convenios, servicios no ofertados y servicios subespecialidades con poca oferta en el mercado.

En la institución objeto de estudio no presenta una articulación y trabajo en red con las EPS-S de convenio, lo cual no permite retroalimentación de las novedades y casos que se presentan, no hay una comunicación continua que permita servicios oportunos, accesibles y de calidad para los pacientes que requieran una atención de servicios de salud pediátrico.

1.3. Formulación del Problema

¿Cómo diseñar un sistema de referencia y contrareferencia, que contribuya a mejorar la calidad de los servicios prestados en una IPS, fundamentado en los lineamientos de la norma ISO 9001 del 2015?

2. Justificación

Una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad y de impacto para la nación de Colombia, debe disponer de un sistema de referencia y contrarreferencia estructurado, el cual genere accesibilidad, oportunidad, pertinencia e integralidad, obteniendo resultados óptimos para un sistema integral en los servicios de salud.

En los sistemas de referencia y contrarreferencia existen dificultades como la comunicación oportuna entre colaboradores de la misma institución y la IPS (Institución Prestadora de Salud) con las EPS (Empresa Promotora de Salud) presentando fallas con quien difiere la información y el que la recibe ya que no existe unos parámetros o criterios establecidos, colocando en riesgo la atención en salud de toda la población. Es importancia que la información cuente con la veracidad y la confiabilidad para genera acciones seguras.

La falta de articulación, direccionamiento y estructuración de un sistema de gestión para el proceso de referencia y contrarreferencia, puede generar impacto en la certificación de acreditación ya que dentro del proceso de atención al cliente asistencial existe un grupo de estándares que miden la gestión de referencia y contrarreferencia.

Es necesario la identificación de las debilidades, fortaleza, oportunidades y los aspectos que no se encuentran contemplados en el proceso que generan impacto negativo en el sistema de gestión integral y el sistema financiero. Buscando de esta manera un servicio oportuno y adecuado para los usuarios, lo que debe permitir la continuidad en la prestación de servicios de salud, así como la información necesaria que eleve la calidad del servicio en el cumplimiento de la misión.

Según la estadística de la herramienta de central de referencia de la institución objeto de estudio, presenta que el primer semestre del año 2016 se presentó un promedio mensual 2.550 pacientes por vía referencia de los cuales se aceptaron

220 pacientes promedio mensual y de ello ingresaron efectivamente el 55%. Realizando el respectivo análisis se rechazaba más del 80% de usuarios de los cuales algunos usuarios eran de interés para la institución, perdiendo la oportunidad y accesibilidad para el uso de las camas al 100%.

La ocupación de camas esta mediado por un proceso de asignación de camas, el cual se asigna según las necesidades que se presente el día a día en los servicios de urgencias y hospitalización. Excluyendo las necesidades que presenta las demás instituciones hospitalarias que requieren servicios de hospitalización pediátrica de alta complejidad

La presente investigación busca generar una propuesta de mejora en la prestación de servicios, para el sistema de referencia y contrarreferencia en una IPS, basada en la NTC ISO 9001:2015, en la cual se analiza desde cada uno de los requisitos de la norma y los aplica al sistema de referencia y contrarreferencia, identificando tiempo de aplicación, los soportes y la justificación de cada numeral de la norma, de esta manera permite contribuir a la mejora y la eficacia del sistema de referencia y contrarreferencia de las IPS-S.

Adicionalmente se genera un plan operativo en donde se proponen objetivos y estrategias para contribuir al alcance del sistema.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Diseñar una propuesta de mejora para la prestación de servicios en el sistema de referencia y contrarreferencia en una IPS, basada en la NTC ISO 9001:2015

3.2. Objetivos Específicos

Diagnosticar la situación actual del sistema de Referencia – Contrarreferencia y su impacto en la organización objeto de estudio y aliados estratégicos.

Desarrollar propuesta de un sistema de referencia y contrarreferencia para una IPS, en el marco de los requisitos dispuestos en la NTC ISO 9001:2015.

Validar la propuesta por expertos a través de una simulación aplicada.

4. Marco Referencial

4.1. Marco Teórico

4.1.1. Gestión por Procesos

Es un enfoque a procesos que implica la definición y gestión sistemática de los procesos y sus interacciones, con el fin de alcanzar los resultados previstos de acuerdo con la política de la calidad y la dirección estratégica de la organización. La gestión de los procesos y el sistema en su conjunto puede alcanzarse utilizando el ciclo PHVA con un enfoque global de pensamiento basado en riesgos dirigido a aprovechar las oportunidades y prevenir resultados no deseados. La aplicación del enfoque a procesos en un sistema de gestión de la calidad permite:

- a) la comprensión y la coherencia en el cumplimiento de los requisitos; b) la consideración de los procesos en términos de valor agregado; c) el logro del desempeño eficaz del proceso; d) la mejora de los procesos con base en la evaluación de los datos y la información". (NTC-ISO 9001, 2015, P 12).

4.1.2. Sistema de Gestión de Calidad (SGC)

Comprende actividades mediante las que la organización identifica sus objetivos y determina los procesos y recursos requeridos para lograr los resultados deseados. “El SGC gestiona los procesos que interactúan y los recursos que se requieren para proporcionar valor y lograr los resultados para las partes interesadas pertinentes” (NTC-ISO 9000, 2015, P9).

4.1.4. Enfoque centrado en el usuario

“Esto supone un cambio cultural en la organización, puesto que se toma en cuenta desde el principio las necesidades y expectativas de los usuarios, y se mide su grado de satisfacción” (Rojas, 2003, P 5)

Según Johanson, McHugh, Pendlebury y Wheeler (1995). La Gestión por Procesos tiene unas características que organiza y direcciona los procesos y actividades.

Analizar las limitaciones de la organización funcional vertical para mejorar la competitividad de la Organización.

Reconocer la existencia de los procesos internos (relevante): a) Identificar los procesos relacionados con los factores críticos para el éxito de la organización o que proporcionan ventaja competitiva y b) Medir su actuación (calidad, costo y plazo) y ponerla en relación con el valor añadido percibido por el usuario.

Identificar las necesidades del usuario externo y orientar a la organización hacia su satisfacción.

Entender las diferencias de alcance entre la mejora orientada a los procesos (qué y para quien se hacen las cosas) y aquella enfocada a los departamentos o

a las funciones (cómo se hace): a) Productividad del conjunto frente al individual (eficacia global frente a efectividad parcial); b) El área o departamento es un eslabón de la cadena, proceso al que añade valor y c) Organización en torno a resultados, no a tareas.

Asignar responsabilidades personales a cada proceso.

Establecer en cada proceso indicador de funcionamiento y objetivo de mejora.

Evaluar la capacidad del proceso para satisfacerlos, sólo son necesarios cuatro indicadores para medir el rendimiento de un proceso (cuatro criterios de "valor" para el usuario): calidad, tiempo total del proceso, costo y servicio.

4.1.5. Mejoramiento Continuo

El mejoramiento continuo más que una técnica o metodología consiste en la una filosofía de aplicar acciones pequeñas permanentes con el fin de hacer los procesos y actividades de la empresa cada vez más eficiente y efectivos, así como realizar pequeñas mejoras en los productos o en la prestación de servicios según sea el tipo de empresa, para logro del objetivo primordial de toda organización, como la satisfacción de las necesidades, deseos y expectativas del cliente

“No obstante, para determinador productos o procesos que se consideran desactualizados, atrasados tecnológicamente u obsoletos, la reingeniería debe ser la mejor alternativa a utilizar como medio para el mejoramiento continuo de la calidad”. (Gonzales y Arciniegas, 2016, p 6).

4.2 Sistema de referencia y contrarreferencia- SRC

4.2.1. Responsables de la Referencia o Derivación

Es responsabilidad de los profesionales de los establecimientos de salud referir/derivar y ejecutar la referencia/derivación a las usuarias o usuarios al nivel de atención o de complejidad que corresponde, según capacidad resolutive y pertinencia clínica, misma que es de su competencia desde que se inicia la atención en el establecimiento de destino de la referencia o de la derivación hasta cuando recibe la contrarreferencia”.

4.2.2. Funciones por niveles de organización

En el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia, tienen funciones y responsabilidades los diferentes niveles organizacionales del sistema, los cuales podrán ser ampliados operativamente de acuerdo con las necesidades de la red de servicios.

Nivel nacional:

- Mantener actualizado el marco conceptual y jurídico del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Elaborar normas técnicas y administrativas conjuntamente con las entidades territoriales que permitan operativizar el Régimen.
- Liderar y participar en la formulación de planes, programas y proyectos que propendan por el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Participar en la organización de la red de servicios de salud del ámbito nacional.
- Generar mecanismos de coordinación intersectorial que faciliten el desarrollo del Régimen.

- Vigilar el cumplimiento de las normas y el desarrollo del Régimen.
- Evaluar el desarrollo del Régimen mediante determinación de indicadores por niveles.
- Prestar la asistencia técnica a las direcciones departamentales y locales para el desarrollo del Régimen.
- Promover la investigación en lo referente al Régimen de Referencia y Contrarreferencia.

Nivel seccional:

- Adecuar y adoptar las normas del nivel nacional para la implantación del Régimen.
- Desarrollar el proceso de implantación del Régimen, en su jurisdicción y asignar la dirección y coordinación del mismo a una de las reparticiones de su estructura orgánica.
- Promover el fortalecimiento y articulación de los diferentes regímenes que permitan y faciliten el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Participar en la elaboración, actualización y evaluación de las normas del Régimen.
- Determinar los indicadores requeridos en su nivel que permitan controlar, evaluar y asesorar la implantación del Régimen.

- Brindar la cooperación técnica horizontal requerida por otros niveles organizativos o de atención para el desarrollo del Régimen.
- Promover en su jurisdicción la investigación inherente al Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Promover en la comunidad la adecuada utilización de los servicios en los diferentes organismos que conforman la red.
- Promover la participación de la comunidad, y la veeduría social para facilitar el desarrollo del Régimen.

Nivel local:

- Adecuar y adoptar las normas que sobre el Régimen expidan los niveles nacional y seccional.
- Desarrollar e implantar el Régimen de Referencia y Contrarreferencia en su jurisdicción.
- Promover el fortalecimiento y articulación de los diferentes regímenes para facilitar el desarrollo del Régimen de Referencia y Contrarreferencia.
- Crear y desarrollar mecanismos de coordinación inter - institucional que permitan un eficiente desarrollo del Régimen, en su jurisdicción.
- Participar en la elaboración, evaluación y actualización de las normas del Régimen.

- Controlar, asesorar y evaluar el desarrollo del Régimen en su respectiva entidad territorial.
- Promover en la comunidad el uso adecuado de los servicios en los diferentes organismos que conforman la red.
- Promover la participación de la comunidad y la veeduría social para facilitar el desarrollo del Régimen. (CRUE, 2017, P 5).

5. Marco Conceptual

El sistema de gestión de la calidad en salud busca un mejoramiento continuo de los servicios de salud prestado a la población con o sin alteraciones biopsicosociales, teniendo presente la satisfacción, la seguridad, la calidad y la integralidad de los servicios prestados.

En los procesos de una institución en salud, las organizaciones deben identificar sus objetivos y determinar los procedimientos y recursos requeridos para lograr los resultados deseados. Teniendo presente que los procesos interactúan y los recursos se encuentran presente para proporcionar valor y lograr los resultados esperados y cumplimiento para las partes interesadas.

El sistema de gestión de calidad proporciona los medios para identificar las acciones y la manera de abordar las consecuencias previstas y no previstas en la provisión de productos y servicios.

Los resultados no previstos o no esperados se debe generar una intervención y tratamiento para identificar las causas y generar un plan de acción enmarcado en el mejoramiento continuo el busca aplicar acciones permanentes con el fin de hacer los procesos y actividades de las organizaciones cada vez más eficiente y

efectivos así como realizar mejoras en los productos o en la prestaciones de servicios según sea el tipo de empresa, para logro del objetivo primordial de toda organización, como la satisfacción de las necesidades, deseos y expectativas del cliente

La integración y la aplicación de un sistema de gestión de calidad a un sistema que hace parte de la salud, es fundamental ya que permite aportar a la optimización de recursos y la satisfacción de las partes interesadas.

Existe sistemas críticos en salud como lo es referencia y contrarreferencia, proceso que facilita a las instituciones de salud generar una articulación, comunicación oportuna, veraz y eficaz, permitiendo que los usuarios que requiera una atención en salud especialidad y no ofertada en donde se encuentra en el usuario, sea remitido con una oportunidad e integralidad.

Referencia es el procedimiento administrativo y asistencial por el cual se deriva a usuarios y elementos de diagnóstico (muestras biológicas, solicitud de exámenes de radiología, etc.), de una institución de menor capacidad resolutive, el cual puede ser un primer o segundo nivel de atención que requiere ser enviado a otra de mayor complejidad donde se garantiza al usuario una atención acorde a sus necesidades en términos de diagnóstico, terapéutica o rehabilitación en el marco de la eficacia y la integralidad.

Contrarreferencia también es un procedimiento administrativo y asistencial mediante las cuales retorna el paciente o los resultados de los procedimientos realizados desde la institución a la cual se realizó la referencia a la institución receptora donde por su nivel de complejidad el paciente debe ser trasladado con las debidas recomendaciones diagnósticas o terapéuticas (plan de manejo) y la información sobre la atención brindada o el resultado de las ayudas diagnósticas implementadas.

6. Marco legal

El marco legal de la investigación está constituido por el conjunto de las disposiciones constitucionales, legales y normativas que definen, fundamentan y regulan el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes en el sistema de general de seguridad social en salud (SGSSS).

1. Tabla de Normatividad

Normatividad	Fecha de expedición	Descripción	Regulación
Constitución Política	04 de Julio -1991	Constitución de los Derechos Humanos en Colombia	Capítulo 2 de los derechos sociales, económicos y culturales
Decreto 2759	11 de diciembre - 1991	Reglamenta el sistema de referencia y contrarreferencia definiéndolo como el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario servicios de salud según el nivel de atención y grado de complejidad	Artículo 2 Definición. Artículo 3 Finalidad Artículo 4 Modalidad de Solicitud.
Ley 715	21 de Diciembre- 2001	Se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución	Artículos 42, 43 y 44. Donde se fijan las Competencias en salud por parte de la Nación, las entidades

		Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.	territoriales y municipales. Artículo 54 Organización y consolidación de redes
Decreto 4747	07 diciembre - 2007	Por medio del cual se regulan algunos 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, y se dictan otras disposiciones	En el Capítulo I, Artículo 3 Definición. Artículo 17 Proceso de referencia y contrarreferencia

Fuente: Creación propia

7. Metodología de la Investigación

7.1. Fundamentos Epistemológicos de la Investigación

La presente investigación se enfoca en un modelo constructivista, a partir del cual se propone una propuesta de sistema de referencia y contrarreferencia para una IPS (institución prestadora de servicios de salud) encaminada a la mejora de la calidad de los servicios de atención, basado en la norma ISO 9001 del 2015. Siendo este un proyecto que busca la interacción y la articulación con los procesos establecido en la organización, alienados con los objetivos estratégicos.

“El constructivismo como escuela de pensamiento se ha dedicado a estudiar la relación entre el conocimiento y la realidad, sustentando que la realidad se define

por la construcción de significados individuales provenientes de la construcción del individuo con su entorno” (Tryphon y Voneche, 2000, P17).

7.2. Alcance de Estudio

El tipo de estudio aplicado en la presente investigación es descriptivo el cual busca especificar, detallar e identificar las características que influyen el proceso de referencia y contrarreferencia.

“El estudio de tipo descriptivo pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas”. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, P 93).

7.3. Diseño de La Investigación

La presente investigación cuenta con un diseño de transaccional o trasversal, el cual toma o recolecta la información un tiempo único, con el propósito de describir las variables y analizar la su incidencia e interrelación en un momento dado.

“El diseño transaccional recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (Liu, 2008 y Tucker, 2004).

7.4. Enfoque de la Investigación

El presente estudio es de tipo cualitativo, en el cual se describe una situación problema y las causas más frecuentes, para luego proponer un sistema de gestión de referencia y contrarreferencia.

“El enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean,

profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados”.
(Hernández, Fernández y Baptista, 2014, P 359).

7.5. Paradigma de investigación

La presente investigación se aplica el método analítico es un camino para llegar a un resultado mediante la descomposición de un fenómeno en sus elementos constitutivos.

“El Método analítico es aquel método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos. Este método nos permite conocer más del objeto de estudio, con lo cual se puede: explicar, hacer analogías, comprender mejor su comportamiento y establecer nuevas teorías” (Limon, 2007, P 26).

7.6. Criterios de Validez y Confiabilidad

De acuerdo con la selección del estudio investigativo que presenta el actual trabajo es cualitativo, el cual se dispone de las siguientes definiciones y aclaraciones.

La expresión confiabilidad se refiere al grado de confianza o seguridad con el cual se pueden aceptar los resultados obtenidos por un investigador basado en los procedimientos utilizados para efectuar su estudio; y el vocablo validez para referirse a la exigencia según la cual, lo que se ostenta en una investigación se dé, realmente, en ese objeto estudiando. Ya desde estas connotaciones podemos deducir que el asunto de la confiabilidad y validez en investigación no dependen del paradigma en que se incursione sino de la objetividad entre teoría y realidad estudiada, y de la posibilidad de que otro investigador pueda llegar a las mismas

conclusiones siguiendo similares procedimientos metodológicos y epistemológicos (Briones, 2000, P 59).

Debido a la imposibilidad de repetir el mismo estudio, siguiendo los procedimientos llevados a cabo por un investigador anterior para llegar a los mismos resultados y conclusiones, el asunto de la confiabilidad ha representado un requisito difícil para las investigaciones cualitativas. En cambio, la validez es el punto fuerte de estas investigaciones, la cual deriva de los recursos, técnicas y metodologías particulares de recoger y procesar datos e información recogida en periodos y contextos reales, los cuales se acompañan de sesiones de análisis, comparación, evaluación y retroalimentación permanente. Ello, asegura un alto grado de validez y científicidad. (Vallejo, 2015, P 3).

De acuerdo con la anterior definición y aclaración, el trabajo de investigación cuenta con la validación de la información que se encuentra en una herramienta de desarrollo interno de la institución objeto de investigación.

La herramienta fue creada a la necesidad del proceso de referencia y contrarreferencia, el cual contiene la siguiente información; Datos de identificación del paciente, diagnóstico, edad, EPS, solicitud de la especialidad clínica, solicitud del tipo de servicio – cama, Tipo respuesta (aceptación, rechazado por no disponibilidad de cama, rechazo por no especialidad ofertada, rechazo administrativo, rechazo por paciente adulto) Confirmación de ingreso. La información registrada en la herramienta de central de referencia se obtiene por medio de una historia clínica, la cual es documento privado, legal y obligatorio. La anterior herramienta puede ser aplicada a cualquier otra institución prestadora de servicios en salud

7.7. Hipótesis, variables e indicadores

El sistema de gestión de referencia y contrarreferencia aumentará el número de aceptación y de ingreso efectivo de pacientes por esta vía, el cual permitirá el aumento de la ocupación de camas de la IPS. Se realizará medición con los siguientes indicadores:

- Porcentaje de aceptación de paciente
- Porcentaje de paciente que ingresa efectivamente
- Porcentaje de pacientes negados por causa institucional.

7.8. Recolección de la Información

Se solicita autorización a la alta Dirección de la institución prestadora de salud para poder acceder a los datos y registros que dispone el proceso de referencia y contrarreferencia.

Se recolectan los datos de los pacientes comentados, aceptados, los que ingresan efectivos y los pacientes rechazos. El cual se obtendrán por medio de la herramienta de central de referencia. Que contiene la información registrada de una historia clínica que comentan las EPS, solicitando una remisión para una IPS Pediátrica de mayor complejidad.

Se recopilan los datos de los pacientes que son contrarremitados por medio de una herramienta de contrarreferencia que igualmente fue diseñada a la necesidad del proceso, contiene la siguiente información: Datos de identificación, edad, EPS, motivo de la remisión y observaciones. El cual permite conocer el volumen, las causas de remisión, la oportunidad en la respuesta de aceptación por parte de la EPS y soporte de la gestión al trámite reportado.

Se diseña y se aplica encuesta a las EPS-S aliadas para conocer la percepción e identificar las fortalezas, debilidades y barreras que presenta el proceso. (Ver anexo 1)

En el diseño del plan operativo anual, se obtendrá la información aplicando una encuesta a los procesos transversales de referencia y contrarreferencia. El reporte de las barreras, limitaciones o acciones que generen reproceso, se recolecta las PQRS, incidentes o eventos adversos

En esta investigación se recolectan datos de tipo cualitativo y en parte cuantitativo, los cuales se analizan e interpretan la información y se elabora un informe descriptivo de resultados.

7.9. Diseño de muestra: La población o universo a investigarse lo conforman:

La muestra seleccionada para aplicar la encuesta a las EPS es; Compensar, sanitas, Salud Total, famisanar y Medimas.

La muestra seleccionada de los procesos transversales son los que continuamente tiene comunicación con referencia y contrarreferencia; Urgencias, Hospitalización básicos y Hospitalización en unidades críticas.

Se selecciona todos los pacientes comentados, aceptados, los que ingresan efectivamente para recibir una atención de la institución prestadora de servicios de salud en los años 2016 y 2017

La población de usuarios que son remitidos a otras IPS por condiciones administrativas o clínicas.

El personal responsable del sistema de referencia y contrarreferencia de la institución prestadora de servicios de salud.

7.10. Instrumentos y técnicas de investigación

De acuerdo con el tipo de investigación seleccionada en la presente propuesta los instrumentos no son estandarizados, las herramientas de recolección de datos se encuentran orientados en múltiples fuentes de datos, que pueden ser entrevistas, observaciones directas, documentos y material audiovisual.

Los instrumentos a utilizar para el diagnóstico actual del proceso de referencia y contrarreferencia.

Fase 1

Se desarrolla el diagnóstico del sistema de referencia y contrarreferencia y el impacto a las EPS-S de alianza estratégica. El cual se tiene en cuenta los siguientes datos para definir el diagnóstico: número de pacientes comentados, aceptados y rechazados por EPS para obtener el volumen de pacientes que se está dejando de aceptar, el volumen de pacientes con ingreso efectivo, el volumen de camas no ocupadas. Los datos se obtienen de la herramienta de central de referencia que cuente la institución prestadora de servicios de salud, objeto de estudio.

En el diagnóstico es fundamental conocer la percepción y la experiencia de los aseguradores con el convenio activo, por tal motivo se diseña una encuesta para las EPS de alianza estratégica, el cual se aplica a los coordinadores del sistema de referencia y contrarreferencia de cada una de ellas. La encuesta tiene un enfoque de conocer y saber la percepción de los requisitos que debe contar un sistema de referencia y contrarreferencia (Oportunidad, servicio e integralidad).

Fase 2

Se aplica el método de observación cuya finalidad tiene la recopilación de la información: acciones, actividades, tiempos y la manera de ejecución de los procedimientos, desviaciones y riesgos que se presentan en el proceso durante la prestación de los servicios. La metodología que aporta a los resultados es la aplicación de paciente trazador, posterior a los datos obtenidos se realiza una propuesta de un plan operativo anual en donde se encuentre integrados todos los temas de importancia en la gestión por procesos.

Fase 3

Se realiza el análisis de los requisitos de la norma ISO 9001 del 2015 de acuerdo con los requisitos de las partes interesadas y la parte legal. Construyendo una matriz en relación con las siguientes variables: Ciclo PHVA, Numeral, Ítem Principal, Sub Ítem, Requisito, Aplicación, Producto, Fundamento y Tiempo.

Fase 4

Se realiza validación de la propuesta de sistema de referencia y contrarreferencia para una IPS (institución prestadora de servicios de salud) encaminada a la mejora de la calidad basado en la NTC-ISO 9001: 2015, se desarrolla a través de una simulación aplicada haciendo uso de la metodología del Abaco de Regner el cual es un método de consulta a expertos concebido por el Doctor Francois Régner, que tiene como propósito, interrogar a expertos en un tema específico y tratar sus respuestas en tiempo real a partir de una escala basada en colores.

8. Resultados

8.1 Diagnóstico del sistema de referencia – Contrarreferencia

Los resultados en los sistemas de referencia y contrarreferencia tienen impacto en las organizaciones y a los aliados estratégicos, siendo este último uno de los principales clientes en cumplir sus necesidades y requisitos.

Las EPS-S de alianza estratégica son uno de los clientes de mayor importancia para una institución prestadora de servicios en salud, motivo que lleva a conocer la percepción y el conocimiento que tienen sobre el sistema de referencia y contrarreferencia, por tal razón se diseña una encuesta dirigida a los aliados estratégicos, en donde se formularon preguntas con un enfoque a los atributos y los factores claves de éxito en la prestación de servicios con calidad a los aliados estratégicos, teniendo presente la oportunidad, servicio e integralidad, los cuales son de relevancia y de importancia en un sistema de referencia y contrarreferencia.

La oportunidad es uno de los requisitos a tener en cuenta, ya que los tiempos de respuesta de una remisión son de prioridad para las EPS-S, el paciente y su familia, ya que se requiere recibir una atención o servicio de salud oportuna de acuerdo a la necesidad que se presenta en el caso que se encuentra en remisión.

La calidad del servicio es otro de los requisitos de importancia ya que genera impacto en la relación y la comunicación asertiva y veraz de las partes involucradas, permitiendo fluidez y continuidad del proceso de remisión sin barreras y sin limitantes. El personal debe ser amable, cordial, comprometido, resolutivo y eficaz. Lo cual garantiza cumplimiento del procedimiento. Por último, se presenta el requisito de integralidad que debe ser un principio de todos los sistemas o procesos que hagan parte de una institución prestadora de servicios de salud, ya que la integralidad permite tener una visión holista, teniendo en cuenta

todas sus necesidades, logra aportar a la gestión del proceso desde la parte humanística.

Las EPS de alianza estratégica se definen como las aseguradoras con mejor proyección en el sistema de salud, el cual tiene un mayor número de usuarios afiliados, presentan mejor oportunidad de pago, las tarifas de pago son las más adecuadas y los tiempos de cartera responde a lo pactado en las negociaciones. Las siguientes aseguradoras son las EPS de alianza estratégica y fueron a las que se aplicó la encuesta: compensar, Sanitas, Famisanar, Medimas, Capital Salud y Salud Total. El enfoque que se orientó la encuesta es a la oportunidad, al servicio y a la integralidad del subproceso de referencia y contrarreferencia.

El personal seleccionado para la aplicación de las encuestas como criterio de inclusión son 6 profesionales en salud con el perfil y cargo de coordinadores de referencia y contrarreferencia ya que presentan un mayor nivel de conocimiento, realiza acciones administrativas y actividades de gestión de calidad.

Se presenta en la tabla.

2. Tabla de encuesta para medición de la satisfacción de los servicios de Referencia y contrarreferencia

Preguntas	Ítem A Excelente	Ítem B Bueno	Ítem C Regular	Ítem D Malo
1.La oportunidad en la respuesta de los pacientes o casos comentados por vía correo	Excelente	Bueno	Regular	malo
2.El volumen de aceptación de pacientes comentados por referencia es	Excelente	Bueno	Regular	malo
3.El volumen de paciente aceptado de alta complejidad es	Excelente	Bueno	Regular	malo
4. El seguimiento y la priorización de pacientes rechazados por no disponibilidad de cama es	Excelente	Bueno	Regular	malo

5. El canal de comunicación entre la IPS y EPS es	Excelente	Bueno	Regular	malo
6. La priorización y la atención de los pacientes que ingresan a la IPS por referencia y contrarreferencia es:	Excelente	Bueno	Regular	malo
7. La atención y gestión del personal administrativo de referencia y contrarreferencia es:	Excelente	Bueno	Regular	malo
8. El procedimiento que tiene establecido la IPS en el subproceso de referencia y contrarreferencia es:	Excelente	Bueno	Regular	malo
9. El grado de pertinencia en la aceptación de pacientes según la condición médica es:	Excelente	Bueno	Regular	malo
10. El compromiso hacia a la mejora continua bidireccional del servicio es:	Excelente	Bueno	Regular	malo

Creación propia

Los resultados obtenidos por medio de la aplicación de la encuesta son consecuencia de la percepción y la experiencia de los coordinadores del proceso de referencia y contrarreferencia de cada una de las EPS-S aliadas estratégicamente.

3. Figura de calificación de total de los aseguradores de alianza estratégica

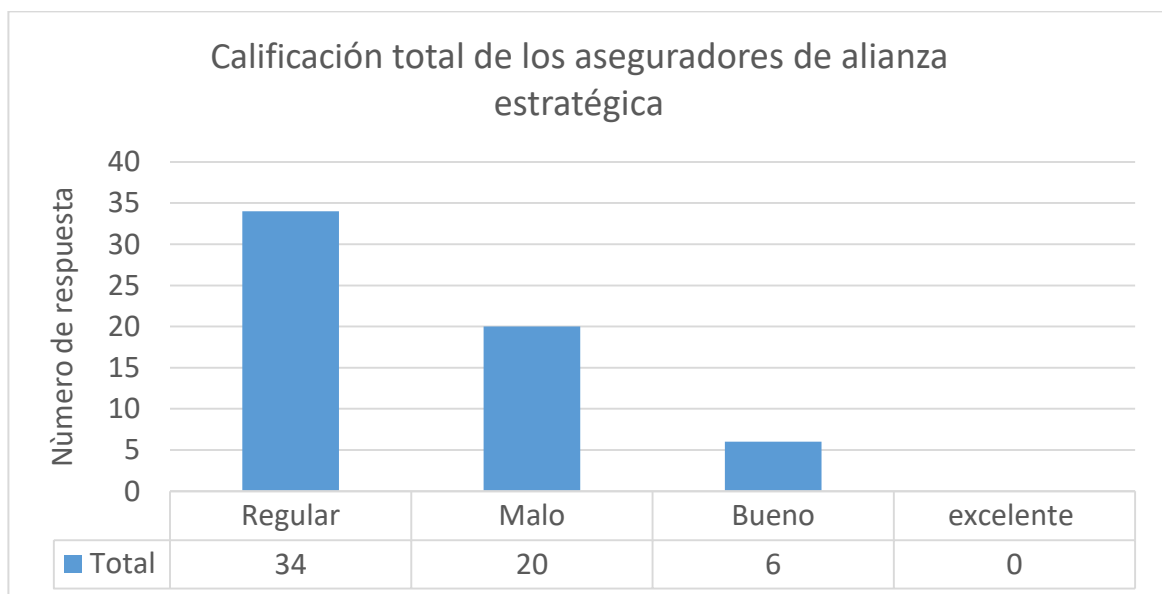


Figura 1. Creación propia de acuerdo a los resultados de la encuesta. Anexo 1

En la anterior figura muestra los resultados de la percepción que se presenta en relación con la oportunidad, servicio e integralidad en todas las aseguradoras de alianza estratégica. Obteniendo un resultado mayor en la clasificación regular con 34 puntos, siendo este un 56%, continúa el resultado de calificación malo con 20 puntos, obteniendo un 33% y en final se ubica el resultado de la calificación buena con 6 puntos para un 10%. En la encuesta no hay resultado de excelencia.

El subproceso de referencia y contrarreferencia es visto y percibido como una gestión regular.

A continuación, se encuentra la distribución por EPS

4. Figura 2 Resultados de EPS Compensar

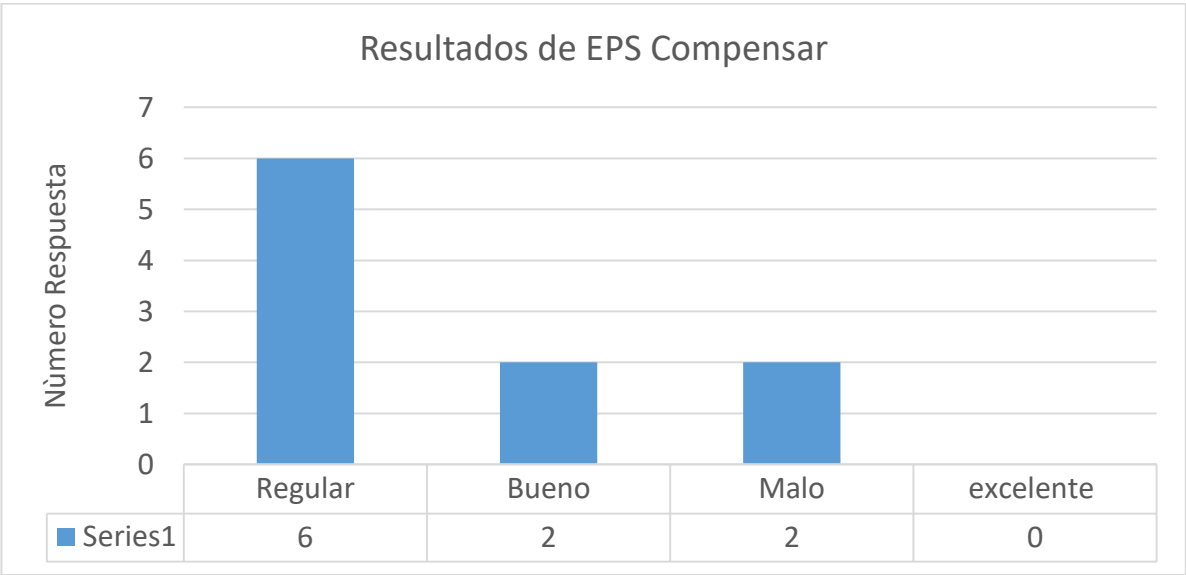


Figura 2. Creación propia de acuerdo con los resultados de la encuesta. Anexo 1

En la anterior figura muestra que el mayor resultado de clasificación que asignó la EPS Compensar es regular, orientada hacia la oportunidad y la gestión que realiza el subproceso de referencia y contrarreferencia. Continúa dos calificaciones con

un mismo valor que son bueno y malo con una puntuación de 2 cada uno. En la calificación de excelente no se presentó ninguna puntuación.

5. Figura 3 Resultados de EPS Sanitas

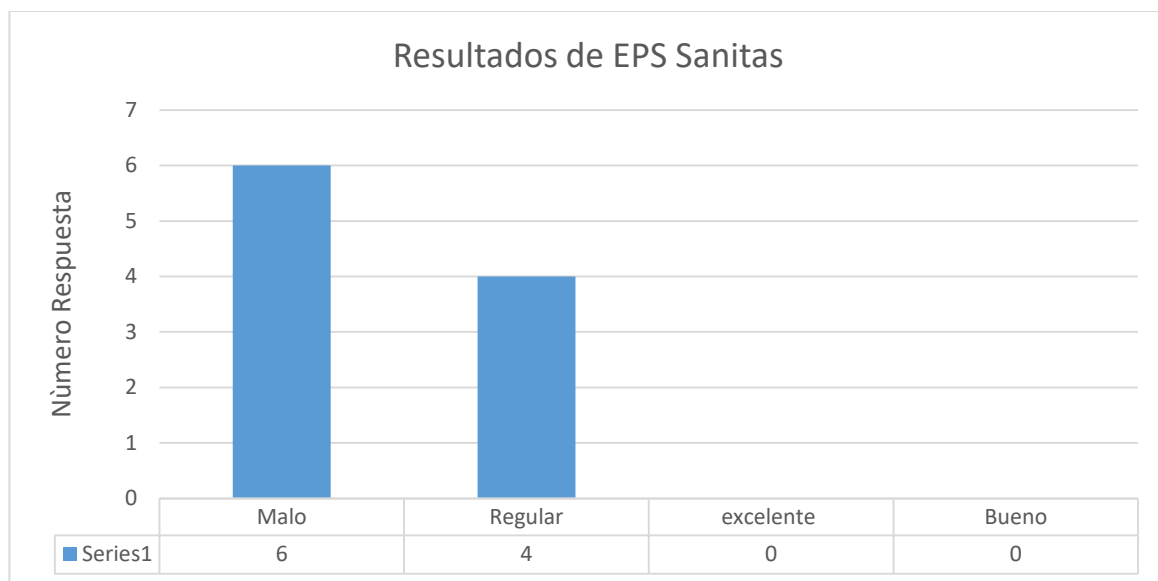
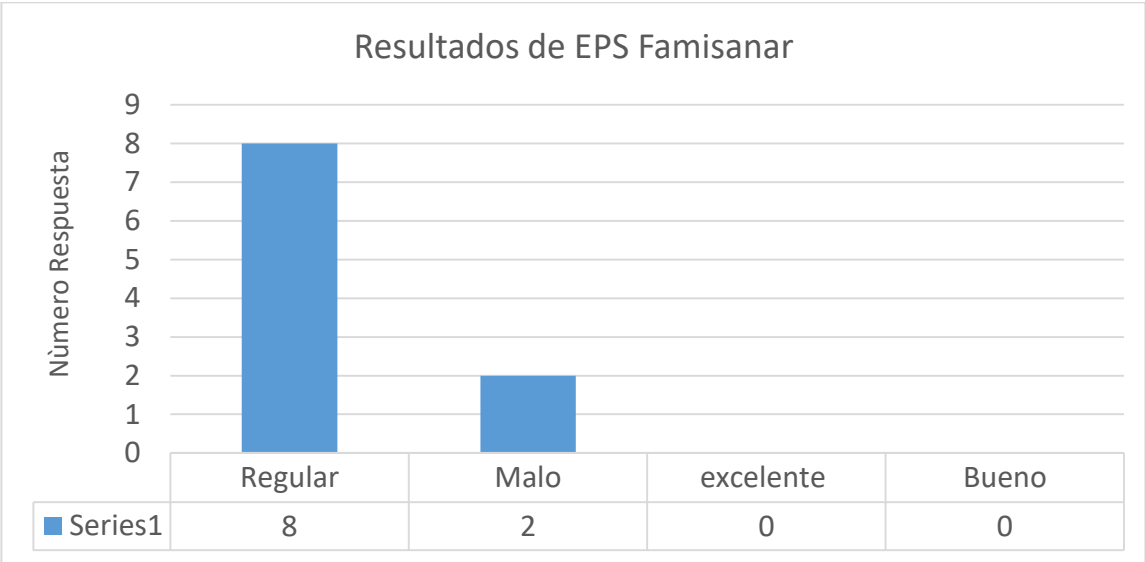


Figura 3. Creación propia de acuerdo a los resultados de la encuesta. Anexo 1

Los resultados que se obtuvieron con la EPS Sanitas califica en un 60% como malo el subproceso de referencia y contrarreferencia y el valor restante lo califica como 40% regular. En donde los principales hallazgos se centraron en la oportunidad y el volumen de paciente aceptado independientemente de la complejidad clínica de los pacientes comentados. La percepción dada por esta aseguradora es que la IPS no presenta la prioridad para aceptar los pacientes comentados por vía de referencia y contrarreferencia es que no se encuentra de las prioridades para la aceptación y gestión de los pacientes comentados.

6. Figura 4 Resultados de EPS Famisanar



Cuadro 4. Creación propia de acuerdo con los resultados de la encuesta. Anexo 1

Los anteriores resultados de la EPS Famisanar califican la gestión, la oportunidad y el servicio del subproceso de referencia y contrarreferencia como regular en un 80% y el valor restante califica en un 20% como malo.

El resultado de famisanar refleja la falta de comunicación y articulación entre la EPS y la IPS es de importancia para la gestión integral del subproceso de referencia y contrarreferencia.

7. Figura 5 Resultados de EPS Medimas

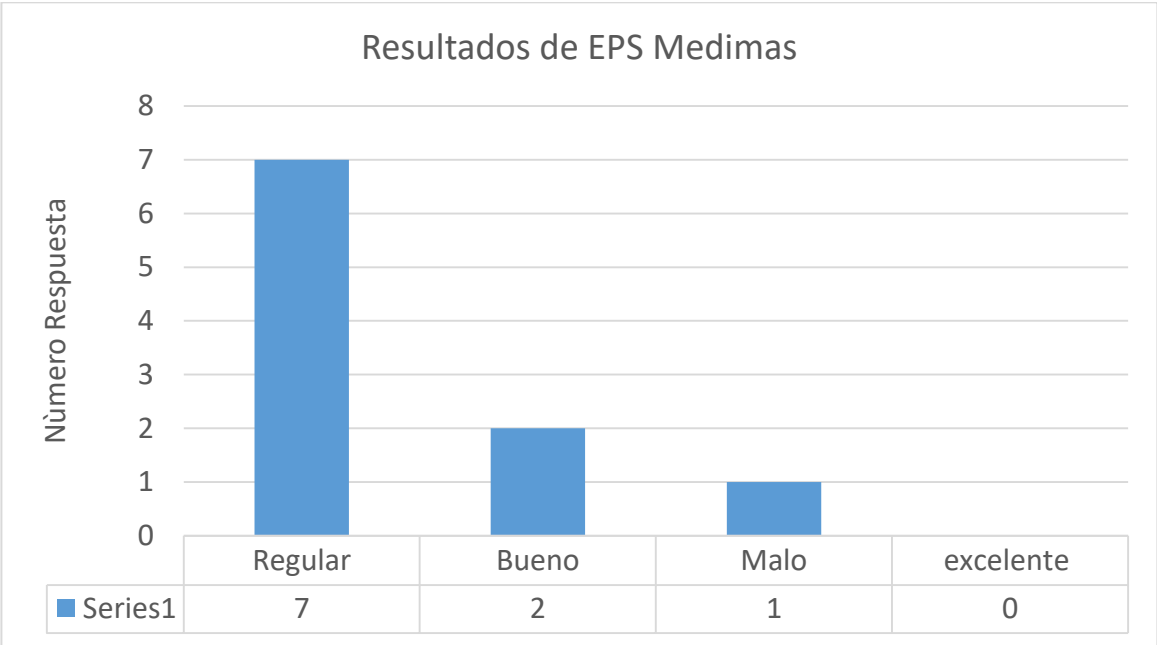


Figura 5. Creación propia de acuerdo con los resultados de la encuesta. Anexo 1

Los resultados obtenidos con la EPS Medimas califica en un 70% como regular el subproceso de referencia y contrarreferencia, centralizado en la estructuración del proceso y la gestión que se presenta en la IPS en el subproceso. El valor restante se encuentra distribuido en 20% como bueno y el 10% como malo, este último hace referencia al canal de comunicación entre la IPS y EPS.

8. Figura 6 Resultados de EPS Capital Salud

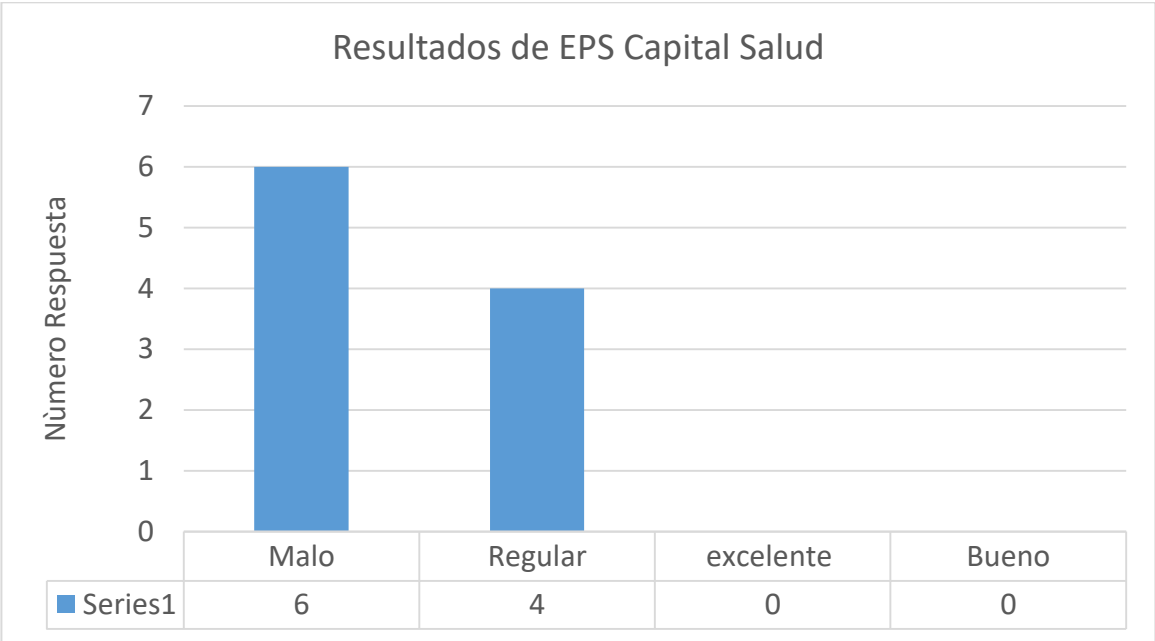
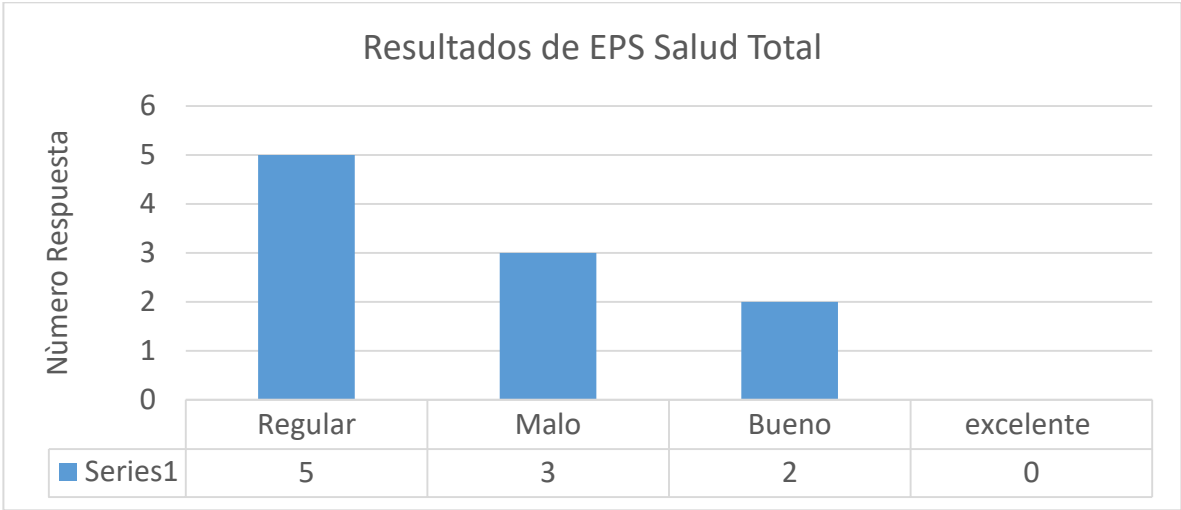


Figura 6. Creación propia de acuerdo con los resultados de la encuesta. Anexo 1

Los anteriores resultados obtenidos con la EPS Capital salud califica el subproceso de referencia y contrarreferencia malo en un 60%, los principales hallazgos se encuentran centralizado en la oportunidad y el volumen de pacientes aceptados por la IPS, independiente de la complejidad de los pacientes comentados. El valor restante califica en un 40% como regular.

9. Figura 7 Resultados de EPS Salud Total



Cuadro 7. Creación propia de acuerdo con los resultados de la encuesta. Anexo 1

Los resultados que se obtuvieron con la EPS Salud Total, califica en un 50% como regular el subproceso de referencia y contrarreferencia, centralizado al servicio y la oportunidad que se presenta. El resultado restante se encuentra distribuido en 30% como malo la estructura del proceso y el 20% como bueno.

Dando alcance al primer objetivo, se realiza análisis de la información suministrada por la herramienta de referencia y contrarreferencia que maneja la organización, en el cual se obtiene el número de pacientes comentados: son las remisiones que comenta un asegurador, el cual requiere una atención o un servicio en la IPS. Datos de los pacientes aceptados: Son las remisiones que son aceptadas de acuerdo con los criterios de pertinencia y la disponibilidad del servicio que se encuentra solicitando. Finalmente, los ingresos efectivos: Las remisiones que efectivamente ingresan a la IPS después de haber si aceptados en los tiempos pactados.

10. Figura 8 Comparativo de pacientes comentados año 2016 Vs año 2017

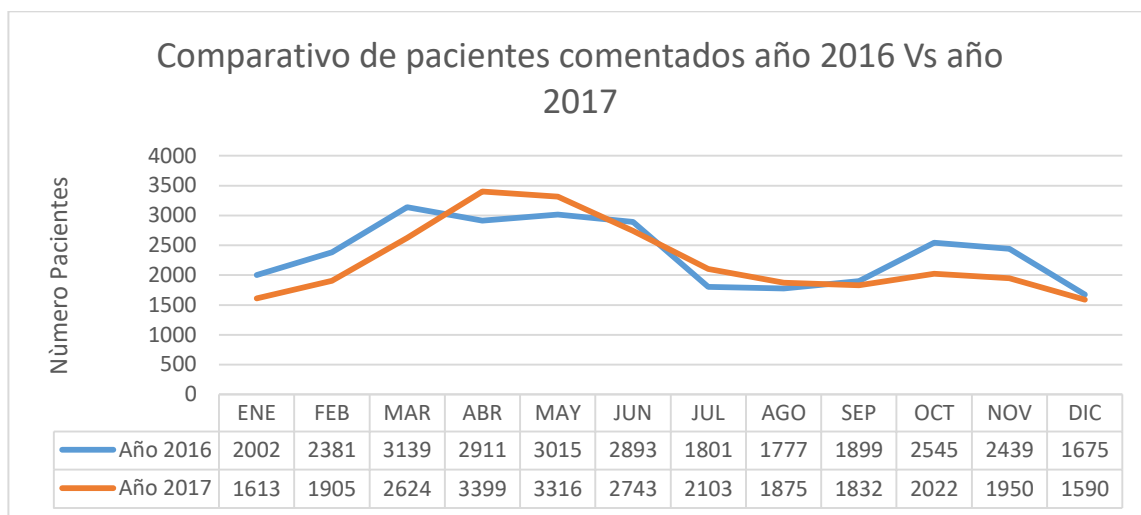


Figura 8. Creación propia de acuerdo a los datos de la herramienta de referencia y contrarreferencia

La anterior figura muestra el comparativo del año 2016 y año 2017 en relación de los números de pacientes comentados de las EPS aliadas para la aceptación y remisión a la institución prestadora de salud.

En el año 2016 se presentó 2373 pacientes promedio mes. Los pacientes comentados eran de baja, media y alta complejidad médica. El cual se encuentran en prioridad en cada de las EPS aliadas para remitir y prestar la atención clínica requerida por los pacientes comentados.

En el año 2017 se presentó 2247 pacientes promedio mes con los mismos requerimientos del año 2016.

11. Figura 9 Comparativo de pacientes aceptados años 2016 Vs año 2017

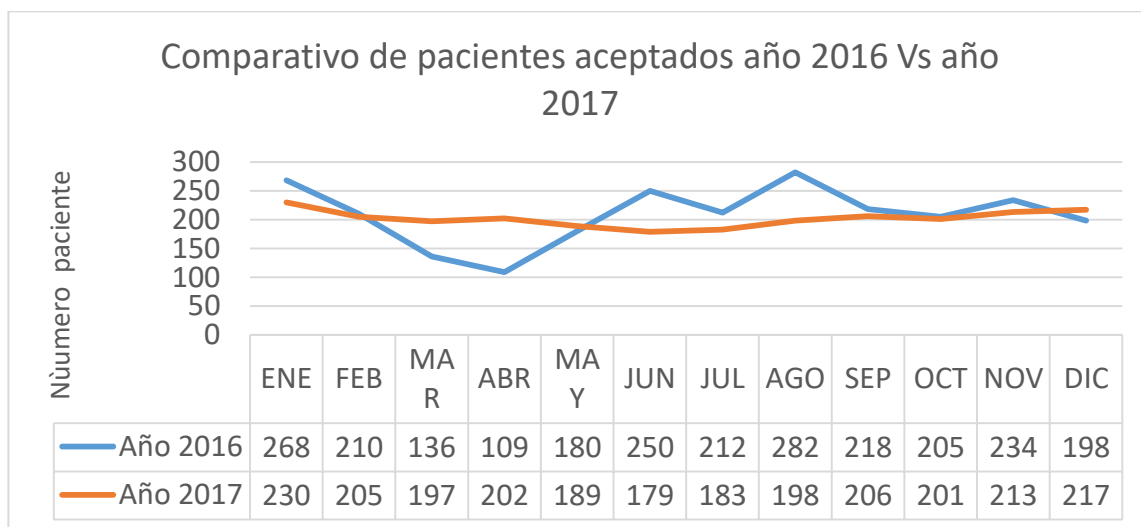


Figura 9. Creación propia de acuerdo con los datos de la herramienta de referencia y contrarreferencia

La anterior Figura muestra el comparativo en el número de pacientes aceptados entre el año 2016 y el año 2017 con las EPS aliadas estratégicamente de una institución prestadora de servicio de salud.

En el año 2016 se aceptaron 208 pacientes promedio mes, teniendo un porcentaje de aceptación de 9% en relación con el promedio de pacientes comentados en el año 2016. Siendo un valor crítico para los asegurados.

En el año 2017 se aceptaron 201 pacientes promedio mes, teniendo un porcentaje de aceptación 9% en relación con el promedio de pacientes comentado en el año 2017.

Se concluye que en los años seleccionados como muestra se presenta un porcentaje de aceptación crítico para las dos partes tanto la EPS e IPS.

Generando consecuencias a los pacientes que requieren una atención en salud prioritarias.

12. Figura 10 Comparativo de pacientes comentados en el año 2016 Vs año 2017 por cada una de las EPS-S de alianza estratégica

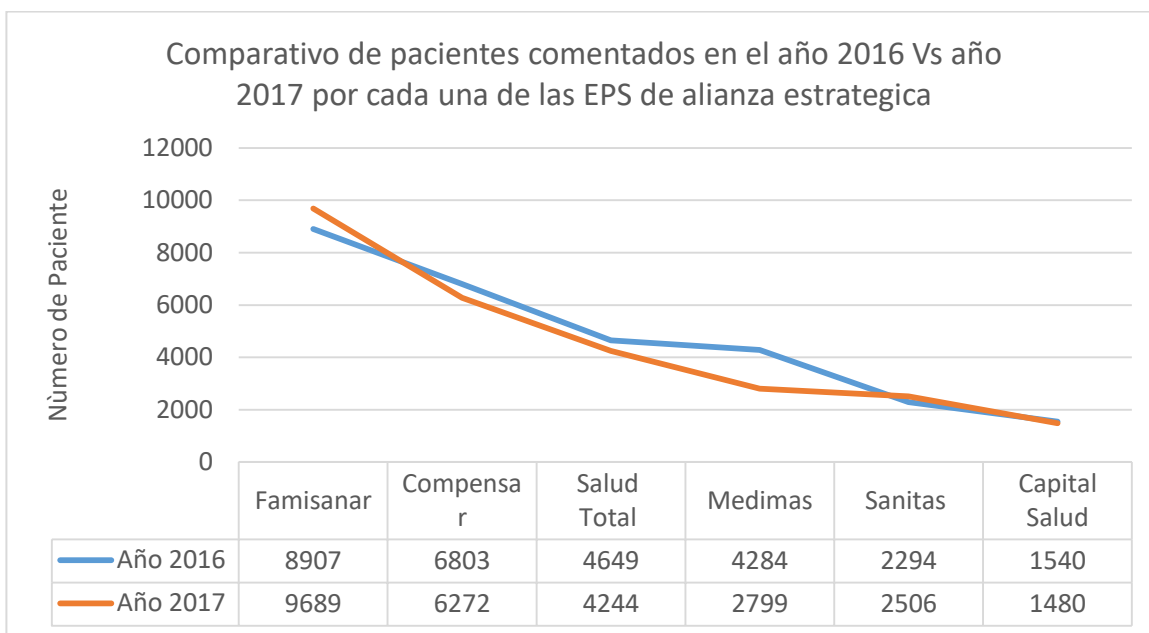


Figura 10. Creación propia de acuerdo con los datos de la herramienta de referencia y contrarreferencia

La anterior figura muestra la distribución de pacientes comentados por cada una de las EPS-S de alianza estratégica, teniendo un comparativo entre el año 2016 y año 2017. Siendo famisanar la primera EPS con el gran volumen de pacientes comentado en los dos años seleccionados de muestra, representando un 33% de los pacientes comentados, continua compensar: 24%, salud total: 16%, medimas: 13%, sanitas: 9% y capital salud: 5%.

13. Figura 11 Comparativo de pacientes comentados en el año 2016 Vs año 2017 por cada una de las EPS de alianza estratégica

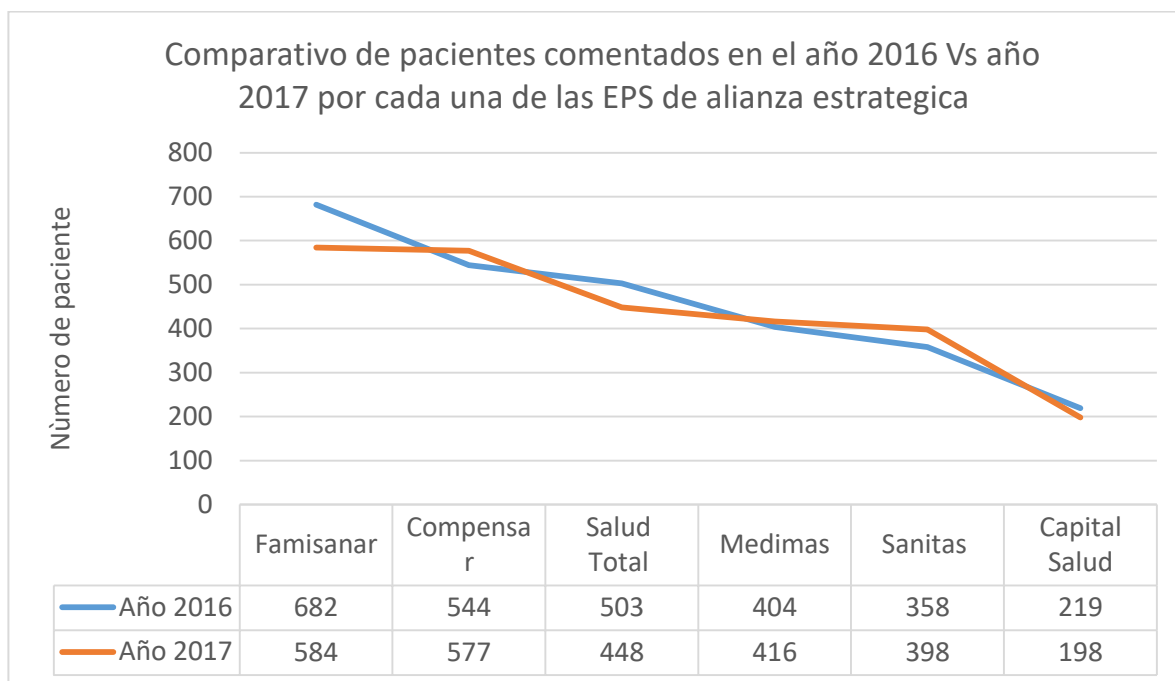


Figura 11. Creación propia de acuerdo con los datos de la herramienta de referencia y contrarreferencia

La anterior figura muestra el número de pacientes aceptados por el subproceso de referencia y contrarreferencia, comparativo en entre el año 2016 y año 2017 en las EPS de alianza estratégica. El volumen de aceptación se encuentra relacionado con el número de pacientes comentados, dando la prioridad a la EPS que comenta con gran volumen de pacientes por vía referencia y contrarreferencia.

En relación con los pacientes comentados se distribuye de la siguiente manera el porcentaje de aceptación;

14. Figura 12 Porcentaje de aceptación de las EPS-S de alianza estratégica, comparativo año 2016 Vs año 2017

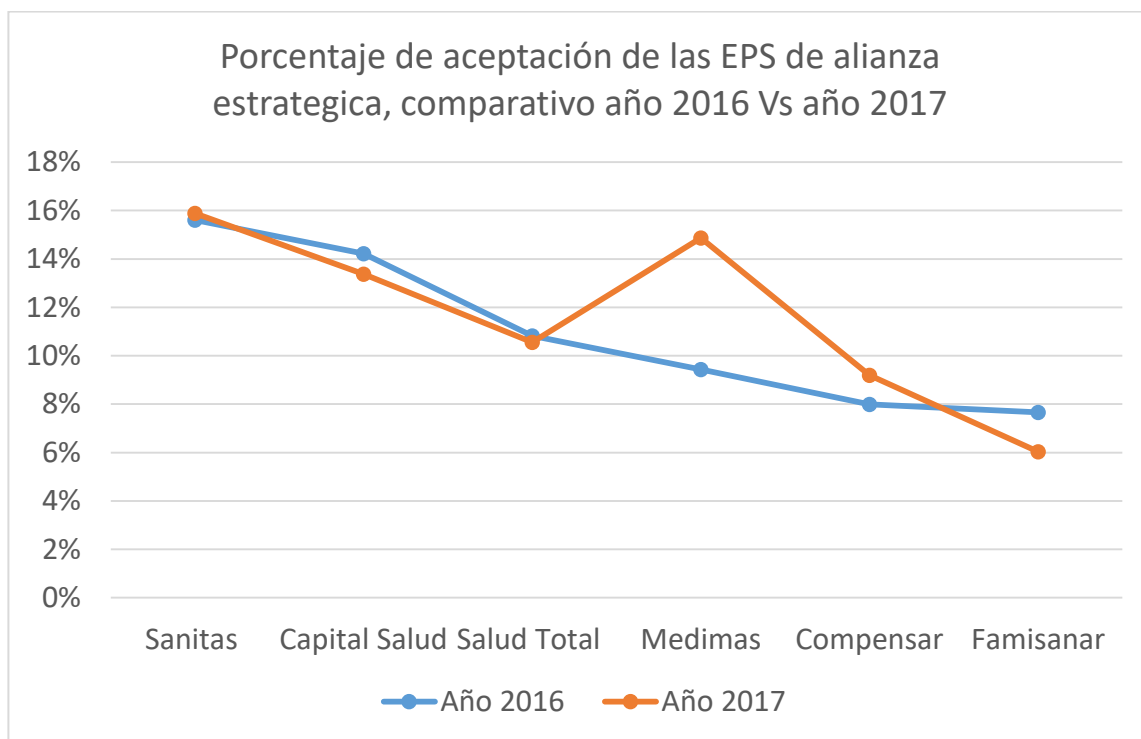


Figura 12. Creación propia de acuerdo a los datos de la herramienta de referencia y contrarreferencia

El porcentaje de aceptación es muy bajo comparativo con el gran volumen de pacientes comentados de los diferentes niveles de complejidad clínica, siendo esto una problemática para las EPS-S de alianza estratégica ya que presentan un convenio con una IPS a la cual le debe prestar los servicios requeridos por demanda espontánea, demanda por consulta externa y demanda por referencia y contrarreferencia, siendo este último el subproceso de prioridad y de urgencia para brindar respuesta oportuna, servicio de calidad de acuerdo a la eficacia que debe tener el subproceso.

El impacto que representa para una institución prestadora de salud es la inoportunidad de tener una capacidad instalada ocupada al 100% con pacientes

de alta complejidad clínica, el cual pueda generar recursos financieros para la auto sostenibilidad de la IPS.

En año 2016 se presentó un promedio de 28 camas libres por día, el cual representa en el mes 840 camas libres y en el año 10.080 camas libres

En el año 2017 se presentó un promedio de 18 camas libres por día, el cual representa en el mes 540 camas libres y en el año 6480 camas libres.

Al interior de la IPS se presenta la falta de planeación de los egresos de los pacientes y la falta de comunicaciones en los servicios de hospitalización para optimizar los recursos financieros de la institución. El subproceso de referencia y contrarreferencia desconoce de los egresos de pacientes que se generan día a día. Motivo por el cual se da la negación o rechazo de pacientes comentados por vía de referencia y contrarreferencia.

El generar el rechazo o negación de pacientes comentados repercute en las relaciones de alianza estratégica con las EPS-S, el cual genera impacto financiero, impacto en la imagen corporativa y en la calidad de atención en salud por parte de la IPS. No contribuyendo a los principios de accesibilidad y cobertura en salud para la población de Colombia.

15.Tabla 3 Resultados del diagnóstico del sistema de referencia y Contrarreferencia

RESULTADOS DE LAS ASEGURADORAS	RESULTADOS DE LA IPS
Resultados de la clasificación del sistema de referencia y contrarreferencia: -56% Clasifica como regular. -33% Clasifica como malo. -10% clasifica como bueno.	Volumen de pacientes comentados: - Año 2016: 2373 promedio mes - Año 2017: 2247 promedio mes El porcentaje de aceptación en cada año es del 9% promedio mensual.

Clasificación de EPS con mayor inconformidad con el sistema de referencia y contrarreferencia 1.Sanitas: 60% es malo 2.Capital salud: 60% es malo 3.Famisanar: 80% es regular 4.Medimas: 70% es regular 5.Compensar: 60% es regular 5.Salud Total: 50% es regular	Distribución porcentual de pacientes comentado por EPS:		
	1.Famisanar: 33% 2.Compensar: 24% 3.Salud Total: 16% 4.Medimas: 13% 5.Sanitas: 9% 6.Capital Salud: 5%		
	Distribución porcentual de pacientes aceptado por EPS:		
	EPS	AÑO 2016	AÑO 2017
	Sanitas	15.7%	15.9%
	C/salud	14.2%	13.5%
	Salud Total	10.5%	10.4%
	Medimas	9.7%	15%
	Compensar	8%	9%
	Famisanar	7.8%	6%
No ocupación de camas Hospitalarias			
Año 2016: 1080 camas libres Año 2017: 6480 camas libres			

Fuente: Creación propia

8.2 Propuesta de sistema de referencia y contrarreferencia

Es importante dar la claridad que el sistema de referencia y contrarreferencia se encuentra enmarcado en el decreto 4747 del 2007. En cual no se encuentra una directriz de cómo aplicarlo para el cumplimiento, no se encuentra definido el procedimiento que genere a las organizaciones oportunidad, pertinencia, calidad, integralidad que genere un costo - beneficio a los aliados estratégicos, usuario y a la IPS que prestara sus servicios en atención en salud.

La presente investigación tiene como objetivo generar una propuesta de un sistema de referencia y contrarreferencia en el marco de los requisitos dispuestos

en la NTC ISO 9001:2015. Se da inicio con un análisis de cada uno de los numerales de la norma si es aplicable al proceso de referencia y contrarreferencia. En los numerales que aplique se describen los soportes o el proceso para el cumplimiento del mismo, se debe fundamentar o justificar si aplica o no aplica y por último se asigna un tiempo en horas en cada uno de los numerales que aplica.

Se realiza una matriz en donde se encuentran las siguientes variables:

Identificación de la etapa de la metodología PHVA, Numeral de la norma, Ítem principal, Sub Ítem, requisito, aplicación, producto y fundamentos de acuerdo con la NTC–ISO 9001:2015.

La matriz tiene la finalidad de identificar que numerales aplica, la importancia y el tiempo de implementación. Es un soporte a la propuesta del sistema de referencia y contrarreferencia ya que permite mejorar la prestación de servicio en salud y la facilidad de desarrollar una planeación en el marco de los requisitos aplicables de la NTC ISO 9001:2015.

El desarrollo de la matriz permite la mejora de la prestación de servicios y la facilidad de brindar una organización lógica del proceso de implementación del sistema de referencia y contrarreferencia en marcado en la metodología del ciclo PHVA. Ver Anexo 3.

8.3 Validación por expertos

La metodología que se llevó a cabo en la validación de la propuesta de sistema de referencia y contrarreferencia para una IPS (institución prestadora de servicios de salud) encaminada a la mejora de la calidad basado en la NTC-ISO 9001: 2015, se desarrolla a través de una simulación aplicada haciendo uso de la metodología del Abaco de Regner el cual es un método de consulta a expertos concebido por el Doctor Francois Régnier, que tiene como propósito, interrogar a expertos en un tema específico y tratar sus respuestas en tiempo real a partir de una escala basada en colores. Es un método de expertos que está orientado a reducir la incertidumbre, confrontar los puntos de diferentes grupos de expertos para tomar

conciencia y analizar la diversidad de opiniones que se puedan presentar en un tema concreto, realizando un registro de los resultados de esta actividad. (Godel, Michel 2010) y que para efectos de la validación de la metodología permitirá conocer los diferentes puntos de vista del grupo de expertos para realizar los cambios y adaptaciones que sean necesarias para facilitar su implementación dentro de la organización.

En la selección de los criterios para la validación de los expertos, se tuvo en cuenta los atributos de calidad en salud. A continuación, se encuentran definidos: para la validación de la propuesta:

1. Coherencia: Se denomina la relación, conexión que se tiene establecido en la norma de referencia y contrarreferencia, contexto, requisitos de la organización y la interconectada con el sistema de gestión de calidad (ISO 9001: 2015).
2. Aplicabilidad: Propuesta que se puede aplicar en cualquiera de los contextos existentes de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
3. Pertinencia: La propuesta es adecuada a las necesidades, requisitos (CLIO) y la demanda que se presenta en el sistema de salud de Colombia.
4. Eficacia: Es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la aplicación de la propuesta de referencia y contrarreferencia, el cual logra cumplir los requisitos y superar las expectativas de los clientes internos y externos
5. Integralidad: Presenta la capacidad de resolver y considerar todas las partes que se encuentra relacionadas directa o indirectamente en el sistema de referencia y contrarreferencia.

6. Competitividad: Es la capacidad de generar la mayor satisfacción de los clientes de acuerdo con las necesidades y expectativas que se presentan en la prestación de servicios de referencia y contrarreferencia
7. Eficiencia: Es el uso óptimo de los recursos para el cumplimiento y logro de los objetivos del sistema referencia y contrarreferencia.
8. Servicio: Son las actividades y estrategias que intentan satisfacer las necesidades de los clientes por medio de una comunicación asertiva, atención humanizada y capacidad resolutividad antes las desviaciones.
9. Innovación: Es una propuesta que consiste en utilizar el conocimiento existente para transformar y construir un sistema de referencia y contrarreferencia para lograr objetivos y cumplimiento de necesidades de los clientes
10. Rentabilidad: Relación existente entre los beneficios que proporciona la propuesta del sistema y la inversión o el esfuerzo que se realizó.

Los expertos que participaron en el proceso de validación presentan los siguientes perfiles.

16. Tabla 4 Perfil de experto que participaron en la validación de la propuesta

Experto	Profesión	Experiencia
Experto 1	Enfermera profesional, especialista en administración en salud	3 años en referencia y contrarreferencia
Experto 2	Médico general, especialista en gerencia en salud	8 años en procesos administrativos en salud.

Experto 3	Enfermera Profesional, especialista en auditoria en salud	6 años en auditoria en salud y procesos administrativos en salud.
Experto 4	Ingeniero industrial, especialista en gerencia de la calidad	4 años en procesos de calidad en salud.
Experto 5	Técnico en enfermería	6 años en procesos de referencia y contrarreferencia.

Fuente: Creación propia

El proceso se desarrolla en 5 etapas.

17. Tabla 5 Ciclo de desarrollo para validación por expertos

Etapas	Desarrollo
1. Explicación de la metodología	Se realiza una breve explicación de la metodología a los participantes, se enseña la matriz y la forma de calificar
2. Presentación de la propuesta	Se realiza una presentación de la propuesta con los objetivos, alcance y los resultados esperados
3. Evaluación de la propuesta	Se envía el formato de evaluación para la calificación, se mencionan recomendaciones a tener en cuenta a la calificación y validación
4. Análisis de los resultados	Se realiza análisis de acuerdo a los resultados obtenidos y la calificación dada por los expertos. Se identifican los criterios con mayor recomendación y los no recomendados

5.Tratamiento de los resultados	Se realiza el tratamiento de los datos, después que las respuestas han sido coloreadas en forma de matriz, donde en un primer momento se presenten los ítems definitorios del problema en distintas filas.
6. Ajustes y recomendaciones.	Se genera las recomendaciones de acuerdo a las observaciones y la calificación de los criterios que no fueron recomendables.

Fuente: Creación Propia

8.4 Resultados de la validación por experto Metodología Abaco de Regner

La gama de opciones que plantea la metodología elegida para revelar las opiniones del grupo de expertos, en relación con las afirmaciones realizadas, se basa en la convención internacional adoptada para los colores del semáforo y para efectos de la validación tendrá la siguiente escala de códigos:

18. Tabla 6 Resultados de Metodología Abaco de Regner

Muy Recomendable
Recomendable
Duda
Poco recomendable
No recomendable
Sin Respuesta

08 Servicio					
05 Integralidad					

09 Innovación					
04 Eficacia					
06 Competitividad					
01 Coherencia					
02 Aplicabilidad					
03 Pertinencia					
10 Rentabilidad					
07 Eficiencia					

Observaciones de los expertos:

Experto 1: En el proceso de validación se debe tener en cuenta y profundizar los tiempos de llevar a cabo la propuesta.

Experto 2: Se debe realizar un estudio y análisis de factibilidad de la propuesta, enumerando los resultados financieros, el impacto de los usuarios y partes interesadas.

Experto 3: La propuesta tiene una organización lógica e integral el cual puede se puede obtener excelentes resultados, es una propuesta que se puede llevar a cabo en varios procesos y subsistemas de salud.

Experto 4: La propuesta debe tener presente la auditoría interna que se lleva a cabo en la institución hospitalaria y generar alineación con los objetivos y alcances de la misma.

Análisis de los resultados:

En el criterio de servicio se obtuvo 4 calificativos de muy recomendable y uno recomendable. La propuesta responde y aborda a las necesidades en la prestación de un servicio cálido, humanizado y resolutivo, los expertos requieren un excelente servicio en el procedimiento para el cumplimiento del mismo.

En el criterio de integralidad se obtuvo 3 calificativos de muy recomendables y dos calificativos de recomendable, la propuesta tiene presente las partes interesadas en todo el proceso de prestación de servicios.

Innovación: Los resultados fueron los siguientes, 3 calificativos en muy recomendable y 2 calificativos recomendable. Es una propuesta innovadora ya que no existe investigación en el contexto de referencia y contrarreferencia, parte de un conocimiento existente en relación con la normatividad o procesos descritos al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud

Eficacia: Los resultados fueron los siguientes, 2 calificativos en muy recomendable y 3 calificativo en recomendables. La propuesta es eficaz.

9. CONCLUSIONES

De acuerdo con el diagnóstico realizado, se detectaron los diferentes problemas que enfrentan los procesos de referencia y contrarreferencia de las instituciones prestadoras de servicios en salud, la falta de estructuración de un sistema con base en la calidad de los servicios ofertados.

La falta de articulación y comunicación asertiva entre los prestadores de servicios de salud y las empresas promotoras de salud conllevan a la inoportunidad del servicio, la insatisfacción de los clientes y afectación de la sostenibilidad financiera de las instituciones prestadores en salud.

De acuerdo con el marco referencial se concluye que la satisfacción de los usuarios es relativamente bajo, debido principalmente a la falta de conocimiento, gestión y servicio frente a los casos de remisión. Se presenta una excesiva documentación para el traslado de los usuarios que finalmente se convierte en una inoportunidad para las remisiones.

La estandarización de un sistema de referencia y contrarreferencia basado en la norma ISO 9001:2015 permite cumplir con las necesidades y expectativas de las partes interesadas. De esta manera se fortalecerá la relación de confianza de los clientes con la organización, y se asegurará la fidelización de los mismos.

Los métodos de evaluación y seguimiento de calidad deben ser llevados a cabo de forma objetiva y los registros de la información deben ser a diario con el respectivo análisis, pues de esta manera los resultados serán más eficaces.

La medición, el análisis y la mejora continua permite a las instituciones en salud tener información fundamental acerca de los requerimientos de sus partes

interesas con lo cual el servicio podrá ser diseñado y realizado bajo parámetros previamente establecidos.

En el diagnóstico del sistema de Referencia y Contrarreferencia se evidencia que los objetivos del sistema no se encuentran alineados con los objetivos estratégicos de la organización. No aporta a la gestión financiera y a la calidad del servicio, obteniendo como resultado final la insatisfacción del servicio.

A partir de los resultados obtenidos de la encuesta dirigida a los coordinadores de los procesos de referencia y contrarreferencia, se puede afirmar que el nivel de satisfacción y conformidad a la gestión del proceso de referencia y contrarreferencia es regular a malo. Esto se debe principalmente a la falta de oportunidad, continuidad, integralidad y servicio en el proceso que se lleva a cabo en referencia y contrarreferencia de las instituciones prestadoras de servicios en salud.

La propuesta de un sistema de referencia y contrarreferencia para una IPS, en el marco de los requisitos dispuestos en la NTC ISO 9001:2015 aporta a la optimización de recursos, al crecimiento financiero y generar un excelente servicio en marcado al cumplimiento de las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

En el desarrollo de la propuesta es necesario contemplar los recursos financieros que se requieren llevar a cabo para la aplicación de un sistema de referencia y contrarreferencia para una IPS, en el marco de los requisitos dispuestos en la NTC ISO 9001:2015

En la validación de la propuesta por experto la califican como recomendable, es necesaria para alcanzar los objetivos, el cumplimiento de la normatividad, las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

10.RECOMENDACIONES

Se debe realizar un estudio y análisis del costo que lleva a cabo la implementación de un sistema de gestión de calidad en el sistema de referencia y contrarreferencia.

En la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia debe estar implícitos todo el personal de la organización y debe existir un compromiso de la alta dirección durante todo el proceso.

Se debe verificar el conocimiento y aplicación de los procesos en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia por parte del personal directamente involucrado en la atención de los usuarios, de tal manera garantice en cumplimientos de los requisitos de las partes interesadas

Se debe definir un cronograma para las auditorías, teniendo en cuenta que el programa de auditoria debe ser de manera integral, evaluar la interacción y la articulación con los procesos internos y externos de la organización.

Garantizar que las actividades planificadas en el POA se lleven a cabo en los tiempos establecidos. El cumplimiento de las actividades debe llevar a cabo un análisis del resulta y el impacto que genere.

Generar un plan de capacitaciones de los procesos definidos en el Sistema de Referencia y Contrarreferencia. En los temas de servicios y comunicación asertiva, los cuales permitan aportar al cumplimiento de los objetivos de dicho sistema.

Evaluar el impacto y los resultados obtenidos una vez se implemente la propuesta del Sistema de Referencia y Contrarreferencia basado en la NTC-ISO 9001: 2015.

11. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Acosta, Raúl (2006). Auditoría de los procesos de atención de urgencias y remisión de pacientes en la Clínica CES de Medellín. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Administración.
- Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política (1991)
- Camisón, C. Cruz, S. Gonzales, T. (2006) Gestión de la Calidad: conceptos, enfoques, modelos y sistemas. Madrid, España. Pearson Educación, S. A.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá.
- Congreso de la república de Colombia. Decreto 4747. (07, diciembre, 2007). Por medio de la cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicio de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.
- Congreso de la República de Colombia Ley 715 (21, Diciembre, 2001). Por cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud.
- Decreto 2759, Diario Oficial de la Republica de Colombia, 11 diciembre de 1991.
- International Organization for Standardization (23, septiembre, 2015). ISO 9001:2015: Sistemas de gestión de la calidad. Bogotá, Colombia. ICONTEC
- López R, Susana. (2007) Implantación de un sistema de calidad. Los diferentes Sistemas de calidad existentes en la organización. España, Ideas propias Editorial.
- López, P, Karen Y Roa, N, Ángelo. (2016). Desarrollo de un sistema de gestión de calidad en la compañía tecnología predictiva KONTROLAR T.P.K LTDA. Bajo los lineamientos de la NTC ISO 9001:2015. Trabajo de grado para obtener título de Ingeniería Industrial. Bogotá: Universidad Libre, Facultad de Ingeniería.
- Meléndez, L, Alexandra. (2017). Propuesta de implementación del sistema de gestión de calidad en una industria pesquera según la norma ISO 9001:2015. Trabajo de grado para obtener título de Ingeniería Industrial. Perú: Pontificia Universidad Católica de Perú, Facultad de Ingeniería.

- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud al servicio de la gente”.
- Ministerio de salud pública de ecuador (2013) Norma del subsistema de referencia, derivación contrareferencia, referencia inversa y transferencia del sistema nacional de salud.
- Ramírez, E, Buelvas Y Guzmán, N. (2012). Evaluación del sistema de referencia y contra-referencia en el servicio de urgencias de la empresa social del estado Hospital Local Arjona. Trabajo de grado para obtener el título de especialista en gerencia de la salud. Cartagena D.T Y C; Universidad de Cartagena.
- Restrepo, J, Blanco. (2005). Fundamentos de salud pública. II Tomo Administración de servicios de salud. Medellín, Colombia. Fondo editorial CIB.
- Rojas, F, Vergara, L. (2003). Modelo de mejoramiento de la calidad en los servicios de urgencia del Hospital Regional de Roldanillo. Trabajo de grado para obtener título de especialización en administración en salud. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Administración.
- Sarmiento A, Castellanos W, Nieto A, Alonso C, Pérez C (2005) Análisis de eficiencia técnica de la red pública de prestadores de servicios dentro del sistema general de seguridad social en salud. Archivos de Economía.
- Sevilla, T, José. (2012) Auditoría de los sistemas integrados de gestión. Madrid, FC Editorial.
- Velasco, S, Juan. (2010) Gestión de la calidad mejora continua y sistemas de Gestión. España. Editorial Pirámide.
- Zurita, M, Desiderio (2014). Reestructuración del sistema de referencia y contrarreferencia en el hospital sagrado corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo. Trabajo de grado para obtener el título de magister en gerencia de servicios de salud. Santo Domingo: Universidad Regional Autónoma de los Andes.

ANEXOS

Anexo 1

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DEL SUBPROCESO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

OBJETIVO: Valorar la calidad del servicio de referencia y contrarreferencia de pacientes en una IPS, a partir de la percepción de las EPS de convenio estratégico.

INSTRUCCIONES: Evalúe cada uno de los aspectos que a continuación se detallan de acuerdo con su opinión personal. Responda la encuesta marcando con una X la opción que mejor refleje su opinión sobre los aspectos evaluados. Sólo puede marcar una opción. La encuesta tiene 4 opciones: A Excelente, B Bueno, C Regular, D regular.

Los datos obtenidos son confidenciales y tienen como propósito la mejora de los servicios.

Información General

Fecha: _____

Nombre de EPS: _____

Cargo: _____

Encuesta:

1. La oportunidad en la respuesta de los pacientes o casos comentados por vía correo electrónico es:
 - A. Excelente
 - B. Bueno
 - C. Regular
 - D. Malo

2. El volumen de aceptación de pacientes comentados por referencia es:
 - A. Excelente
 - B. Bueno
 - C. Regular
 - D. Malo

3. El volumen de paciente aceptado de alta complejidad es:
 - A. Excelente
 - B. Bueno
 - C. Regular
 - D. Malo

4. El seguimiento y la priorización de pacientes rechazados por no disponibilidad de cama es:
 - A. Excelente
 - B. Bueno
 - C. Regular
 - D. Malo

5. El canal de comunicación entre la IPS y EPS es:
 - A. Excelente
 - B. Bueno
 - C. Regular
 - D. Malo

6. La priorización y la atención de los pacientes que ingresan a la IPS por referencia y contrarreferencia es:
 - A. Excelente
 - B. Bueno
 - C. Regular
 - D. Malo

7. La atención y gestión del personal administrativo de referencia y contrarreferencia es:
 - A. Excelente
 - B. Bueno
 - C. Regular
 - D. Malo

8. El procedimiento que tiene establecido la IPS en el subproceso de referencia y contrarreferencia es:
- A. Excelente
 - B. Bueno
 - C. Regular
 - D. Malo
9. El grado de pertinencia en la aceptación de pacientes según la condición médica es:
- A. Excelente
 - B. Bueno
 - C. Regular
 - D. Malo
10. El compromiso hacia a la mejora continua bidireccional es:
- A. Excelente
 - B. Bueno
 - C. Regular
 - D. Malo

Anexo 2. Propuesta de Referencia y Contrarreferencia

Matriz de Implementación

ISO 9001:2015								
	NUMERAL	ITEM PRINCIPAL	SUB ITEM	REQUISITO	APLICA	PRODUCTO	FUNDAMENTOS	TIEMPO (Horas)
P	4.CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	4.1 COMPRENSION DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO		La organización debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica y que para el logro de los resultados del SGC	SI	Se documenta y se realiza diagnóstico por medio de un DOFA y PESTEL	La organización debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos en el sistema de referencia y contrarreferencia	4
				La organización debe realizar seguimiento sobre esas cuestiones				
		4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS		La organización debe determinar: a) Las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de calidad;	SI	Matriz de partes interesadas tanto internas y externas, en donde se encuentre especificado las características de las partes interesadas, se debe mencionar el interés, necesidad y expectativa que presenta	La organización debe determinar: las partes interesadas que son pertinentes a los sistemas de gestión integrados, las necesidades y expectativas pertinentes (es decir, requisitos) de estas partes interesadas; cuáles de estas necesidades y expectativas se convierten en requisitos legales y otros requisitos.	4
				b) Los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el sistema de gestión de la calidad La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.	SI	Los requisitos enumerados de		

					acuerdo a la herramienta CLIO. Entrevista semestral con sus clientes internos y externos		
		4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	La organización debe determinar los límites y la aplicabilidad del SGC para establecer su alcance documentado, para lo cual debe considerar: a) las cuestiones externas e internas indicadas en el apartado 4.1 b) Los requisitos de las partes interesadas pertinentes indicadas en el apartado 4.2; c) Los productos y servicios de la organización;	SI	Se documenta el alcance, en donde se debe determinar la magnitud y limitaciones del sistema de gestión de calidad para el proceso de referencia y contrarreferencia a. Sin embargo, cuando algún requisito no aplica se evidencia con documentación y acción de mejora. Se Realiza una revisión semestral y anual donde se encuentran todos los requisitos involucrados debidamente documentados que forman parte de la política de calidad,	El proceso de referencia y contrarreferencia debe determinar los límites y la aplicabilidad del SIG para establecer su alcance documentado, para lo cual debe considerar: a) las cuestiones externas e internas b) Los requisitos de las partes interesadas pertinentes (legales y otros requisitos) c) Los productos y servicios de la organización d) las unidades, funciones y límites físicos de la organización; e) sus actividades, productos y servicios; f) su autoridad y capacidad para ejercer control e influencia. Una vez que se defina el alcance, se deben incluir en el todas las actividades, productos y servicios de la organización que estén dentro de este alcance.	3

						verificando su cumplimiento	El alcance debe estar disponible y mantenerse como información documentada estableciendo la justificación para cualquier requisito de esta norma internacional que la organización determine que no es aplicable para el alcance de su SGC.	
--	--	--	--	--	--	-----------------------------	---	--

		4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS	4.4.1 La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la calidad, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional. Debe determinar los procesos necesarios para el SGC y debe: a) determinar las entradas requeridas y las salidas esperados de estos procesos; b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos; c) determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo el seguimiento, la medición y los indicadores del desempeño relacionados) necesarios para asegurarse la operación eficaz y el control de estos procesos; d) determinar los recursos necesarios para estos procesos y asegurarse de su disponibilidad; e) asignar las responsabilidades y autoridades para estos procesos; f) abordar los riesgos y oportunidades determinados de acuerdo con los requisitos del apartado 6.1; g) evaluar estos procesos e implementar cualquier cambio necesario para	SI	Se documenta por medio de una caracterización del proceso; identificando entradas, intervenciones, actividades, procedimientos, salidas, interacción con otros procesos y responsables. El cual se busca asegurar la eficacia y eficiencia en el desarrollo de este proceso y un control del mismo se han definido Indicadores de Gestión. El resultado de estos indicadores permite hacer seguimiento y verificación periódica con el fin de cumplir lo establecido. En el proceso se especificaron los posibles riesgos que podrían presentarse y las oportunidades que se puedan	El proceso debe determinar sus interacciones y las necesidades para el sistema de gestión calidad, debe: determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas del proceso. Determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo el seguimiento, las mediciones y los indicadores del desempeño relacionados) necesarios para asegurarse de la operación eficaz y el control del proceso; d) determinar los recursos necesarios para este procesos y asegurarse de su disponibilidad; asignar las responsabilidades y autoridades para este proceso. Dando el cumplimiento del numeral 4,4.	8
--	--	---	--	----	---	--	---

				asegurarse de que estos procesos logran los resultados previstos; h) mejorar los procesos y el sistema de gestión de la calidad.		desarrollar durante la ejecución de los mismos Los recursos necesarios para este proceso se deben identificar por medio de una matriz de necesidades, el cual asegura su disponibilidad en el momento de ser necesitados.		
				4.4.2 En la medida en que sea necesario, la organización debe: a) mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos; b) conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.	SI	Se documenta la caracterización y el mapa de proceso para identificar las interacciones con los demás procesos. Ficha técnica de los indicadores y tablero de control de los indicadores del proceso	Permite identificar las fuente de los datos y garantizar la confiabilidad de la información, posibilita la continuidad de la información, el cual sirve de soporte para la toma de decisiones	6

	5 LIDERAZGO	5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO	5.1.1 Liderazgo y compromiso	La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al Sistema de gestión de la Calidad: a) asumiendo la responsabilidad y obligación de rendir cuentas de la eficacia del sistema de gestión de la calidad; b) asegurándose de que se establezcan la política de calidad y los objetivos de la calidad para el SGC y que estos sean compatibles con el contexto y dirección estratégica de la organización. c) asegurándose de la integración de los requisitos del Sistema de gestión de la Calidad en los procesos de negocio de la organización. d) promoviendo el uso del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos; e) asegurándose de que los recursos necesarios para el sistema de gestión de la calidad estén disponibles; f) comunicando la importancia de una gestión de la calidad eficaz y conforme con los requisitos del sistema de gestión de la calidad; g) asegurándose que el sistema de gestión de la calidad logre los resultados previstos; h) comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a	NO	No aplica ya que el compromiso que se establece en este numeral se encuentra definido para la alta dirección, el cual debe asumir la responsabilidad y velar por la eficacia del sistema de gestión de calidad de manera integral para la organización. El sistema de referencia y contrarreferencia no tiene ese alcance en su implementación.	El liderazgo y el compromiso del sistema de gestión debe estar orientado con el líder de proceso y todo su grupo de colaboradores	0
--	-------------	----------------------------	------------------------------	---	----	--	--	---

				la eficacia del sistema de gestión de la calidad; i) promoviendo la mejora; j) apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo aplicado a sus áreas de responsabilidad.				
--	--	--	--	--	--	--	--	--

			5.1.2. Enfoque al cliente	La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al enfoque al cliente asegurándose de que: a) se determinan, se comprenden y se cumplen de manera coherente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables; b) se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y los servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente; c) se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente.	SI	La Alta dirección establece la política de la calidad y define los objetivos de la calidad, asegurándose de que estén acordes con el contexto y las estrategias de la organización. El líder y la alta dirección se compromete con sus clientes actuales y futuros, por medio de la fijación de objetivos y estrategias que permitan cumplir con los requisitos establecidos por ellos, la organización evidencia liderazgo en la propuesta de la relación empresa – cliente y el fortalecimiento de la misma por medio del principio de calidad enfoque al cliente en donde busca conocer sus	3
--	--	--	---------------------------	--	----	--	---

					necesidades y expectativas. Se documenta por medio de acta la reunión en donde se establece el compromiso - Política de calidad		
		5.2 POLÍTICA	5.2.1. Establecimiento de la política de la calidad	La alta dirección debe establecer, implementar y mantener una política de la calidad que: a) sea apropiada al propósito y al contexto de la organización y apoya su dirección estratégica; b) proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad c) incluya un compromiso de cumplir los requisitos aplicables d) incluya un compromiso de mejora continua del sistema de gestión de la calidad.	NO	No aplica ya que es un tema más integral y que se encuentra en responsabilidad de la alta dirección	0

			5.2.2 Comunicación de la política de la calidad	La política de la calidad debe: a) estar disponible y mantenerse como información documentada; b) comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización c) estar disponible a las partes interesadas pertinentes según corresponda	NO		No aplica ya que es un tema más integral y que se encuentra en responsabilidad de la alta dirección y de comunicación para el desarrollo del despliegue de la política de calidad en la organización	0
		5.3 ROLES, RESPONSABILIDAD ES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN		La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen, se comuniquen y se entiendan dentro de la organización. La alta dirección debe asignar la responsabilidad y autoridad para: a) asegurarse de que el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos de esta Norma Internacional; b) asegurarse de que los procesos están generando y proporcionando las salidas previstas; c) Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y sobre las oportunidades de mejora (véase 10.1); d) asegurarse de que se promueve el enfoque al cliente en toda la organización; e) asegurarse de que la integridad del sistema de gestión de la calidad se mantiene	SI	Se define y se documenta los roles y responsabilidades de cada puesto crítico del Sistema de Gestión de Calidad en los registros de requerimiento por puesto, llamándose "Perfil del cargo y Responsabilidades	El proceso de referencia y contrarreferencia y la alta dirección define los equipos de trabajo, para ello se debe asegurar de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen, se comuniquen y se entiendan en toda la organización. Se debe definir el plan de sistema de gestión de calidad y así mismo los recursos necesarios para dicho plan de integración, contemplar las acciones y gestión del cambio necesaria e identificar los riesgos y oportunidades en el proceso de implementación.	5

				cuando se planifican e implementan cambios en el sistema de gestión de la calidad.				
6.PLANIFICACIÓN	6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	6.1.1 Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de:	a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos; b) aumentar los efectos deseables; c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora	SI	El proceso de referencia y contrarreferencia es consciente de que toda actividad deriva un riesgo, por tanto se evidencia la importancia de anticiparse a aquellos eventos potenciales que puedan afectar el desarrollo del proceso. Se debe aplicar la Matriz del Riesgo, en cuatro etapas: primeramente identificándolos		6	

						, analizándolos, valorándolos y finalmente tratándolos. Se debe contemplar la siguiente información: Objetivo del proceso, descripción del riesgo, causas y efectos o consecuencias.		
			6.1.2 La organización debe planificar:	a) Las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades; b) La manera de: 1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad; 2) evaluar la eficacia de estas acciones.	SI	Se debe documentar la manera de abordar los riesgos y oportunidades con el propósito de minimizar la probabilidad e impacto de los riesgos potenciales, los cuales se pueden convertir en un efectos no deseados para los objetivos del SGC, por tal razón se debe realizar gestión de riesgos. Una vez identificados los riesgos se califica la probabilidad de ocurrencia entre un rango de 0 a 100%	Se debe realizar la identificación de los riesgos y oportunidades para diseñar un plan de intervención, con foco en la prevención, teniendo en cuenta los objetivos, el contexto, y las partes interesadas para asegurar que el SIG pueda alcanzar sus resultados previstos, aumentar los efectos deseables. Prevenir o reducir efectos no deseados. Alcanzar la mejora continua Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y los servicios	12

					de la siguiente manera: Improbable 20% Poco probable 40% Probable 60% Muy probable 80% El impacto se califica entre un rango de 1 al 10, en donde 1 significa "Insignificante" y 10 significa "Catastrófico". Finalmente se documenta el plan de mitigación o plan de tratamiento de los riesgos dando prioridad a los que presentan un riesgo alto.		
	6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS	6.2.1 La organización debe establecer los objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.	Los objetivos de la calidad deben: a) ser coherentes con la política de la calidad; b) ser medibles; c) tener en cuenta los requisitos aplicables; d) ser pertinentes para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente; e) ser objeto de seguimiento; f) comunicarse g) actualizarse, según	NO		Los objetivos deben ser desarrollado por por la alta dirección y el proceso de calidad, los cuales debe estar alineados con las estrategias de las organización de tal modo el proceso de referencia y contrarreferencia se aporta pata el cumplimiento de los objetivos de la organización	0

			corresponda. La organización debe mantener información documentada sobre los objetivos de la calidad.				
		6.2.2 Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar:	a) Qué se va a hacer; b) qué recursos se requerirán; c) quién será responsable; d) cuándo se finalizará; e) cómo se evaluarán los resultados.	NO			
	6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS		Cuando la organización determine la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad, estos cambios se deben llevar a cabo de manera planificada (véase 4.4). La organización debe considerar: a) el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales; b) la integridad del sistema de gestión de la calidad; c) la disponibilidad de recursos; d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.	NO		Es una responsabilidad de la alta dirección y calidad en determinar la planificación de los cambios que generen impacto y cumplimiento del alcance del sistema de gestión de calidad.	0

H	7.APOYO	7.1 RECURSOS	7.1.1. Generalidades	La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad. Debe considerar: a) las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes; b) qué se necesita obtener de los proveedores externos.	NO		Es una responsabilidad de la alta dirección y calidad en determinar la planificación de los cambios que generen impacto y cumplimiento del alcance del sistema de gestión de calidad.	0
				La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.	SI	Se debe documentar las funciones, las actividades y las responsabilidades del líder de referencia y contrarreferencia para determinar la necesidad de tener un apoyo de un colaborador para llevar a cabo el sistema de gestión del proceso	La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema gestión de calidad aplicados al proceso de referencia y contrarreferencia.	4
			7.1.2 Personas					
			7.1.3 Infraestructura	La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.	SI	Se debe tener un espacio con todas las medidas de cumplimiento de seguridad y salud en el trabajo para el talento humano del proceso de referencia y		3

					contrarreferencia. (Acta de reunión con salud y seguridad en el trabajo)	
			7.1.4. Ambiente para la operación de los procesos	La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.	SI Para garantizar la eficacia del proceso de referencia y contrarreferencia en la organización, es conveniente crear un ambiente de trabajo tranquilo, libre de conflictos que permita la concentración de los colaboradores evitando errores humanos. Se desarrollará un plan motivacional que permita el mejoramiento del clima laboral dentro de la organización	4

		7.1.5 Recursos de seguimiento y medición	7.1.5.1 La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando él se realice el seguimiento o la medición para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos. La organización debe asegurarse de que los recursos proporcionados: a) son apropiados para el tipo específico de actividades de seguimiento y medición realizadas; b) se mantienen para asegurarse de la adecuación continua para su propósito.	SI	Se realiza una lista de chequeo que permita identificar los insumos adecuados y en la cantidad necesaria para el cumplimiento de las actividades de acuerdos a lo descrito en el procedimiento.	Permite asegurar la validez y pertinencia de los recursos proporcionados por la organización y al igual identificar la capacidad y el volumen suficiente para el desarrollo de las actividades.	5
		7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones	Cuando la trazabilidad de las mediciones es un requisito o es considerada por la organización parte esencial para proporcionar confianza en la validez de los resultados de la medición debe: a) calibrarse o verificarse, o ambas, a intervalos especificados, o antes de su utilización, contra patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones, debe conservarse como información documentada la base utilizada para la calibración o la verificación; b) identificarse para determinar su estado;	SI	Se Realiza medición de tiempo dos veces por semana, en el cual se selecciona una muestra aleatoria de las referencias solicitadas, evaluando tiempo de respuesta, tiempo de confirmación y tiempo de ingreso de los pacientes a la IPS. Generar un plan de	Garantiza el cumplimiento de los tiempos estipulado en el procedimiento, minimizando las desviaciones por los diferentes factores que se encuentran inmersos en el proceso. Aportando al cumplimiento de los requisitos y la satisfacción del cliente	6

				c) protegerse contra ajustes, daño o deterioro que pudieran invalidar el estado de calibración y los posteriores resultados de la medición.		contingencias para las siguientes situaciones: caída del sistema (internet), falla en la energía eléctrica e incapacidades del talento humano.		
			7.1.6 Conocimientos de la organización	La organización debe determinar los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. Estos conocimientos deben mantenerse y ponerse a disposición en la medida que sea necesaria. Cuando se abordan las necesidades y tendencias cambiantes, la organización debe considerar sus conocimientos actuales y determinar cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales necesarios y a las actualizaciones requeridas.	SI	Se determina los conocimientos por medio de una caracterización en donde especifica las labores de cada uno de los integrantes del proceso. Se debe documentar dicha caracterización	Todo colaborador del proceso de referencia y contrarreferencia debe tener el conocimiento integral del área ya que permite la articulación con otros procesos y subprocesos de la misma dependencia.	5

		7.2 COMPETENCIA	La organización debe: a) Determinar la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad; b) asegurarse de que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas; c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas. d) Conservar la información documentada apropiada, como evidencia de la competencia.	SI	El perfil de los colaboradores debe ser profesional en enfermería con experiencia un año en la parte asistencial y un año en la parte administrativa. Formación continua en el tema de sistema obligatorio de garantía de calidad en salud. Desarrollar el perfil de cargo, con sus respectivas funciones	El talento humano debe ser profesionales competentes que aporte al cumplimiento de los objetivos. La formación y la experiencia permite que los requisitos se puedan cumplir, disminuyen la probabilidad de efectos no deseados a comparación de personal técnico, en donde hay un mayor riesgo por el nivel de conocimiento técnico.	6
--	--	-----------------	--	----	--	--	---

		7.3 TOMA DE CONCIENCIA	La organización debe asegurarse que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.	SI	El proceso de referencia y contrarreferencia incentiva a los colaboradores actuales y los que ingresan a ser parte del equipo de trabajo, a que sus actividades para el desarrollo de sus funciones contribuyan hacia el cumplimiento de los objetivos y la política de calidad. Así mismo los colaboradores deben ser conscientes de lo importante que puede ser su gestión para la eficacia del Sistema de Gestión de calidad aplicado al proceso de referencia y contrarreferencia, incluidos los beneficios de una mejora así como las implicaciones del incumplimiento de algún requisito.	El proceso de referencia y contrarreferencia debe construir y gestionar la toma de conciencia en los colaboradores, para ello debe tener en cuenta aspectos importantes como: la comunicación, la formación y el conocimiento de la organización.	7
--	--	------------------------	--	----	--	--	---

					El líder del proceso debe realizar un proceso de toma de conciencia, en el que se explique a los trabajadores de la importancia de los cambios que se darán con la implementación , de manera que se logre lo siguiente: - Entenderán la política y los objetivos de la organización. - Los trabajadores entenderán los beneficios de la implementación - Compromiso del personal. - Se concientizarán los trabajadores de su contribución a la eficacia.		
	7.4 COMUNICACIÓN		La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, que incluyan: a) qué comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar. e) quién comunica.	SI	El proceso de referencia y contrarreferencia a identificara los medios de comunicación adecuados para informar los cambios, la ruta y el proceso que se	Es necesario que los colaboradores conozcan el proceso y como las actividades que desarrolla impactan la satisfacción de los clientes, o como las mismas pueden generar peligros o eventos no deseados,	2

					llevara a cabo en referencia y contrarreferencia. Documentación	o para otras partes interesadas. Se debe formar a los colaboradores en el SIG para lograr su compromiso y aporte en el logro de los objetivos.	
		7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA	7.5.1 Generalidades	El SGC de la organización debe incluir: a) la información documentada requerida por esta Norma Internacional b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.	SI	Se debe mantener toda la información requerida por la norma y por el Sistema de Gestión de calidad documentado, para lo cual se debe tener un mismo formato a nivel organizacional y ha sido revisado y aprobado por la alta dirección.	2
			7.5.2 Creación y actualización	Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado a) la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia); b) el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico); c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.	NO	Se encuentra bajo el direccionamiento de gestión documental, calidad y la alta dirección en generar o solicitar cambios de la información documental, siendo ellos mismo quienes realizan la validación y aprobación.	0

			7.5.3 Control de la información documentada	7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, dónde y cuándo se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).	SI	La información desarrolla en el proceso de referencia y contrarreferencia debe estar en el sistema de información de la organización. Debe estar previamente aprobada por la alta dirección	La información documentada en el proceso de referencia y contrarreferencia permite controlar y garantizar la información de los diferentes procedimientos, presentando un estado de fácil acceso, disponible para los colaboradores, con seguridad y preservación de la información, el cual minimiza las desviaciones de los procedimientos y aportan a la inducción y reinducción de los colaboradores nuevos y antiguos	2
				7.5.3.2 Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición.	SI	Con el fin de que la información documentada esté disponible cuando sea necesaria y este protegida adecuadamente, el proceso de referencia y contrarreferencia se adhiere al procedimiento de la organización "Elaboración y control de la información documentada" donde se dan pautas para revisar, aprobar y editar la información documentada. La información documentada		4

					vigente y oficial se encontrará a disposición de los colaboradores en el módulo de acceso a documentos de la carpeta compartida, los permisos de acceso a la misma, se otorgan de acuerdo a la función desempeñada o a la necesidad del servicio.		
8.OPERACIÓN	8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL		La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos (véase 4.4) necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6, mediante: a) la determinación de los requisitos para los productos y servicios; b) el establecimiento de criterios para: 1) los procesos; 2) la aceptación de los productos y servicios; c) la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad para los requisitos de los productos y servicios; d) la implementación del control de los procesos de	SI	Generar documento descrito la planificación, implementación y control del proceso a través del cumplimiento de las necesidades y expectativas del cliente. En el cual se tomara cada requisito CLIO, en donde se analiza en el alcance, recursos necesarios, tiempos y se finaliza generando acciones y	Desarrollar cambios que impactante de manera positiva son importante para el sistema de gestión de calidad de referencia y contrarreferencia, lo cual debe estar enmarcado en un proceso de planificación, encaminados al cumplimiento de los requisitos, las necesidades y las expectativas del cliente. Los cambios a desarrollar deben estar alineados con los objetivos y las estrategias de las organización por tal razón ser validado y	6

				acuerdo con los criterios; e) la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la extensión necesaria para: 1) confiar en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado; 2) demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos..	estrategias para el cumplimiento de los requisitos. Uso de equipos e instrumentos que cumplen los procedimientos. Desarrollar un plan de seguimiento para las actividades críticas. Utilizar los procedimientos y formatos para las actividades de seguimiento y para el desarrollo de planes de mejoramiento. Los cambios planificados deben ser presentados por la alta dirección y calidad para la revisión y aprobación.	aprobado por la alta dirección.	
--	--	--	--	---	---	--	--

		8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	8.2.1 Comunicación con el cliente	La comunicación con los clientes debe incluir: a) proporcionar la información relativa a los productos y servicios; b) tratar las consultas, los contratos o los pedidos, incluyendo los cambios; c) obtener la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de los clientes; d) manipular o controlar las propiedades del cliente; e) establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.	SI	Se desarrolla un brochure en donde se encuentre especificado el alcance, los objetivos, los requisitos, los servicios, horarios de atención y el procedimiento de manera resumida en donde la información coherente, precisa y oportuna. Se generará un cronograma de reuniones con los clientes externos e internos mensualmente para obtener una retroalimentación de los servicios y productos generados. Teniendo la finalidad de generar acciones de mejora.	Una comunicación continua y asertiva permite que el proceso de referencia y contrarreferencia permite identificar fortalezas para ser potencializadas y acciones de mejora que permita alcanzar los logros del sistema de gestión de calidad	5
--	--	---	-----------------------------------	---	----	---	--	---

			8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios La organización debe asegurarse de que: a) los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo: 1) cualquier requisito legal y reglamentario aplicable; 2) aquellos considerados necesarios por la organización; b) la organización puede cumplir las declaraciones de los productos y servicios que ofrece.	SI	Se describe los requisitos teniendo en cuenta los parámetros CLIO (Cliente, legal, implícitos y la organización) Los cuales deben estar inmersos en el sistema de gestión de calidad aplicado al proceso de referencia y contrarreferencia	Permite identificar y tener claridad de los requisitos que van hacer indispensable en todo los procedimiento para alcanzar los objetivos y lograr la satisfacción de los clientes.	3
			8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios 8.2.3.1 La organización debe asegurarse de que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes. La organización debe llevar a cabo una revisión antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a un cliente, para incluir: a) los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma; b) los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido;	SI	Se genera un espacio con la alta dirección y calidad antes de comprometerse a la prestación de un servicio con la finalidad de revisar y comprobar que los requisitos son claramente entendidos y que se dispone de la capacidad para cumplirlos y logrando la satisfacción de sus clientes. (Acta de desarrollo de la reunión)	Permite identificar y tener claridad de los requisitos que van hacer indispensable en todo los procedimiento para alcanzar los objetivos y lograr la satisfacción de los clientes.	3

				c) los requisitos especificados por la organización; d) los requisitos legales aplicables a los productos y servicios; e) las diferencias existentes entre los requisitos de contrato o pedido y los expresados previamente				
				8.2.3.2 La organización debe conservar la información documentada, cuando sea aplicable: a) sobre los resultados de la revisión; b) sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios	SI	Se documenta por medio de un acta la reunión con la alta dirección. Describiendo la revisión, análisis, cumplimiento y cambios en los requisitos que sean necesarios para el cumplimiento de los estándares de calidad en los productos y servicios.	La trazabilidad de la información es de importancia para la planificación y la toma de decisiones en el sistema de gestión de calidad, por ende, razón es necesarios documentar y conservar la información.	2

			8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios	La organización debe asegurarse de que, cuando se cambien los requisitos para los productos y servicios, la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas correspondientes sean conscientes de los requisitos modificados.	SI	Una vez se realizan cambios en los requisitos para el producto o servicio, se notificará a todos los procesos, así mismo todas las solicitudes o peticiones del producto o servicio. Finalmente son registradas, presentadas y archivadas en físico o en sistema de información.	La documentación de la información actualizada permite a todos los colaboradores reconocer los cambios y trabajar en los respectivos requisitos vigentes.	3
		8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	8.3.1 Generalidades	La organización debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	NO		El proceso de referencia y contrarreferencia no se dedica a diseñar nuevos servicios. La actividad consiste en ejecutar servicios ya	0

			8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo	Al determinar las etapas y controles para el diseño y desarrollo la organización debe considerar a) la naturaleza, duración y complejidad de las actividades de diseño y desarrollo; b) las etapas del proceso requeridas, incluyendo las revisiones del diseño y desarrollo aplicables; c) las actividades requeridas de verificación y validación del diseño y desarrollo; d) las responsabilidades y autoridades involucradas en el proceso de diseño y desarrollo; e) las necesidades de recursos internos y externos para el diseño y desarrollo de los productos y servicios; f) la necesidad de controlar las interfaces entre las personas implicadas en el proceso de diseño y desarrollo; g) la necesidad de la participación activa de los clientes y usuarios en el proceso de diseño y desarrollo; h) los requisitos para la posterior provisión de productos y servicios; i) el nivel de control del proceso de diseño y desarrollo esperado por los clientes y otras partes interesadas pertinentes; j) la información documentada necesaria para demostrar que se han	NO	establecidos, que en determinados casos se realiza una adaptación o adecuación de los mismos	0
--	--	--	--	---	----	---	---

				cumplido los requisitos del diseño y desarrollo.				
			8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo	La organización debe determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a diseñar y desarrollar. La organización debe considerar: a) los requisitos funcionales y de desempeño; b) la información proveniente de actividades previas de diseño y desarrollo similares; c) los requisitos legales y reglamentarios; d) normas o códigos de prácticas que la organización se ha comprometido a implementar; e) las consecuencias potenciales de fallar debido a la naturaleza de los productos y servicios;	NO			

			Las entradas deben ser adecuadas para los fines de diseño y desarrollo, estar completos y sin ambigüedades. Los conflictos entre elementos de entrada deben resolverse.	NO			
			Las entradas del diseño y desarrollo contradictorias deben resolverse.	NO			
			La organización debe conservar la información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.	NO			
		8.3.4 Controles del diseño y desarrollo	La organización debe aplicar controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurarse de que: a) se definen los resultados a lograr; b) se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos; c) se realizan actividades de verificación para asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas; d) se realizan actividades de validación para asegurarse de que los productos y servicios resultantes satisfacen los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto; e) se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados	NO			

				durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación; f) se conserva la información documentada de estas actividades.				
			8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo	La organización debe asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo: a) cumplen los requisitos de las entradas; b) son adecuados para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios; c) incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea adecuado, y a los criterios de aceptación d) especifican las características de los productos y servicios que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta.	NO			
				La organización debe conservar información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo	NO			

			8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo	La organización debe identificar, revisar y controlar los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios o posteriormente, en la medida necesaria para asegurarse de que no haya un impacto adverso en la conformidad con los requisitos. La organización debe conservar la información documentada sobre: a) los cambios del diseño y desarrollo; b) los resultados de las revisiones; c) la autorización de los cambios; d) las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.	NO			
		8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE	8.4.1 Generalidades	La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos.	SI	Se diseña un formato para evaluar la satisfacción del cliente de acuerdo a los servicios prestados	La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente sean conformes con los requisitos, por tal motivo la organización establece controles a aplicar en estos durante su adquisición.	5

			La organización debe determinar los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuando a) los productos y servicios de proveedores externos están destinados a incorporarse dentro de los propios productos y servicios de la organización; b) los productos y servicios son proporcionados directamente a los clientes por proveedores externos en nombre de la organización; c) un proceso, o una parte de un proceso, es proporcionado por un proveedor externo como resultado de una decisión de la organización.	SI	Se diseña un formato de auditoria y evaluación para los proveedores para obtener información de cumplimiento de los requisitos legales, calidad, integralidad y oportunidad en los productos y servicios	La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente sean conformes con los requisitos, por tal motivo la organización establece controles a aplicar en estos durante su adquisición.	7
			La organización debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos.	SI			
			La organización debe conservar la información documentada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones.	SI	El proceso de referencia y contrarreferencia documentara los resultados de evaluación, acta de retroalimentación y los planes	Permite generar trazabilidad de la información y brindar soporte para los seguimientos a los planes de mejoramiento derivados por las no conformidades.	4

				de mejoramiento		
	8.4.2 Tipo y alcance del control	La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes. La organización debe: a) asegurarse de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad; b) definir los controles que pretende aplicar a un proveedor externo y los que pretende aplicar a las salidas resultantes; c) tener en consideración: 1) el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables; 2) la eficacia de los controles aplicados por el proveedor externo; d) determinar la verificación, u otras actividades, necesarias para asegurarse de que los procesos,	SI	Se documentar los controles de las adquisiciones de insumos para productos y servicios han sido definidos de acuerdo a la evaluación del impacto que tienen en la calidad de los productos y/o servicios entregados a los clientes. Para garantizar la eficacia de sus controles preliminares se establecen inspecciones administrativas (personal de almacén) y técnicas (área solicitante de insumos) para asegurar calidad y cumplimiento de especificaciones en el momento de la recepción de las compras. Si las	Los resultados de los controles establecidos permite garantizar el cumplimiento de los requisitos pactados con los proveedores y a su vez generar retroalimentación para la mejora continua de los procesos de la empresa.	5

				productos y servicios suministrados externamente cumplen los requisitos.	adquisiciones no cumplen con los requisitos solicitadas estas serán devueltas al proveedor previa coordinación con los mismos. Identificar los proveedores críticos mediante un Pareto del monto de compras en el periodo elegido, y determinar esos criterios para verificar los procesos y/o servicios contratados.		
--	--	--	--	---	--	--	--

			8.4.3 Información para los proveedores externos	La organización debe asegurarse de la adecuación de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo. La organización debe comunicar a los proveedores externos sus requisitos para: a) los procesos, productos y servicios a proporcionar; b) la aprobación de: 1) productos y servicios; 2) métodos, procesos y equipo; 3) la liberación de productos y servicios; c) la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas; d) las interacciones del proveedor externo con la organización; e) el control y el seguimiento del desempeño del proveedor externo a aplicar por la organización; f) las actividades de verificación o validación que la organización, o su cliente, pretenden llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo.	SI	La organización comunica a sus proveedores externos sus requisitos previamente definidos vía correo electrónico y/o presencial de ser necesario. Esto con la finalidad de asegurar procesos, productos, servicios de calidad, competencia, interrelaciones con proveedores y actividades de validación en instalaciones de proveedores.	Los requisitos deben ser comunicados para el conocimiento de los proveedores externos para el cumplimiento de los mismos.	2
--	--	--	--	--	----	--	--	---

		8.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio	La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable: a) la disponibilidad de información documentada que defina: 1) las características de los productos a producir, los servicios a prestar, o las actividades a desempeñar; 2) los resultados a alcanzar; b) la disponibilidad y el uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados; c) la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o sus salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios; d) el uso de la infraestructura y el entorno adecuados para la operación de los procesos; e) la designación de personas competentes, incluyendo cualquier calificación requerida; f) la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados de los procesos de producción y de prestación del servicio, cuando las salidas resultantes no puedan	SI	Documentación de los servicios, especialidades y equipos tecnológicos para la prestación de los servicios de salud a los usuarios que se encuentren presentando por vía referencia. Asegurar que lo que se encuentra en portafolio de servicio y lo que se encuentre en los contratos con las EPS-S, se lleve a cabalidad, ante una eventualidad se asegurar que el servicio se continúe por proveedores externos. La revisión y la validación de la prestación de servicios, oportunidad y la satisfacción de los servicios se llevara a cabo mensualmente,	Se debe validar el cumplimiento de la promesa de venta y los requisitos pactos por las dos partes. El cual contribuya a la fidelización de los clientes y a su vez identificar las oportunidades de mejora. La organización junto con el sistema de referencia y contrarreferencia deben de disponer de proveedores y convenio con otras organizaciones para la provisión y alternativa ante alguna eventualidad en la prestación de servicio de salud ofertada en el portafolio de servicio.	7
--	--	--	--	----	---	---	---

				verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores; g) la implementación de acciones para prevenir los errores humanos; h) la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.		teniendo en cuenta información como PQRS, encuesta de satisfacción e indicadores		
			8.5.2 Identificación y trazabilidad	La organización debe utilizar los medios apropiados para identificar las salidas cuando sea necesario para asegurar la conformidad de los productos y servicios. La organización debe identificar el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio. La organización debe controlar la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito, y conservar la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad	SI	Se realizar la identificación de las salidas de todos los procesos que influyen en la calidad ofrecida en los servicios y productos de clientes por medio de fichas, auditorias, indicadores y encuesta y así mismo con sus respectivos controles. Se mantiene información documentada referente a estas salidas para mejorar trazabilidad.	El sistema debe realizar el control y la medición de las salidas, el cual se encuentre documentas para generar una trazabilidad en la información y en las oportunidades de mejora.	6

			8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos La organización debe cuidar la propiedad perteneciente a los clientes o a proveedores externos mientras esté bajo el control de la organización o esté siendo utilizado por la misma. La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación dentro de los productos y servicios. Cuando la propiedad de un cliente o de un proveedor externo se pierda, deteriore o que de algún otro modo se considere inadecuada para su uso, la organización debe informar de esto al cliente o proveedor externo y conservar la información documentada sobre lo que ha ocurrido	NO		El sistema de referencia y contrarreferencia presta servicios en relación a los servicios de salud que se encuentran ofertados en la IPS	
		8.5.4 Preservación La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos.	NO				

			8.5.5 Actividades posteriores a la entrega La organización debe cumplir los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios y al determinar el alcance la organización debe considerar: a) los requisitos legales y reglamentarios; b) las consecuencias potenciales no deseadas asociadas con sus productos y servicios; c) la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios; d) los requisitos del cliente; e) la retroalimentación del cliente;	SI	Se documenta las actividades posteriores al servicio prestado en la organización para asegurar la remisión y el estado de salud del usuario que es trasladado, teniendo en cuenta el cumplimiento de los requisitos legales, reglamentarios y los del cliente. Ante una desviación del procedimiento se documentara la oportunidad de mejora y se realiza la socialización con las partes involucradas	Permite la continuidad del servicio prestado y el cumplimiento contractual.	5
			8.5.6 Control de los cambios La organización debe revisar y controlar los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos. La organización debe conservar información documentada que describa los resultados de la revisión	SI	Procedimiento documentado en donde se encuentra establecido el proceso de cambio de personal y el entrenamiento al cargo. La organización generara comunicado	El mayor impacto del sistema de referencia y contrarreferencia es la rotación del personal, antes esta eventualidad debe existe suficiente personal capacitado. Los cambios macro de la organización que afecta el sistema de referencia y	6

			de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.		antes las EPS-S ante un cambio en la oportunidad y la disponibilidad de las especialidades ofertadas.	contrarreferencia son la disponibilidad y la oportunidad que cuenta las especialidades, el cual debe estar documentado y actualizado mensualmente, el cual no permite generar reproceso.	
	8.6 LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS		La organización debe implementar las disposiciones planificadas, en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios. La liberación de los productos y servicios al cliente no debe llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, a menos que sea aprobado de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente. La organización debe conservar la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. Esta debe incluir: a) evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación; b) trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.	SI	Documentación en el procedimiento de referencia y contrarreferencia que todas disposiciones finales debe estar alineadas y cumpliendo con la planificación del servicio o la atención integral del usuario. (capacidad instalada, disponibilidad, infraestructura, disponibilidad del talento humano, contrato activo)	Permite asegurar que el servicio que se va a prestar en la organización cuente con todo lo necesario, cumpliendo con la planificación del servicio de un modo individualizado.	7

V 9 EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	9.1.1 Generalidades	La organización debe determinar: a) qué necesita seguimiento y medición b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos; c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición; d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición. La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad. La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados.	SI	El sistema de referencia y contrarreferencia determina que la medición que se debe realizar es: 1. Oportunidad en la respuesta de los casos reportado por las EPS 2. Porcentaje de aceptación de referencia según lo comentado por las EPS-S de convenio 3. Porcentaje de ingreso efectivo según lo aceptado por vía referencia y contrarreferencia 4. Porcentaje de ocupación de camas hospitalarias. 5. Grado de satisfacción de los clientes estratégicos.	Permite obtener un resultado objetivo para determinar las oportunidades de mejora y las fortalezas que se debe realizar en el sistema de referencia y contrarreferencia. Desarrolla fidelización de los clientes y aporta al posicionamiento de marca por una excelente experiencia durante el acceso hospitalario o egreso del mismo	6
		9.1.2 Satisfacción del cliente	La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.	SI	Se realiza cronograma de reuniones periódicas con las EPS-S de convenio con el objetivo de socializar resultados, avances al interior de la	Identificar opciones, percepciones y experiencias frente al sistema de referencia con cada uno de los clientes permite aportar en el mejoramiento continuo y desarrollar una fidelización con clientes estratégicos.	5

					organización, conocer la percepción a las actividades que se llevan a cabo en el periodo evaluado y finalmente generar acciones de mejora en conjunto.			
			9.1.3 Análisis y evaluación	La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición. Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar: a) la conformidad de los productos y servicios; b) el grado de satisfacción del cliente; c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad; d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz; e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades; f) el desempeño de los proveedores externos; g) la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.	SI	El sistema de referencia y contrarreferencia analiza y evalúa los datos y la información apropiados que surgen por seguimiento, la medición PQRS y resultados de auditoría. El cual se documentara en tablero de control del sistema. Estos resultados se usan para evaluar la conformidad del servicios, el grado de satisfacción del cliente, el desempeño y la eficacia del sistema, si lo	Permite obtener un resultado objetivo para determinar las oportunidades de mejora y las fortalezas que se debe realizar en el sistema de referencia y contrarreferencia. Desarrolla fidelización de los clientes y aporta al posicionamiento de marca por una excelente experiencia durante el acceso hospitalario o egreso del mismo	

						planificado se ha implementado de forma eficaz, la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades		
		9.2 AUDITORIA INTERNA		9.2.1 La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la calidad: a) es conforme con 1. Los requisitos propios de la organización para su SGC 2. Los requisitos de la Norma internacional b) si se implementa y mantiene eficazmente.	SI	Se genera un plan de auditoria; documentación con el alcance, objetivos, cronograma y criterios a tener en cuenta en el proceso de auditoría interna	Evalúa la integralidad del sistema y el cumplimiento de los requisitos que aplica en el sistema y la eficacia del mismo, permite identificar oportunidades y fortalezas que se lleven a cabo para el mejoramiento continuo.	8

			9.2.2 La organización debe: a) planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas; b) definir los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría; c) seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría; d) asegurarse de que los resultados de las auditorías se informan a la dirección pertinente; e) realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada; f) conservar la información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados de la auditoría.	SI	Se documenta cronograma de Auditorías que incluye la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que tienen en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas. Define del mismo modo criterios de auditoría, selección de auditores, información de los resultados, realización de acciones correctivas y conservación de información documentada como evidencia	La planeación de la auditoría interna permite organizar de una manera integral todo el proceso que se llevara a cabo bajo un cronograma, en el cual se define el alcance, los responsables y las intervenciones de acuerdo a los objetivos y los criterios previamente definidos en el proceso.	7
--	--	--	---	----	--	--	---

		9.3 REVISION POR LA DIRECCION	9.3.1 Generalidades La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su idoneidad, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización.	SI	La Alta Dirección revisa y evalúa el sistema de referencia y contrarreferencia a intervalos planificados de acuerdo a lo establecido en el procedimiento de Revisión por la Dirección, donde se asegura su conveniencia, eficiencia, adecuación, eficacia de acuerdo con las estrategias de la organización	Permite conocer el concepto, la aprobación, sugerencia y recomendaciones de la alta dirección de acuerdo a lo esperado del sistema de referencia y contrarreferencia	3
--	--	-------------------------------	--	----	--	---	---

			La revisión por la dirección debe planificarse y llevarse a cabo incluyendo consideraciones sobre: a) el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas; b) los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad c) la información sobre el desempeño y la eficacia del SGC incluidas las tendencias relativas a: 1. la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes 2. El grado en que se han logrado los objetivos de calidad 3. El desempeño del proceso y la conformidad de los productos y servicios. 4. las no conformidades y acciones correctivas 5. Los resultados de seguimiento y medición 6. Los resultados de las auditorías 7. El desempeño de los proveedores externos d) la adecuación de los recursos; e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades (véase 6.1); f) oportunidades de mejora.	SI	Se documentara de acuerdo a un informe de gestión mensual a la alta dirección en donde se encuentre los resultados evidenciados en tablero de control del sistema de referencia y contrarreferencia, resultados de auditoria, salidas no conformes, los cambios en las cuestiones externas e internas pertinentes del sistema, resultados de la satisfacción del cliente externo y la retroalimentación de las partes interesadas, resultados de los seguimientos, acciones correctivas y planes de mejoramiento	Generar una inclusión, participación y liderazgo de la alta dirección frente al sistema de referencia y contrarreferencia, el cual permite conocer las observaciones, sugerencias y recomendaciones frente a las entradas y resultados del sistema.	8
--	--	--	---	----	---	--	---

			9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección	Las salidas de la revisión por la dirección deben incluir las decisiones y acciones relacionadas con: a) las oportunidades de mejora; b) cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad; c) las necesidades de recursos. La organización debe conservar información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección.	SI	Las Salidas consecuencia de la revisión por la Dirección son registradas en el Acta de Reunión de Alta Dirección, en donde se encuentre identificadas y registradas las oportunidades de mejora, necesidades de cambios y recursos. El acta debe ser firmada por todos los asistentes.	Permite identificar fortalezas, oportunidades de mejora y riesgos con visión y perspectiva de la alta dirección	3
A	10. MEJORA	10.1 GENERALIDADES		La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. Estas deben incluir: a) mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como tratar las necesidades y expectativas futuras; b) corregir, prevenir o reducir los efectos indeseados; c) mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.	SI	El sistema de referencia y contrarreferencia determina y selecciona las oportunidades de mejora de acuerdo a los resultados obtenidos por las medición de indicadores, resultado de la auditorias, PQRS y resultados de las satisfacción de los clientes estratégicos	Permite mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de referencia y contrarreferencia, desarrollando un mejoramiento continuo para el cumplimiento de los objetivos del sistema y objetivos estratégicos de las organizaciones.	4

		10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA	10.2.1 Cuando ocurra no conformidad incluida cualquiera originada por quejas la organización debe: a) reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable: 1) tomar acciones para controlarla y corregirla; 2) hacer frente a las consecuencias; b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante: 1) la revisión y el análisis de la no conformidad; 2) la determinación de las causas de la no conformidad; 3) la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente podrían ocurrir; c) implementar cualquier acción necesaria; d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada; e) si es necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación; f) si es necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la calidad. Las acciones correctivas deben ser adecuadas a los efectos de las no	SI	Se documentara en el formato de plan de mejoramiento y acciones correctivas, las acciones pertinentes de acuerdo a los resultados de no conformidad, el cual se debe realizar análisis, identificación de causas, relación de no conformidades existentes o potenciales, evaluar la eficacia y analizar los riesgos y oportunidades para determinar si es necesario la actualización.	El tratamiento o el manejo de una no conformidad debe darse como lo describe el numeral 10.2.1, un manejo integral permite lograr eliminar y brindar un manejo adecuado	3
--	--	---	---	----	--	--	---

				conformidades encontradas.				
				10.2.2 La organización debe conservar información documentada, como evidencia de: a) la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente; b) los resultados de cualquier acción correctiva.	SI	El sistema de referencia y contrarreferencia conserva información documentada acerca de las no conformidades encontradas como evidencia de su naturaleza, acciones tomadas y resultados de las mismas.	Permite generar trazabilidad de la información y brindar soporte para los seguimientos a los planes de mejoramiento derivados por las no conformidades.	3

		10.3 MEJORA CONTINUA		La organización debe mejorar continuamente la idoneidad, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad. La organización debe considerar los resultados del análisis y la evaluación, y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben tratarse como parte de la mejora continua.	SI	El sistema de referencia y contrarreferencia mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia de su SGC, considerando los resultados del análisis, evaluación y las salidas de la revisión por la dirección. Esto sirve para determinar si hay necesidades y oportunidades que deben de considerarse como parte de la mejor.	3
--	--	----------------------	--	--	----	--	---

Anexo 3

Plan Operativo del Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Consecutivo	Objetivo Organizacional propuestos	Estrategias	Plan de Acción	Tiempo	SEGUIMIENTO			
					I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM
1	Generar integralidad de los procesos asistenciales que permitan la autosostenibilidad financiera	Desarrollar estrategias y acciones para la continuidad del servicio.	P: Identificar los temas transversales y puntos críticos en el proceso de referencia y contrarreferencia	17/02/2019	30/03/2019			
			H: Generar acciones e intervenciones antes los puntos críticos identificados	28/02/2019		25/04/2019		
			V: Evaluar y analizar el número de solicitudes rechazadas por mal ordenamiento	03/03/2019		30/03/2019	30/07/2019	30/11/2019
			A: identificar oportunidades de mejora	20/03/2019		20/05/2019	20/08/2019	
2		Abordar de forma integral las desviaciones del sistema	P: Definir los temas, los cargos estratégicos y el cronograma para las reuniones	02-02-2018	15/03/2019			
			H: Reportar las desviaciones que generen barreras en la operatividad e impacten en la producción hospitalaria	16/02/2019	30/03/2019			

			V: Evaluar tareas asignadas y seguimiento de los acuerdos a realizar	15/02/2019	30/03/2019			
			A: Generar oportunidades de mejora	25/02/2019		05/05/2019		
3	Crear un entorno seguro en la atención de servicio de salud	Generar un sistema de control e inspección al sistema	P: Establecer los atributos y objetivos a desarrollar en las auditorías.	04/02/2019		20/04/2019		
			H: Desarrollar lista de chequeo, instructivo y periodicidad de la aplicación	04/02/2019		02/05/2019		
			V: aplicar y analizar de los resultados en la metodología de aplicación	10/03/2019		02/06/2019		
			A: Formular las oportunidades de mejora	15/02/2019			04/07/2019	
4		Generar un sistema de gestión de alta calidad en la prestación de servicios	P: Identificar los criterios, requisitos y numerales de la norma ISO 9001/2015 que deben ser tenidos en cuenta para el ajuste del procedimiento.	20/04/2019		30/04/2019		
	Implementar y mantener un		H: Documentar y aplicar en el procedimiento	30/04/2019		15/05/2019		

	Sistema Integrado de Gestión de Calidad, basado en una transformación cultural, que oriente a la institución a la obtención de altos estándares de calidad, al reconocimiento en el medio, a la satisfacción y fidelización de sus clientes.		to los ajuste identificado s en la fase de planeación					
			H: Socializar el procedimiento con los ajustes que se llevaron a cabo	07/05/2019			07/06/2019	
			V: Evaluar adherencia al procedimiento	30/05/2019			07/07/2019	
			V: Evaluar y analizar el número de usuarios aceptados por vía referencia	30/06/2019			15/08/2019	
			A: Retroalimentar a los involucrados	06/07/2018				11/11/2019
5		Asegurar la continuidad del sistema y los procesos	P. Definir e identificar el proceso y la relación que presente con los objetivos y políticas institucionales.	17/07/2019			30/07/2019	

		transversales	H: Revisar y ajustar caracterización del proceso. H: Identificar los stakeholders del proceso. H: Revisar y documentar los procedimientos del proceso H: Revisar y ajustar los perfiles de cargo del proceso H: Establecer los Acuerdos de Nivel de Servicio y Acuerdos de Nivel Operacional del proceso. H: Socializar la actualización realizada al proceso de acuerdo a lo establecido por el plan de divulgación institucional.	20/07/2019			15/08/2019	
			V: Realizar seguimiento a la adherencia del proceso actualizado	19/09/2019			30/09/2019	
			A: Tomar acciones de mejora producto de la implementación del proceso	19/10/2019				15/11/2019

6	Generar excelencia operacion al a través de un modelo de gestión por competencias y la gestión del conocimiento, que con lleven al desarrollo integral de las personas y la productividad de la empresa.	Asegurar un talento humano competitivo e idóneo para el sistema	P: Diseñar los criterios para el perfil de cargo.	20/04/2019		30/05/2019		
			H: Aplicar los criterios al personal de referencia y contrarreferencia	01/05/2019		30/05/2019		
			V: Evaluar y analizar los resultados obtenido en la aplicación de los criterios	16/05/2019		30/05/2019		
			A: Retroalimentación	01/06/2019		15/06/2019		
7	Crear un entorno seguro en la atención de servicio de salud	Gestión y administración integral del riesgo	P: Identificar los riesgos del proceso	21/01/2019	27/01/2019			
			Clasificar y priorizar los riesgos de acuerdo a la matriz de riesgos de calidad	27/01/2019	28/02/2019			
			Generar los controles y documentación para cada uno de los riesgos identificados	16/02/2019	28/02/2019			
			H: Realizar despliegue de las medidas de control instaurando para evitar la materialización de los riesgos	02/03/2019	30/03/2019			
			V: Realizar análisis y seguimiento de los	01/04/2019		05/05/2019		

			riesgo presentados					
			A: Desarrollar acciones de mejora de acuerdo a las alertas generadas en el seguimiento s y a los riesgos materializados	18/04/2019		05/05/2019		
			V: Realizar seguimiento a la adherencia del proceso actualizado	19/09/2019			30/09/2019	
			A: Tomar acciones de mejora producto de la implementación del proceso	19/10/2019				15/11/2019

