

**Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud
en Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S**

Nelvis Yudian Guerra Vangrieken

Norma Yasmid Suarez Garcia

Trabajo de Grado Para Optar al Título de Especialista en Auditoria en Salud.

Fundación Universitaria del Área Andina

2021

Dedicatoria

En primer lugar, agradecemos a Dios por darnos la sabiduría suficiente para lograr este nuevo objetivo a nivel profesional, y creemos firmemente que todo en la vida se puede lograr. Agradecemos a nuestra familia, que es el pilar básico para mejorar la humanidad y hacer aportes para la superación de la educación. Para construir una sociedad mejor y convertirnos en un apoyo incondicional al creer que la paciencia y la motivación para seguir adelante, expresamos nuestro agradecimiento a nuestros compañeros de equipo porque cada uno de ellos ha contribuido a nuestro proceso de formación y ellos compartieron desinteresadamente sus conocimientos. También me gustaría agradecer a quienes han aportado todo su conocimiento y me dejaron dar un paso más para aprender de los profesores. Gracias a todos.

Tabla de contenido

Contenido

Introducción	8
Planteamiento del problema.....	9
Descripción del problema.....	9
Formulación del problema	12
Justificación	13
Objetivos	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
Marco Conceptual.....	17
Marco de antecedents.....	17
Marco de Institucional.....	22
Marco Referencial.....	23
Atención de salud.....	23
Calidad de la atención en salud:.....	23
Nivel profesional óptimo:	24
Mejora continua de la calidad:	24
Planear (P):.....	25
Hacer (H):	25

Verificar (V):	26
Actuar (A):	26
Atención centrada en el cliente:	26
Seguridad del paciente:	27
Glosario.....	28
Marco Normativo.....	32
Metodología	34
Tipo de Estudio.	34
Recolección, procesamiento y análisis de la información	34
Consideraciones éticas	37
Resultados	39
Conclusiones	63
Recomendación.....	65
Referencias bibliográficas.....	67

Lista de Figuras

Figura 1 Mapa de Riohacha – La Guajira Ubicación de EÉINALII EPII SÜPULA ANAA IPS. S.A.S.	22
Figura 2 Ciclo PHVA: Modelo de auditoría para la mejora de la calidad de la atención en salud basado en este método básico de gestión.....	25
Figura 3 Calificación Global por subgrupos de estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.	45
Figura 4 Calificación general por grupos de estándares de la sección de estándares de Apoyo Administrativo - Gerencial, Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.....	59
Figura 5 Calificación general del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad, Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.	62
Figura 6 Calificación general por cada grupo de estándares, Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. SAS, en 2021.....	62

Lista de Tablas

Tabla 1 Marco Normativo.....	32
Tabla 2 Calificación de Estándares Asistenciales Del Proceso De Atención Al Cliente Asistencial, Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.....	40
Tabla 3 Muestra las principales oportunidades de mejora de los entandares de servicio al Cliente en asistencia, de acuerdo a su criticidad. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.....	44
Tabla 4 Calificación de los Estándares de Apoyo de Gerencia, grupo de estándares de direccionamiento. EÉINALII EPII SÜPULA ANAA IPS. S.A.S, 2021.....	47
Tabla 5 Priorización de oportunidades de mejora de la sección de Estándares Gerencia, grupo de estándares de direccionamiento. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.....	48
Tabla 6 Calificación de la sección de Estándares de Soporte Administrativo-Gerencial, grupo estándares de Gerencia. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.....	49
Tabla 7 Priorización de oportunidades de mejora de la sección de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.....	50
Tabla 8 Calificación en la sección de Estándares de Soporte Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia del recurso humano. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.....	51
Tabla 9 Priorización de oportunidades de mejora de la sección de Estándares de Soporte Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia del recurso humano Eéinalii Epii Süpula Anaa Ips. S.A.S, 2021.....	52
Tabla 10 Calificación de la sección de Estándares de Soporte Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia en ambiente físico. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.....	53

Tabla 11 Priorización de oportunidades de mejora de la sección de Estándares de Soporte Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia del ambiente físico. Eéinalii Epii Súpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.....	54
Tabla 12 Calificación de la sección de Estándares de Soporte Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gestión en tecnología. Eéinalii Epii Súpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.	55
Tabla 13 Priorización de oportunidades de mejora de la sección de Tecnología, grupo de estándares de Eéinalii Epii Súpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.	56
Tabla 14 Calificación de la sección de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia de la información. Eéinalii Epii Súpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.....	56
Tabla 15 Priorización de oportunidades de mejora de la sección de Estándares de Soporte Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia de la información. Eéinalii Epii Súpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.....	58
Tabla 16 Calificación del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad, EÉINALII Epii Súpula Anaa Ips. S.A.S, 2021.....	60
Tabla 17 Priorización de las oportunidades de mejora del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad, Eéinalii Epii Súpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.....	61

Introducción

La auditoría es un mecanismo para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad, lo que significa una evaluación continua de los estándares de calidad y el desarrollo de resultados centrados en el cliente. El sistema de auditoría y aseguramiento de la calidad está específicamente dirigido a la atención de la salud, que se define como el “conjunto de servicios que se brindan a los usuarios en el marco de los procesos, actividades, procedimientos e intervenciones de aseguramiento” para toda la población en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y asistencia".

Las auditorías de mejora continua en la calidad contienen un conjunto de principios que deberían hacer que la organización piense más allá del alcance de la evaluación de la calidad o establecer criterios o protocolos de seguimiento para la supervisión y la mejorar continuidad de la calidad esta debe ser vista como un proceso de autocontrol, dirigido a los clientes y sus necesidades, involucrándolos en sus actividades, e incluyendo la identificación permanente de las áreas que son fáciles de mejorar en el proceso, por lo que los ajustes son necesarios y superan las expectativas de los clientes ya mencionados. , El foco está en el análisis de los resultados (estándares) de los procesos principales de la empresa y el aprendizaje como está organizada obtenido así las oportunidades de mejora identificadas.

Finalmente, es importante aclarar que las auditorías para mejorar la calidad de la atención en salud deben estar dirigidas a diferentes participantes del sistema con el fin de implementar estos procesos y promover la herramienta de gestión para incidir en el mejor desempeño del sistema, y en términos de salud de la población.

Planteamiento del problema

Descripción del problema

La seguridad del paciente es un grave problema de salud pública a nivel mundial, cada país en la historia ha buscado la mejora continua en todos los procesos de las instituciones médicas, por eso cada país tiene leyes diferentes y estos estándares se basan en auditorías de las condiciones de salud. Buscar la mejora del servicio. OES (Organización para la Excelencia en la Salud) significa que las auditorías de salud conservan el espíritu de mejora continua de la calidad que se ha expresado en la certificación, y representan gráficamente la relación entre auditoría y certificación, que es el objetivo que deben perseguir. Todos los servicios de salud.

La auditoría se aplicó a la Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S porque no tenía un plan de vigilancia para corregir su proceso con cada hallazgo esto debe considerarse como un ciclo de aseguramiento y mejora continua de la calidad. Este ciclo continuo pasa por las siguientes etapas: identificación del tema a revisar, establecimiento de estándares, medición de la calidad y verificación de resultados frente a estándares establecidos, decisión de estrategias de cambio, implementación de cambios necesarios y seguimiento de cambios en la efectividad del producto frente a estándares. Tratar la auditoría como un acto de supervisión es una visión simplificada del proceso y se ve como una intervención, se encuentra el problema sin actuar para conducir a una mejora en la calidad de la atención y el empleo de los recursos.

Desafortunadamente, en la actualidad, el sistema de salud no busca constantemente mejorar su demografía, distorsionando el objetivo de brindar servicios de calidad a los pacientes e implementando procedimientos que aseguren los mejores resultados para los pacientes, las familias y las comunidades, y eviten que las personas se vayan. Instituciones médicas. La

auditoría es un requisito operativo, no una herramienta para la mejora de la calidad, debe ser auditada mediante una evaluación sistemática y continua.

Si bien en Colombia se ha establecido un sistema de aseguramiento obligatorio de la calidad, que tiene como objetivo brindar servicios de salud a usuarios individuales y colectivos de manera accesible y justa, aún existen una gran cantidad de entidades que no brindan servicios con el mejor nivel profesional. Cuando se trata del equilibrio entre beneficios, riesgos y costos, lo peor es que aún no pueden lograr la persistencia y satisfacción del usuario. Además, SOGC (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad) también facilita el proceso de implementación, auditoría, certificación y sistemas de información de calidad de la salud. Lo único que tienen la mayoría de las organizaciones es la autorización funcional y la auditoría, que son requisitos escritos y dejan de lado la predicción de un servicio perfecto.

Las entidades de salud siempre están en riesgo de lesionarse por incidentes o eventos adversos, por lo que la imagen de los profesionales y equipos de trabajo de la salud en toda la organización es muy pobre, la seguridad de todo el personal de la organización ignorante se ha convertido en un pilar básico. Ante la necesidad de monitorear continuamente cada proceso realizado, existe la necesidad de auditar su organización. El nombre de auditoría en inglés significa verificar con una metodología estandarizada, verificar el proceso y aplicar el estándar, y mejorar continuamente y de manera oportuna, Orientado a la decisión correcta.

Los eventos desfavorables están relacionados con muchos factores, como la práctica clínica, los productos y todos los procedimientos. Mejorar la seguridad del paciente requiere de mucho cuidado, vigilancia y dedicación para reducir los riesgos ambientales y controlar las infecciones; uso seguro de los medicamentos y seguridad del personal asistencial en la práctica clínica.

La seguridad del paciente es el principio básico del cuidado de la salud. Existe un cierto grado de peligro en cada paso del proceso de enfermería, pero aquí todo debe ser controlado, verificado y evaluado para descubrir las fallas que nos ayudan a implementar la barrera de seguridad, que ayudará al mayor Minimizar la ocurrencia de incidentes o eventos adversos. Con todo, es importante destacar que Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, una empresa nueva en el mercado regional, está comprometida con desarrollar e implementar lineamientos para mejorar continuamente la calidad en cada proceso.

Por tanto, como procedimiento en el proceso médico a nivel privado, es necesario comprender los aspectos más relevantes que realmente intervienen en la auditoría salud, permitiendo así la generación de habilidades encaminadas a identificar oportunidades de mejora continua.

Instituciones y profesionales. Todo esto se reflejará en una mayor satisfacción del usuario, menores costos de atención médica, beneficio mutuo con los pagadores y proveedores, mayores oportunidades de atención y oportunidades de atención, minimizando la ocurrencia de eventos adversos y uso racional de los recursos del sistema de atención médica que esto sea financieramente sostenible.

Finalmente, si las actividades de auditoría no se transforman en intervenciones para mejorar la calidad de los servicios de salud de Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, la auditoría solo desperdiciará tiempo, dinero y energía. Todas las personas involucradas en el proceso, incluidos los procedimientos que benefician a los pacientes, perderán tiempo, dinero y energía.

Formulación del problema

¿Cómo diseñar un programa de auditoria para mejorar la calidad en salud (PAMEC), para el cumplimiento de la normatividad vigente en salud, de la IPS Eéinalii Epii Süpula Anaa en la ciudad de Riohacha, durante el segundo semestre de 2021?

Justificación

El propósito de implementar PAMEC a Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS radica en muchos aspectos. El primero es poder comprender el proceso en la organización, y poder considerar la importancia de la situación y el proceso en aspectos cualitativos y cuantitativos. Nótese que todo tipo de estándares administrativos y de salud deben ser evaluados, Para implementar claramente el plan de mejora; en segundo lugar, para cumplir con las leyes y regulaciones sanitarias vigentes en nuestro país Colombia; en tercer lugar, y quizás lo más importante, para poder brindar servicios seguros y de alta calidad a todos los usuarios. Por eso la auditoría de salud y sistemas de certificación son únicos.

En el contexto del concepto actual de calidad de los servicios de salud, es importante considerar el verdadero significado de las auditorías en el proceso de prestación de servicios de salud como un elemento de evaluación de todos los actores involucrados en Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. Todo este apoyo proporcionado en el informe de auditoría debe producir una evaluación ya que por primera vez se estaría ejecutando una auditoría en la IPS con el fin de avanzar a la excelencia y a una calidad

Decisiones de gestión, administración y enfermería etc: estas decisiones contemplan diversos cambios para mejorar continuamente el bienestar de todas las personas en el sistema de salud actual.

Es necesario definir las auditorías desde una perspectiva integral e implementarla por primera vez en Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS, que incluya la calidad del servicio, las oportunidades, las visitas y los términos amigables para el usuario. De manera similar, al entender la auditoría de salud como una herramienta que puede identificar defectos en la prestación del servicio, se puede reducir el impacto en los usuarios, porque la falla se puede

resolver identificando la falla en el proceso. Conducir a la mejora continua, y, por tanto, mejorar la calidad del proceso o servicio.

Todas las actividades profesionales de alto riesgo, como la aviación o las centrales nucleares, tienen un historial de seguridad mucho mejor que los servicios médicos. La probabilidad de que un pasajero sufra algún tipo de daño en el avión es de 1 de cada 1.000.000 de pasajeros, pero desde el punto de vista de la salud, la probabilidad de que un paciente sufra algún tipo de daño debido a la atención médica es de 1 de cada 300 pacientes. Esto hace que el proceso de revisión en todas las instituciones médicas como estrategia básica para su normal funcionamiento es fundamental. (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Teniendo en cuenta lo anterior es importante resaltar que estadísticamente uno de cada 10 pacientes puede sufrir algún tipo de daño en el hospital, cifras alarmantes para un sistema de salud, el daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos, un punto crucial para resaltar la importancia de la auditoría son las infecciones hospitalarias que afectan a 14 de cada 100 pacientes ingresados, de cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, siete en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud, la frecuencia de infecciones puede reducirse en más de un 50% con la adopción de medidas sencillas y de bajo costo para la prevención y el control de infecciones. (Rodríguez, Barahona, & De Moya, 2019)

Además, los sistemas de información de calidad y los indicadores de seguimiento de la calidad en salud son las herramientas básicas de Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS, porque son herramientas que ayudan a determinar el estado de la organización y verificar su ejecución. Implementar procesos, mejorar planes y realizar una evaluación impecable de la calidad de la prestación de servicios de la organización.

Entre el 20% y el 40% de todo el gasto en salud se despilfarra a causa de una atención de calidad deficiente, Los estudios sobre seguridad muestran que en algunos países se pierden hasta US\$ 19.000 millones por año a causa de la prolongación de la estancia en el hospital, los litigios, las infecciones intrahospitalarias, la discapacidad, la pérdida de productividad y los gastos médicos. Así pues, las razones económicas para mejorar la seguridad del paciente son poderosas. (OMS, 2014)

En definitiva, comprender los aspectos más relevantes de Eéinalii Epii Súpula Anaa IPS que implican las auditorías de salud permitirá desarrollar estrategias encaminadas a identificar oportunidades de mejora continua dentro de la organización. Esto conducirá a la satisfacción del usuario, mayores derechos de acceso y servicio al cliente.

Oportuno y minimizar la ocurrencia de eventos adversos y uso racional de los recursos del sistema de salud para posibilitar el desarrollo sostenible. De acuerdo con todos los principios que rigen el sistema de seguridad social son aplicables y comprendidos por la gente.

Objetivos

Objetivo general

Elaborar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud (PAMEC), para el cumplimiento de la normatividad vigente en salud, de la IPS Eéinalii Epii Súpula Anaa en la ciudad de Riohacha, durante el segundo semestre de 2021.

Objetivos específicos

- Desarrollar una autoevaluación cualitativa y cuantitativa guiada por la resolución 5095 de 2018 y la hoja radar establecidos por el ministerio de salud y protección social.
- Priorizar los estándares de acreditación de acuerdo a los resultados obtenidos conservando la metodología establecida por el ministerio de salud y protección social.
- Elaborar un plan de mejoramiento con los estándares priorizados, y herramientas de trabajo.

Marco Conceptual

PAMEC es un plan integral, cuyo propósito no es solo mejorar la atención al paciente, sino también mejorar continuamente la calidad en todos los aspectos de organización, liderazgo, gestión, talentos, entorno físico, tecnología, información, etc .; hay varios tipos de personas de PAMEC para lograr Los beneficios de la implementación e implementación son inicialmente los usuarios, porque son la razón de ser de la organización, y por eso buscan la mejora continua para minimizar los riesgos o situaciones peligrosas que puedan encontrar. En segundo lugar, las personas que trabajan en la organización mejoran el clima laboral. Y claramente definidas las responsabilidades; tercero, la alta dirección, porque puede tomar decisiones y realizar cambios importantes para la durabilidad de la empresa en el mercado.

Marco de antecedentes.

El concepto de calidad se viene desarrollando desde hace muchos años, pero el concepto de calidad siempre ha existido en la humanidad, pero hoy en día no se conoce y no se utilizan métodos y herramientas disponibles para evaluarlo; la calidad se basa en el acuerdo establecido en las transacciones comerciales en el siglo XVIII, cuando fue adoptado. Los matices de la forma tal como la conocemos hoy, especialmente con la prosperidad del comercio y los bienes producidos en masa. Durante la revolución industrial. (Lanza, 2009-2010)

Para el experto en control de calidad Kaoru Ishikawa, su contribución es implementar un sistema de calidad adecuado al valor de proceso de la empresa, su sistema de calidad es muy completo e integra los dos procesos básicos de gestión y evolución. Para Ishikawa, el control de calidad incluye el desarrollo, el diseño, la producción meticulosa y el mantenimiento de los

productos más económicos, prácticos y de alta calidad que satisfagan las necesidades de los consumidores. (wikipedia.org, 2021)

El concepto se basa en el control de calidad. La contribución más importante de Ishikawa es la creación de un diagrama de causa y efecto, o columna de Ishikawa, que se utiliza ampliamente en el análisis de eventos adversos y condiciones de salud. También señala herramientas básicas para la prevención de enfermedades. Proceso, tabla de control, histograma, análisis de Pareto, análisis de causalidad o gráfico de Ishikawa, gráfico de dispersión, gráfico de control y análisis jerárquico como se describe a continuación para la gestión de la calidad. (Romero Bermúdez & Díaz Camacho, 2010)

Terminando el Siglo XIX en los Estados Unidos, Frederick Taylor eliminó la responsabilidad de velar por la calidad de los productos que estaban delegada a los obreros y bajo vigilancia por los capataces, la colocó en manos de los ing. industriales, quienes en ese momento estaban más calificados para desarrollar este tipo de actividades, al inicio del siglo XX ya se poseían tecnología lo que lograba un abaratamiento de costos de producción, En este siglo cuando Henry Ford introdujo en la producción de la Ford Motor Company la línea de ensamblaje en movimiento, es así como hasta mediados del siglo pasado la calidad era un tema notablemente industrial. (Mayol Marcó, 2013)

Inicialmente, las auditorías de salud solo se enfocaban en aspectos administrativos, y básicamente se enfocaban en temas de autorización y facturación de servicios. Casi no había contenido para mejorar la calidad de la atención de salud. Las auditorías de salud en los siglos XI y XIX se limitaron simplemente a brindar información como el nacimiento, estadísticas como muerte, pero como no hay decisiones sobre la información obtenida, no tiene efecto. (La OPS y el Estado colombiano, 1902-2002)

Con el siglo XX ya se integra el termino de CALIDAD DE ATENCION MEDICA y con esto se crean entidades encargadas de controlar, vigilar la calidad, siendo así la auditoria en salud quien se encarga de esto, Según la historia la auditoria nació en los hospitales de los estados unidos en el siglo XX donde se logra un perfeccionamiento inicialmente en las historias clínicas y su primer nombre fue MEDICAL AUDIT en el que su intención era que el paciente recibiera la mejor atención medica posible con calidad, luego evoluciono a CLINICAL AUDIT. (Héctor Robledo-Galván, 2012)

Considerando el posicionamiento de los temas de calidad en el siglo XX, la atención médica que se prestó en Colombia y en muchos otros países se comenzaron a cautivar por este tema porque es un requisito básico para la supervivencia económica, la responsabilidad social y la integridad moral de Avedis. Donabedian definió la calidad como: “en consideración Después de alcanzar el equilibrio entre las ganancias y pérdidas esperadas, considere todas las partes del proceso de enfermería para maximizar el bienestar del paciente “ (Conexionesan, 2016)

El tipo de atención que optimiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias que se esperan, contemplando el plan de atención en todas sus partes” la cual se cimienta en dos conceptos el primero es que la calidad de la asistencia puede calcularse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se determine éste.

Gracias al trabajo de Donabedian, el sistema de salud se ha convertido en un campo de investigación y una etapa de acción apasionante, Donabedian ha enfatizado la calidad de la atención de temas específicos en su contribución al sentido común del sistema de salud.

Los tres elementos básicos de la calidad sanitaria definidos por Donabedian son tres estructuras, procesos y resultados. A través de la estructura, significa desde la propia

organización hasta los recursos que posee (humanos, materiales y financieros). A través del proceso, entendemos la serie de actividades realizadas por y para el paciente, y la respuesta del paciente a estas actividades. A través de los resultados, puede conocer los logros en términos de nivel de salud, calidad de vida, conocimientos adquiridos del paciente o población y satisfacción con la atención recibida.

Partiendo de este análisis, muchos autores proponen las dimensiones que abarcan la calidad, el saber, eficacia, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad y competencia profesional. Disminuyendo el riesgo y crear setos de seguridad para reducir la ocurrencia de incidentes y eventos desfavorables en el proceso de atención, para brindar a los pacientes una atención sin ser colocados en riesgos.

Desde 1991, la "Constitución Nacional" de Colombia habla de los derechos fundamentales a la vida y la salud, y no ha incluido precisamente la calidad en su definición, sin embargo, en materia de salud, todos los procesos relacionados con la atención de la salud han restringido el impacto en la salud. Demanda. Calidad, y luego se promulgó la Ley No. 100 en 1993. Mediante esta ley se estableció un sistema integral de seguridad social para maximizar la mejora de la calidad de vida en la población mediante las entidades de los servicios de salud de acuerdo a las necesidades y requerimientos que la población necesitaba.

Ocho años después, de acuerdo con la Ley No. 715 de 2001, el reglamento estipulaba la calidad de los servicios médicos prestados, y estipulaba que, en el primer año de la ley, el sistema unificado de salud, las instituciones proveedoras de salud, las entidades de promoción de la salud y otros La calidad de las instituciones que administran los recursos del sistema total de salud y seguridad social y el sistema de certificación único. (LEY 715 DE DICIEMBRE 21 DE 2001, 2001)

Al pasar cinco años se generará el primer documento en el año 2006 y salió el DECRETO 1011 por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, en este mismo año salió la Resolución 1043 de 2006 por medio de la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención. En este mismo año la resolución 1445 de 2006 define las funciones de la Entidad Acreditadora y define los manuales de estándares del sistema único de acreditación. (MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, 2006)

Esto fue crucial en el año 2006 por que se mejoran todos los procesos de auditoría y calidad de las entidades de salud, con esto se suma en el mismo año la resolución 1446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

El año 2012 se genera la Resolución 0123 con el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, pasado dos años la Resolución 2003 de 2014 Por medio de la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y finalmente en el año 2016 con la Resolución 0256 por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

En el año 2018 del 19 de noviembre salió la resolución 5095 de 2018 “Manual de acreditación en salud ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1” clara mente se reglamente y se define el proceso para que todas y cada una de las entidades de salud tengan adoptado un sistema de auditoria y mejora continua de la calidad. (resolución 5095 de 2018, 2018)

Marco Referencial.

Atención de salud: Especialmente el sistema de aseguramiento de la calidad general y de auditoría de Colombia, con especial atención a la atención de salud, que se define como "una serie de servicios prestados a los usuarios en el marco del proceso de aseguramiento, así como la promoción, prevención y diagnóstico brindados a toda la población "Actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales durante las fases de tratamiento y rehabilitación" deben entenderse en los siguientes términos:

- ✚ El concepto y el proceso de mejora de la calidad de la asistencia en salud deben ir más allá del ámbito de los servicios asistenciales. De hecho, los servicios médicos que se brindan a los colombianos deben ser considerados como un punto importante, en el que este sector de la salud, los usuarios que reciben los servicios y también diversos sectores productivos deben llegar a un acuerdo.
- ✚ Como parte del proceso de atención de la salud, la atención de salud incluye una serie de actividades que realizan las agencias de gestión, seguimiento, inspección y control en países y regiones, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud y agencias proveedoras. Servicios de salud, profesionales de salud independientes y los grupos de prácticas profesionales con infraestructura.

De acuerdo con la normativa anterior, para garantizar la calidad de la atención de salud, todas las organizaciones del sistema general de salud y seguridad social llegarán a un consenso en función de sus objetivos y capacidades.

Calidad de la atención en salud: El sistema de aseguramiento obligatorio de la calidad de la atención médica se define como: "Prestar servicios de salud a usuarios individuales y en conjunto alcanzables para todos y justa a través del mejor nivel profesional alcanzado, teniendo

en cuenta el equilibrio entre beneficios, riesgos y costos, Con el fin de lograr todas las perspectivas y satisfacción de dichos usuarios " .

En esta definición hay varios puntos que se deben tener en cuenta para ser analizados:

Se encaja con y entiende el concepto básico de calidad con relación entre beneficios, riesgos y costos, lo que esto quiere decir es que todo debe estar fundamentado en conocimiento con evidencias científicas y fijar relaciones entre estos aspectos, porque la calidad no puede ignorar la eficacia, efectividad y eficiencia.

Condiciones que se complementan mutuamente son la accesibilidad y la equidad estas son esenciales para lograr los resultados de salud deseados en nuestro territorio. De hecho, en cualquier sector de la economía, en términos de calidad del servicio de salud, el primer desafío es cómo garantizar los derechos de acceso de los usuarios. Además, en la medida en que la visita se limite a cualquier grupo de este grupo, los diferentes resultados evidenciarán la desigualdad de estos servicios. En este caso, las acciones que son coordinadas por medio de EPS, IPS y entidades territoriales de salud son claves.

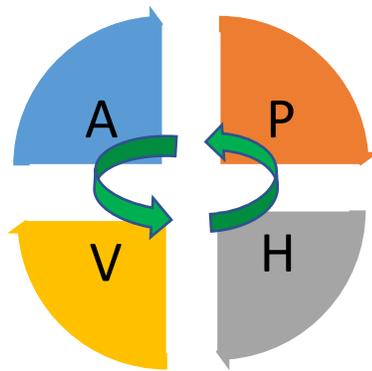
Nivel profesional óptimo: Debe comprenderse como la relación entre una serie de factores ordenados y de proceso orientados a la consecución de resultados. De igual manera, el concepto incluye la eficacia, efectividad y relevancia de la fiscalización en salud especificadas en las guías de atención con los cimientos en la mejor evidencia científica disponible. Dicha interpretación también menciona las necesidades de considerar todos los recursos disponibles, porque el costo de mejorar la calidad no supere el costo de una mala calidad.

Mejora continúa de la calidad: La auditoría es un componente importante para la mejora de la calidad de la atención médica en el sistema obligatorio de garantía de la calidad en la atención médica; esto tiene implicaciones ideales y metodológicas:

La mejora continua de la calidad (MCC) contiene un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o establecer pautas de seguimiento o acuerdos que solo se utilizan para las inspecciones.

El MCC se debe plantear como una guía de autocontrol, dirigido a los clientes y sus necesidades, involucrándolos en todas las actividades e incluyendo la identificación permanente de áreas que son fáciles de mejorar en el proceso, por lo que los ajustes son necesarios y más allá de estos cumplir con las expectativas del cliente.

Figura 2 Ciclo PHVA: Modelo de auditoría para la mejora de la calidad de la atención en salud basado en este método básico de gestión.



Nota. Tomado de <https://dianhoy.com/que-es-el-ciclo-phva/>

Planear (P): Esta etapa consta de dos etapas. El primero es determinar el objetivo (qué). La segunda pregunta está relacionada con la definición de medios (como), esto significa cómo se van a alcanzar las metas trazadas.

Hacer (H): Es el periodo donde se cumplirán con todos los medios establecidos en el periodo inicial, a su vez, se divide en dos fases: El propósito de la primera fase es capacitar a las personas en la forma o "manera" para lograr la meta. La segunda forma es la ejecución del plan, pero debe estar enlazada con la forma en que se recolectan los datos.

Verificar (V): En esta etapa se logra verificar los resultados. En este caso, la aplicación de métodos de evaluación de la conducta o de evaluación de la calidad basados en indicadores establecidos, incluidos aquellas formas de evaluación que claramente comparten una calidad y mejora continua con la ayuda de la auditoria, se benefician de los hechos y los datos recopilados en la fase anterior.

Actuar (A): En la cuarta etapa, es necesario tomar acción para todo el proceso. Básicamente hay dos posibilidades, cuando se alcanza la meta es necesario estandarizar la ejecución para mantener los resultados del proceso. Un posible caso presentado es el no poder llegar a las metas propuestas, si se presenta esto se debe corregir realizando el ciclo nuevamente ajustando el proceso y los métodos para cumplir con la meta propuesta

Atención centrada en el cliente: Un pilar importante en el sistema de garantía de calidad es la atención que se concentra en el cliente; este estándar interpreta como clientes a los usuarios, es decir, clientes externos. Esto no significa que, según el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención médica, la satisfacción del cliente interno no sea importante, pero sí muy importante, especialmente si la satisfacción del cliente es un resultado clave para el usuario.

Actualmente, la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen cuidado y el bienestar. Para lograr este objetivo, las organizaciones deben cambiar la forma en que planifican, ejecutan y evalúan los procesos, deben enfocarse en la atención y entrega de los servicios de manera planificada e integral, gestionando con transparencia a los usuarios, sus familias. Incluir las necesidades de los pacientes y sus familias en el diseño, implementación, evaluación y mejora en la atención. Esta manera de evaluación significa que la entidad debe acoplar y estructurar todas las actividades desde la entrada del usuario hasta la salida de la IPS.

Seguridad del paciente: El sistema de atención en salud ha realizado importantes avances y es muy complejo. A través de la operación de múltiples secuencias de procesos, incluso se pueden desarrollar medidas de atención de salud aparentemente simples, y muchos profesionales y trabajadores de la salud intervendrán. Durante este período, puede ocurrir una degradación de la calidad, lo que afectará la seguridad del paciente. (Luna, 1992)

Luego, se debe tener en cuenta que el sistema de salud es un sistema de alto riesgo, por lo que deben ser analizados retrospectivamente permanentemente para su análisis retrospectivo, estos errores son errores que se han generado y en última instancia causan daño a los pacientes (eventos adversos) o posibles Eventos ocurridos (eventos o eventos casi desfavorables), como la participación activa en la etapa de posible falla en el proceso de atención, para prevenir sistemáticamente fallas (modos de falla) mediante el establecimiento de barreras de seguridad.

La seguridad del paciente debe incluir las acciones tomadas contra los pacientes y sus familiares en el campo de la información cuando ocurren eventos adversos, así como el apoyo brindado en el proceso de tomar las acciones necesarias para corregir o mitigar sus consecuencias. (Luna, 1992)

Glosario.

Accesibilidad: Posibilidad de acceder a cierta cosa o facilidad para hacerlo.

Atención de salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Calidad de la atención de salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Calidad: Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades. (wikipedia.org, 2021)

Condiciones de capacidad tecnológica y científica: Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

Continuidad: Circunstancia de suceder o hacerse algo sin interrupción.

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud: Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

Factor de riesgo: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Mejoramiento continuo: Es el conjunto de todas las acciones diarias que permiten que los procesos y la empresa sean más competitivos en la satisfacción del cliente. La mejora continua debe formar parte de la cultura de la organización, convirtiéndose en una filosofía de vida y trabajo.

Oportunidad: Circunstancia, momento o medio oportunos para realizar o conseguir algo, es la oportunidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten contratiempos que causen retrasos.

Paciente: Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. (dle.rae., 2021)

PAMEC: Es la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios, también una comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

Pertinencia: Que es adecuado u oportuno en un momento o una ocasión determinados.

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Salud: Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.

Seguridad: Ausencia de peligro o riesgo. Sensación de total confianza que se tiene en algo o alguien.

Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud, SOGCS: Es el conjunto de instituciones, - normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), 2016)

Unidad sectorial de normalización en salud: Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

Estándar: Grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad, define el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad que se alcanza en un determinado proceso.

Indicador: Medida cuantitativa que puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las diferentes actividades.

Riesgo: al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva acabo el mejoramiento.

Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.

Volumen: Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Direccionamiento: Es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la organización.

Gerencia: Es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución. (Morales, 2020)

Gerencia del talento humano: Se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo.

Gerencia del ambiente físico: Incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.

Gestión de tecnología: Se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización.

Gerencia de la información: Se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel de la organización.

Marco Normativo.

Tabla 1 Marco Normativo

Numero De Norma - Año	Objeto De La Norma
LEY 1751 DE 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 1429 de 2010	Por la cual se expide la Ley de Formalización y Generación de Empleo.
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
Ley 872 de 2003	Por medio del cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras Entidades Prestadoras de Servicios, aplicando la NTCGP 1000:2004.
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones
Ley 09 de 1979	Por lo cual se dictan medidas sanitarias: control sanitario del uso del agua Residuos líquidos Residuos sólidos Disposición de excretas Seguridad industrial Medicina preventiva Sustancias peligrosas
Decreto 1077 de 2015	"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Vivienda, Ciudad y Territorio."
Decreto 351 de 2014	"Por lo cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades"
Decreto 1011 de 2006	Por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus resoluciones reglamentarias.
Decreto 2788 de 2004	Por el cual se reglamenta el Registro Único Tributario de que trata el artículo 555-2 del Estatuto Tributario.
Resolución 256 del 2016	Por la cual se dictan disposiciones en la relación con el sistema de información para la calidad y se establece los indicadores para el monitoreo de calidad en salud.
Resolución 2003 de 2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud
Resolución 0123 de 2012	"Por la cual define todos los estándares del sistema único de acreditación en salud".
Resolución 2680 de Agosto de 2007	Por medio de la cual se modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 3763 de Octubre de 2007	Por medio de la cual se modifican parcialmente la resolución 1043 y 1448 de 2006 y resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1043 de 2006	Por medio del cual se establecen las condiciones que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.
Resolución 1445 de 2006	Por medio del cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones.
Resolución 1446 de 2006	Por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitorización del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud.
Resolución 1995 de 1999	Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.
Resolución 4445 de 1996	Por lo cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido título IV de la ley 09 de 1979 en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas.
Circular 012 del 2016	La Superintendencia Nacional de Salud mediante la Circular 012 de 2016 hace adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 200, e imparte instrucciones sobre el

Numero De Norma - Año	Objeto De La Norma
	Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC y al Sistema de Información de Calidad.9 ago. 2016
Circular 030 del 2006	Las instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención en salud (autoevaluación de la red prestadora y atención al usuario)en las entidades promotoras de salud cualquiera sea su naturaleza jurídica y régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada y los requerimientos de información.
Circular 018 de 2006	Da compatibilidad al sistema de gestión de la calidad y el modelo estándar de control interno en las entidades u organismos distritales.
Constitución política de Colombia 1991	Es la reglamentación que cubre a todos y cada uno de los colombianos, los diferentes sectores de Colombia
Ministerio de Salud Resolución 4445 de 1996	Por lo cual se dictan normas para el cumplimiento del título IV de la ley 09 de 1979 en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.
Resolución 5095 de 2018	Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1,

Fuente: Normograma, Diseño propio

Metodología

Tipo de Estudio.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, de acuerdo con este estándar, en ESE Centro 1, Puntos de Atención de Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, se evaluó el grado de cumplimiento de los estándares de acreditación establecidos en los manuales institucionales ambulatorios y hospitalarios (Resolución 0123 de 2012). Guía práctica del Ministerio de Protección Social para la preparación de la certificación de higiene. El estudio se desarrolló mediante la evaluación cualitativa y cuantitativa de productos estándar.

Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S es una empresa ubicada en Riohacha, dedicada a brindar servicios de salud, odontología, nutrición, Ginecología, pediatría y otros procedimientos. La atención en salud esta se realiza para brindar a los pacientes una atención integral.

Recolección, procesamiento y análisis de la información

Esta información se recolecta a través de formularios llenados por el equipo de autoevaluación, estos formularios determinan las fortalezas de cada estándar, las oportunidades de mejora y la evaluación de los estándares por parte de los líderes de cada grupo después de llegar a un consenso.

Los investigadores realizaron el ingreso o transcripción de datos en el soporte físico de la información, verificando así la información del documento original con los datos recolectados en instrumento.

Para desarrollar la preferencia de todos los estándares de acreditación se tuvo en cuenta la guía planteada por el ministerio de salud y protección social, la forma como se realiza es mediante muestreos al personal tomado como muestra porque se detecta que hay personal calificado dentro en EÉINALII EPII SÜPULA ANAA IPS. S.A.S para ayudarnos a desarrollar

esta auditoria según resolución 5095 de 2018 y la hoja radar establecidos por el ministerio de salud y protección social, para poder lograr así un análisis cualitativo y cuantitativo para tomar las decisiones de mejora continua dentro de la IPS y lograr con esto el desarrollo óptimo a la excelencia en la prestación de salud para el favorecimiento del usuario o pacientes.

Para realizar una evaluación cualitativa de los estándares de certificación, se conformó un equipo de trabajo con el personal que trabaja en Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, y el personal se dividió en tres equipos de trabajo.

Se desarrolló la auditoria dentro de Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S y se priorizo los estándares de acreditación contando con la guía establecida por el ministerio de salud y protección social los siguientes grupos de talento humano, como se escogió dichos grupos según la cercanía con el usuario o paciente esto son los siguientes grupos o muestra.

- Equipo de asistencial/ Servicio al cliente
- Equipo de soporte
- Equipo de manejo de personal

El equipo de **Servicio Al Cliente** es responsable de evaluar los estándares de todos los procesos que se realizan para el servicio asistencial, el equipo **Soporte** evalúa los estándares de soporte administrativo y el equipo de **Manejo De Personal** califica los estándares de mejora de la calidad.

Los equipos están dirigidos por alguien que conoce la estrategia de certificación.

Cada equipo ha leído cada estándar que le corresponde, luego de leer el estándar enfatizaron el consenso sobre la interpretación del estándar, luego de definir la interpretación registraron todas las ventajas de la organización para el estándar. Definieron el soporte de la organización para cada estándar y luego cada equipo anotó todas las oportunidades para que la

organización pueda mejorar su estándar. Con todas las oportunidades de mejora identificadas, los equipos de investigadores aplicaron las posibles medidas de mejora, que después lograron guiar al P.A.M.E.C. a ser desarrollado por la IPS en el segundo semestre de 2021.

Realizando una autoevaluación cualitativa y cuantitativa teniendo en cuenta la resolución 5095 de 2018 y la hoja radar establecidos por el ministerio de salud y protección social, la evaluación cuantitativa de todos los estándares se realiza con base a la consideración de la hoja radar, y se enumera en forma de matriz proporcionada por las instituciones que prestan servicios médicos por el Ministerio de Salud y Seguridad Social, que muestra el cumplimiento con titulación en servicios de salud.

El enfoque de cada conjunto de estándares, la implementación y los resultados de cada estándar se identifican por color según el color que cumple con el estándar, donde el naranja corresponde al estándar que logra un nivel de cumplimiento por debajo de 1.3, y el amarillo representa el estándar entre 1.4 y 1.6. Para los que cumplen más de 1.7, es verde. Al final de la calificación cuantitativa, considerando que no existe un estándar para la obtención de un título de acreditación, se realizó un juicio de acreditación para la institución, cada conjunto de criterios no debe exceder dos calificaciones, además, también debe alcanzar el puntaje global establecido.

- El nivel de riesgo para usuarios y / o colaboradores es 1- 2- 3- 4-5, donde, si no hay oportunidad de mejora, 1 es el menor riesgo para usuarios y colaboradores. Si no hay oportunidad de mejora, entonces si no hay no hay oportunidad de mejorar 5 es el mayor riesgo para los usuarios y colaboradores.
- La solución de no intervención es un costo para la organización, que varía de 1 – 2 – 3 – 4 y 5, donde 1 representa lo más bajo en costo y 5 representa lo más alto en costo.

- La solución NO afecta a muchos usuarios, pacientes y / o colaboradores con una escala de valoración de 1 – 3 - 5, entendiendo que 1 significa que la cantidad de usuarios, pacientes y / o colaboradores estudiado es pequeño, y 5 significa que el número de usuarios, pacientes y / o colaboradores estudiados es grande.

Se plantea un plan de mejoramiento con los estándares priorizados, y herramientas de trabajos utilizados posteriormente, las calificaciones de cada una de estas variables se multiplican entre sí, y en base a los resultados de esta operación se determina la criticidad y prioridad de las oportunidades de mejora. Las oportunidades de mejora con mayor prioridad son aquellas con puntajes de criticidad superiores a 75, Las oportunidades de mejora de prioridad media son aquellas oportunidades que tienen un valor crítico superior a 28 puntos y 74 puntos o menos, y las oportunidades de mejora de prioridad baja son aquellas oportunidades que tienen un valor crítico inferior o igual a los veinte siete (27) puntos. P.A.M.E.C. Está desarrollado para todas las oportunidades de mejora prioritarias y puede mejorarse en el corto plazo.

Al finalizar la autoevaluación, se entregó una matriz complementada para cada estándar y se presentó un informe de implementación, en el que se introdujeron los resultados de Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S en la evaluación del estándar de certificación., Conclusiones y recomendaciones, y PAMEC fue desarrollado por la organización en el segundo semestre de 2021.

Realizando la autoevaluación cualitativa y cuantitativa planteada en la resolución 5095 de 2018 y la hoja radar establecidos por el ministerio de salud y protección social.

Consideraciones éticas

Todos la ética de esta investigación se guían por los estándares y criterios éticos universales ya establecidos y citados por la Resolución No. 008430 del 4 de octubre de 1993, que fue publicada por el entonces Ministerio de Salud de la República de Colombia para la investigación en ciencias de la salud. (REPÚBLICA DE COLOMBIA, 1993)

Esta investigación se basa en principios morales generales como la honestidad y el respeto, e incluye las dos obligaciones morales básicas de caridad, autonomía y justicia.

Resultados

Sobre la base de la evaluación cualitativa, se realizaron 160 estándares de certificación para Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, y se calificaron los manuales de estándares ambulatorios y hospitalarios. En la evaluación se determinó cada ventaja, apoyo y mejora de la IPS, criterios de oportunidad seguida de una evaluación cuantitativa, donde el nivel más alto es 5 y el nivel más bajo es 1. Se da prioridad a las oportunidades de mejora, y la prioridad es PAMEC con todos los estándares en conjunto.

Para determinar si cumple con los estándares del proceso de servicio al cliente, se realizó un análisis cualitativo de cada estándar del grupo y se construyó un análisis cualitativo para establecer el benchmarking de la organización para cada estándar, las fortalezas de la organización, las oportunidades de mejora propuestas para cada estándar y el proceso de mejora a través de oportunidades de mejora.

Luego de realizar un análisis cualitativo, se desarrolla la certificación de calificación para cada estándar en el proceso de servicio al cliente, en la Tabla 1 se muestran las calificaciones obtenidas por cada estándar en este grupo.

Tabla 2 Calificación de Estándares Asistenciales Del Proceso De Atención Al Cliente

Asistencial, Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.

Estándar		Enfoque			Implementación		Resultados					Media
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
1	Estándar 1. Código: (AsDP1)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
2	Estándar 2. Código: (AsDP2)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	Estándar 3. Código: (AsDP3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Estándar 4. Código: (AsDP4)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	Estándar 5. Código: (AsSP1)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1.9
6	Estándar 6. Código: (AsSP2)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
7	Estándar 7. Código: (AsSP3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
8	Estándar 8. Código: (AsSP4)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1.8
9	Estándar 9. Código: (AsAC1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	Estándar 10. Código: (AsAC2)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
11	Estándar 11. Código: (AsAC3)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
12	Estándar 12. Código: (AsAC4)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.6
13	Estándar 13. Código: (AsAC5)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1.9
14	Estándar 14. Código: (AsAC6)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1.7
15	Estándar 15. Código: (AsAC7)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
16	Estándar 16. Código: (AsAC8)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
17	Estándar 17. Código: (AsREG1)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.6
18	Estándar 18. Código: (AsREG2)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3

19	Estándar 19. Código: (AsREG3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
20	Estándar 20. Código: (AsEV1)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
21	Estándar 21. Código: (AsEV2)	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.1
22	Estándar 22. Código: (AsEV3)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.6
23	Estándar 23. Código: (AsPL1)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
24	Estándar 24. Código: (AsPL2)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.6
25	Estándar 25. Código: (AsPL3)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
26	Estándar 26. Código: (AsPL4)	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.1
27	Estándar 27. Código: (AsPL5)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
28	Estándar 28. Código: (AsPL6)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
29	Estándar 29. Código: (AsPL7)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1.9
30	Estándar 30. Código: (AsPL8)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
31	Estándar 31. Código: (AsPL9)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
32	Estándar 32. Código: (AsPL10)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	Estándar 33. Código: (AsPL11)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
34	Estándar 34. Código: (AsPL12)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
35	Estándar 35. Código: (AsPL13)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
36	Estándar 36. Código: (AsPL14)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
37	Estándar 37. Código: (AsPL15)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
38	Estándar 21. Código: (AsPL16)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1.9
39	Estándar 39. Código: (AsPL17)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
40	Estándar 40. Código: (AsPL18)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
41	Estándar 41. Código: (AsEJ1)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
42	Estándar 42. Código: (AsEJ2)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4

43	Estándar 43. Código: (AsEJ3)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
44	Estándar 44. Código: (AsEJ4)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
45	Estándar 45. Código: (AsEJ5)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
46	Estándar 46. Código: (AsEJ6)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
47	Estándar 47. Código: (AsEVA1)	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.7
48	Estándar 48. Código: (AsEVA2)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
49	Estándar 49. Código: (AsEVA3)	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1.5
50	Estándar 50. Código: (AsEVA4)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
51	Estándar 51. Código: (AsSAL1)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
52	Estándar 52. Código: (AsSAL2)	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1.6
53	Estándar 53. Código: (AsREF1)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
54	Estándar 54. Código: (AsREF2)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.6
55	Estándar 55. Código: (AsREF3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
56	Estándar 56. Código: (AsREF4)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
57	Estándar 57. Código: (AsREF5)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
58	Estándar 58. Código: (AsREF6)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
59	Estándar 59. Código: (AsSIR1)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
60	Estándar 60. Código: (AsSIR2)	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1.6
61	Estándar 61. Código: (AsSIR3)	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1.7
62	Estándar 62. Código: (AsSIR4)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
63	Estándar 63. Código: (AsSIR5)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
64	Estándar 64. Código: (AsSIR6)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
65	Estándar 65. Código: (AsSIR7)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
66	Estándar 66. Código: (AsSIR8)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3

67	Estándar 67. Código: (AsSIR9)	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	1.7
68	Estándar 68. Código: (AsSIR10)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
69	Estándar 69. Código: (AsSIR11)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
70	Estándar 70. Código: (AsSIR12)	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1.2
71	Estándar 71. Código: (AsSIR13)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
72	Estándar 72. Código: (AsSIR14)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
73	Estándar 73. Código: (AsSIR15)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
74	Estándar 74. Código: (AsSIR16)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
75	Estándar 74. Código: (AsMCC1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Total												1.4

Nota. Diseño propio basado en la guía 3.1

La calificación estándar global obtenida a través del proceso de servicio al cliente es 1.4, y la organización a acreditar debe tener una calificación de 2 o más. Algunas normas se enfocan en la calificación de 2 porque la organización adopta un enfoque sistemático. El propósito básico de este grupo, hay algunas etapas iniciales proactivas en la organización, pero hay poca evidencia para evaluar y mejorar este enfoque.

La calificación obtenida indica que la estandarización, documentación y la forma de socializar las políticas, métodos, lineamientos, y procesos en la gran mayoría de todos los estándares se han implementado en ciertas áreas de la organización, pero aún refleja debilidades y esto demuestra que aún no se ha registrado una implementación para los clientes.

Certificado de calificación, los resultados del proceso de servicio al cliente estándar no respondieron a los puntos clave del estándar. Es un ejemplo anecdótico y poco relevante que no muestra los resultados de la implementación, y aún no ha mostrado la tendencia de la calidad y

desempeño de los procesos en los indicadores organizacionales, por lo que no se pueden garantizar tendencias confiables, ni siquiera las organizaciones se pueden comparar con instituciones que muestran mejores resultados.

Después de calificar los criterios de cada equipo, se priorizo las oportunidades de mejora, teniendo en cuenta los riesgos de cincuenta y tres (53) usuarios, pacientes y / o colaboradores (si no se implementan), el costo de la agencia representativa y la cantidad de usuarios y / o usuarios. O colaboradores que se verán afectados si no se logra implementar.

La Tabla 2 revela la cantidad de oportunidades de mejora prioritarias basadas en resultados clave del estándar del grupo de procesos de servicio al cliente de la atención médica.

Tabla 3 Muestra las principales oportunidades de mejora de los entandares de servicio al Cliente en asistencia, de acuerdo a su criticidad. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.

Prioridad	N° Om	%
Alta	31	41%
Media	27	36%
Baja	17	23%
Totales	75	100%

Fuente: Oportunidades de mejora

Las oportunidades de mejora se priorizan en función de los riesgos para los usuarios, pacientes y / o colaboradores que no se logran implementar, el costo de la entidad y la cantidad de usuarios, pacientes y / o colaboradores afectados. Priorizar 20 oportunidades de mejora, es decir, medidas a tomar a corto plazo para mejorar la calidad y hacer que el estándar sea al menos de nivel 2.

El grafico 1, Ilustra la calificación global por subgrupos de estándares del Proceso llevado en el servicio al Cliente Asistencial.

Figura 3 Calificación Global por subgrupos de estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial, Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.



Nota. La Figura 3 muestra las calificaciones divididas por subgrupos estándar, donde la calidad de la evidencia es pobre en los criterios de derecho para pacientes con calificaciones de 1.30, evaluación de necesidades al ingreso con calificaciones de 1.30, sitios de integración de red con calificaciones de 1.34 y tratamientos que realizan 1.35.

Ningún grupo está calificado para la certificación, por eso se necesita que se trabaje en todos los grupos de estándar, es necesario fortalecer el trabajo sobre los derechos del paciente, la evaluación de lo que necesita el paciente en el momento que ingresa y los estándares de calidad en la implementación del tratamiento de las normas.

Para estipular el cumplimiento de los "Estándares de Apoyo Administrativo a la Gestión", se logró elaborar un análisis cualitativo sobre el grupo de la sección "Estándares de soporte Administrativo". El grupo está compuesto por seis grupos de estándares: dirección, gestión, gestión del talento, gestión ambiental, gestión de la información, dirección del entorno físico.

Al analizar el estándar cualitativo, la gran mayoría de los grupos de soporte administrativo gerencial no mostraron los métodos desarrollados, por lo que las oportunidades que se tienen de mejorar se enfocan en el diseño e implementación de procesos, políticas, y estrategias, por lo que estos métodos se convierten sistemáticos. El propósito de la norma se puede lograr en áreas clave de la organización.

Luego del análisis cualitativo de los estándares, se evaluaron las calificaciones para cada estándar, las tablas 4, 5, 6, 7, 8 y 9 se enumeran las calificaciones de cada grupo en esta sección.

Tabla 4 Calificación de los Estándares de Apoyo de Gerencia, grupo de estándares de direccionamiento. EÉINALII EPII SÜPULA ANAA IPS. S.A.S, 2021.

Estándar		Enfoque			Implementación		Resultados					Media
		Sistematicidad Y Amplitud	Proactividad	Ciclo De Evaluación	Despliegue En La Institución	Despliegue Al Cliente Interno Y/O Externo	Pertinencia	Consistencia	Avance De La Medición	Tendencia	Comparación	
1	Estándar 76. Código: (DIR1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	Estándar 77. Código: (DIR2)	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1.5
3	Estándar 78. Código: (DIR3)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
4	Estándar 79. Código: (DIR4)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
5	Estándar 80. Código: (DIR5)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	Estándar 81. Código: (DIR6)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
7	Estándar 82. Código: (DIR7)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
8	Estándar 83. Código: (DIR8)	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1.6
9	Estándar 84. Código: (DIR9)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.6
10	Estándar 85. Código: (DIR10)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Estándar 86. Código: (DIR11)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
12	Estándar 87. Código: (DIR12)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
13	Estándar 88. Código: (DIRMCC1)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
Total												1.3

Nota. Diseño propio basado en la guía 3.1

La gran mayoría de los métodos que tratan con estándares se puntúan en 2 puntos, lo que indica que el inicio del enfoque sistemático es un proceso documentado, pero aún no se ha

examinado en áreas clave de la entidad. De esta la ejecución, aún no existe un registro de despliegue de métodos para las instituciones y los clientes internos y externos. Los resultados arrojan que no existen indicadores que reflejen una tendencia en la calidad y desempeño de todos los procesos. Es súper importante medir los procesos que se están implementando y los procesos implementados al inicio.

Tabla 5 Priorización de oportunidades de mejora de la sección de Estándares Gerencia, grupo de estándares de direccionamiento. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.

Prioridad	N° Om	%
Alta	7	54%
Media	6	46%
Baja	0	0%
Totales	13	100%

Fuente: Oportunidades de mejora

En el grupo de estándares de procesamiento, se deben priorizar 7 oportunidades de mejora, 6 mejoras deben realizarse a medio plazo y no hay oportunidades de mejora a largo plazo.

Tabla 6 Calificación de la sección de Estándares de Soporte Administrativo-Gerencial, grupo estándares de Gerencia. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.

Estándar		Enfoque			Implementación		Resultados					Media
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la actividad	Tendencia	Comparación	
1	Estándar 89. Código: (GER1)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
2	Estándar 90. Código: (GER2)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.6
3	Estándar 91. Código: (GER3)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
4	Estándar 92. Código: (GER4)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.6
5	Estándar 93. Código: (GER5)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	Estándar 94. Código: (GER6)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	Estándar 95. Código: (GER7)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
8	Estándar 96. Código: (GER8)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
9	Estándar 97. Código: (GER9)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
10	Estándar 98. Código: (GER10)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Estándar 99. Código: (GER11)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
12	Estándar 100. Código: (GER12)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.6
13	Estándar 101. Código: (GER13)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
14	Estándar 102. Código: (GER14)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.4
15	Estándar 103. Código: (GER15)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
Total											1.4	

Fuente: Diseño propio Basado en la guía 3.1

Aún no se ha sistematizado la estandarización y socialización de documentos, políticas, lineamientos, métodos y procesos que utiliza la institución para lograr sus objetivos. En algunos casos, sigue siendo pasivo e incoherente. El foco está en las áreas principales. Despliegues más documentados se realizaron a la organización, así como a los clientes internos y externos, y las implementaciones de los clientes rara vez se llevaron a cabo, y no había datos que mostraran el logro del método y el comienzo del efecto.

Tabla 7 Priorización de oportunidades de mejora de la sección de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.

Prioridad	N° Om	%
Alta	5	34%
Media	8	53%
Baja	2	13%
Totales	15	100%

Fuente: Oportunidades de mejora

Entre los 15 estándares de gestión, 5 oportunidades de mejora son de alta prioridad. Estas oportunidades de mejora se implementarán en el segundo trimestre de 2021, 8 oportunidades de mejora se implementarán en el mediano plazo y 2 oportunidades de mejora se implementarán a largo plazo.

Tabla 8 Calificación en la sección de Estándares de Soporte Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia del recurso humano. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.

Estándar		Enfoque			Implementación		Resultados					Media
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la institución	Tendencia	Comparación	
1	Estándar 104. Código: (TH1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	Estándar 105. Código: (TH2)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	Estándar 106. Código: (TH3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Estándar 107. Código: (TH4)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
5	Estándar 108. Código: (TH5)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.6
6	Estándar 109. Código: (TH6)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
7	Estándar 110. Código: (TH7)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
8	Estándar 111. Código: (TH8)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	Estándar 112. Código: (TH9)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	Estándar 113. Código: (TH10)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1.3
11	Estándar 114. Código: (TH11)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	Estándar 115. Código: (TH12)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
13	Estándar 116. Código: (TH13)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
14	Estándar 117. Código: (TH14)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
15	Estándar 118. Código: (TH15)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
16	Estándar 119. Código: (TH16)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

17	Estándar 120. Código: (THMCC1)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
Total												1.2

Fuente: Diseño propio basado en la guía 3.1

Enfocarse en los estándares de gestión del talento lo hace esporádico y la documentación de lineamientos, políticas, y procesos es deficiente, por lo que no desplegar el enfoque de estos estándares al dominio organizacional y a los clientes (en este caso) es lo más importante en estos procesos. Aún no ha pasado la aplicación de métodos estándar para mostrar los logros y el impacto en los talentos.

Tabla 9 Priorización de oportunidades de mejora de la sección de Estándares de Soporte Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia del recurso humano Eéinalii Epii Süpula Anaa Ips. S.A.S, 2021.

Prioridad	N° Om	%
Alta	13	76%
Media	4	24%
Baja	0	0%
Totales	16	100%

Fuente: Oportunidades de mejora

El grupo estándar de gestión de recursos humanos tiene solo 13 oportunidades de mejora de alta prioridad, que es el grupo estándar que debe completar la mayor parte del trabajo para obtener el nivel más bajo de grupo de apoyo a la gestión administrativa. La máxima prioridad para las oportunidades de mejora es comenzar a implementar un enfoque sistemático e

implementarlo todas las áreas más importantes de la entidad y la menor cantidad de clientes internos.

Tabla 10 Calificación de la sección de Estándares de Soporte Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia en ambiente físico. Eéinalii Epii Súpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.

Estándar		Enfoque			Implementación		Resultados				Media	
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación
1	Estándar 121. Código (GAF1)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
2	Estándar 122. Código (GAF2)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
3	Estándar 123. Código (GAF3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	Estándar 124. Código (GAF4)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
5	Estándar 125. Código (GAF5)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
6	Estándar 126. Código (GAF6)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
7	Estándar 127. Código (GAF7)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	Estándar 128. Código (GAF8)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
9	Estándar 129. Código (GAF9)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
10	Estándar 130. Código (GAF109)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
11	Estándar 131. Código (GAFMCC1)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1.8
Total											1.5	

Fuente: Diseño propio basado en la guía 3.1

En el entorno físico en la mayoría de sus estándares se evidencia que se ha iniciado un trabajo sistemático en determinadas áreas de la entidad, y también se inicia el registro de métodos, y también se evidencia que el método se encuentra en la etapa inicial de transición de reactividad a transición. El proceso de mejora de la iniciativa y el método de evaluación es limitado, y el método se está comenzando a implementar en la organización y los clientes internos y externos, pero aún no hay evidencia para medir los resultados.

Tabla 11 Priorización de oportunidades de mejora de la sección de Estándares de Soporte Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia del ambiente físico. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.

Prioridad	N° Om	%
Alta	2	18%
Media	5	46%
Baja	4	36%
Totales	11	100%

Fuente: Oportunidades de mejora

El Equipo de Gestión del Ambiente Físico solo tiene en sus estándares dos (2) oportunidades de mejora de alta prioridad. Aunque tienen una calificación mucho más baja y deben tener un número de prioridad mucho más alto, son los más difíciles de lograr porque su presupuesto de logros requiere una alta disponibilidad. Por lo tanto, solo se ingresaron dos (2) oportunidades de mejora, y las 5 oportunidades se realizarán en el mediano plazo y 4 oportunidades se realizarán a un largo plazo.

Tabla 12 Calificación de la sección de Estándares de Soporte Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gestión en tecnología. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.

CALIFICACION ESTANDARES DE GESTION DE LA TECNOLOGIA

Estándar	Enfoque			Implementación		Resultados					Media	
	Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la implementación	Tendencia	Comparación		
1 Estándar 132. Código: (GT1)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2 Estándar 133. Código: (GT2)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.5
3 Estándar 134. Código: (GT3)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.6
4 Estándar 135. Código: (GT4)	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.1
5 Estándar 136. Código: (GT5)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.6
6 Estándar 137. Código: (GT6)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1.3
7 Estándar 138. Código: (GT7)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.5
8 Estándar 139. Código: (GT8)	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1.3
9 Estándar 140. Código: (GT9)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10 Estándar 141. Código: (GTMCC1)	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1.9
TOTAL												1.4

Fuente: Diseño propio basado en la guía 3.1

Los métodos estándar de gestión técnica se han documentado parcialmente, principalmente pasivos y con información anecdótica. El método aún no ha sido implementado en instituciones y clientes internos y externos. No hay datos que demuestren los resultados, no hay indicadores que muestren la tendencia de los métodos estándar, y nada tiene Instituciones con mejores resultados están a la par.

Tabla 13 Priorización de oportunidades de mejora de la sección de Tecnología, grupo de estándares de Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.

Prioridad	N° Om	%
Alta	5	50%
Media	4	40%
Baja	1	10%
Totales	10	100%

Fuente: Oportunidades de mejora

Las oportunidades de mejora de Gestión de la tecnología también necesitan disponibilidad presupuestal puesto que las que tienen baja calificación necesitan inversión en mantenimiento y renovación de equipos para la institución, por lo cual se priorizaron las que son más críticas en el riesgo que se produce para el cliente interno y/o externo si la oportunidad de mejora no se llegara a implementar.

Tabla 14 Calificación de la sección de Estándares de Apoyo Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia de la información. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.

CALIFICACION ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACION

Estándar	Enfoque			Implementación		Resultados					Media
	Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	
1 Estándar 142. Código: (GI1)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
2 Estándar 143. Código: (GI2)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7

3	Estándar 144. Código: (GI3)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.6
4	Estándar 145. Código: (GI4)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1.8
5	Estándar 146. Código: (GI5)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
6	Estándar 147. Código: (GI6)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1.8
7	Estándar 148. Código: (GI7)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
8	Estándar 149. Código: (GI8)	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1.6
9	Estándar 150. Código: (GI9)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1.8
10	Estándar 151. Código: (GI10)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	Estándar 152. Código: (GI11)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	Estándar 153. Código: (GI12)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1.8
13	Estándar 154. Código: (GI13)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
14	Estándar 155. Código: (GIMCC1)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
Total												1.6

Fuente: Diseño propio basado en la guía 3.1

El Grupo de Estándares de Gestión de la Información realizó registros más detallados de la estandarización y socialización de procesos, políticas, lineamientos y métodos, más preventivos, y comenzó a evaluar la mejora del método, principalmente por mayor despliegue o implementación del método Área Institucional, pero no resultados obvios

Luego de la calificación de cada estándar (gerente administrativo) del grupo de apoyo, se priorizan las oportunidades de mejora y se consideran los riesgos que plantean los usuarios y / o colaboradores (si no se implementan), y los costos representados Organización, y el número de usuarios y / o colaboradores que se verán afectados si no se implementa.

En las tablas 9, 10, 11, 12, 13 y 14 se enumeran las principales oportunidades de oportunidades de mejora según la prioridad de dirección, gestión, gestión del talento, gestión del entorno físico, gestión de la tecnología y gestión de la información.

Tabla 15 Priorización de oportunidades de mejora de la sección de Estándares de Soporte Administrativo-Gerencial, grupo de estándares de Gerencia de la información. Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.

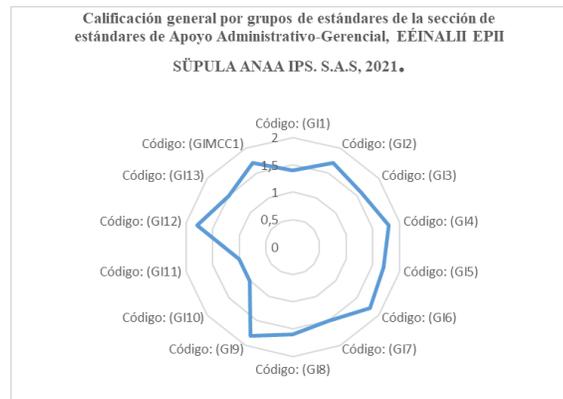
Prioridad	N° Om	%
Alta	2	14%
Media	5	36%
Baja	7	50%
Totales	14	100%

Fuente: Oportunidades de mejora

Entre las oportunidades de mejora de la gestión de la información, solo se propusieron 2 oportunidades de mejora con mayor prioridad en el corto plazo, entre ellas, las puntuaciones clave de doce 5 oportunidades de mejora estas no superaron el 36%, por lo que se pueden alcanzar en el mediano plazo.

Par a observar cómo se encuentra la institución en los grupos de estándares de apoyo administrativo gerencial El grafico 4, muestra la calificación general.

Figura 4 Calificación general por grupos de estándares de la sección de estándares de Apoyo Administrativo - Gerencial, Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.



Nota. Diseño Propio

De acuerdo con la Figura 4, si una organización desea seleccionar personal calificado, ningún grupo debe cumplir con las calificaciones mínimas, por lo que es necesario fortalecer la gestión del talento, los estándares de gestión y los lineamientos de actuación. Se puede observar que el trabajo de gestión de la información de la organización tiende a fortalecerse, pero esto debe realizarse de acuerdo con la misión y visión de la organización, para no desviarse del plan estratégico.

Para determinar si cumple con los estándares de mejora de la calidad, se realizó un análisis cualitativo en el grupo de estándares de mejora de la calidad, incluyendo la elevación del de la línea base, en el que se establecieron los procesos actuales de la organización y los procesos establecidos. Estándares, ventajas identificadas, oportunidades de mejora para cada estándar y proceso de mejora.

El análisis cualitativo muestra que la agencia tiene muchos años comprometidos con la calidad, pero este trabajo no cumple con los estándares previstos, por lo que las actividades que se han realizado están fuera de línea y aún no hay tendencia de medición.

Después del análisis cualitativo, cada estándar es cualitativo, como se muestra en la Tabla 15. Según el cualitativo obtenido, todos los estándares adoptan un enfoque sistemático para lograr el propósito básico del estándar. Un conjunto de estándares que está más orientado al futuro y tiene un proceso limitado para evaluar y mejorar los métodos.

Este conjunto de estándares solo implementó el despliegue social de documentos, políticas, lineamientos y procedimientos en ciertas áreas de la organización y para un pequeño número de clientes, pero la evidencia no es consistente en términos de los logros y efectos de la aplicación del sistema. En este método, hay datos parciales de algunos indicadores. No hay evidencia de que el logro sea el resultado de la implementación de este método, no hay una mejora continua en la calidad del proceso y la tendencia de desempeño, y no hay una institución con la mejor política o proceso.

Tabla 16 Calificación del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad, EÉINALII Epii Süpula Anaa Ips. S.A.S, 2021.

Estándar		Enfoque			Implementación		Resultados				Media	
		Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia		Comparación
1	Estándar 156. Código: (MCC1)	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1.7
2	Estándar 157. Código: (MCC2)	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1.4
3	Estándar 158. Código: (MCC3)	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1.8
4	Estándar 159. Código: (MCC4)	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1.5
5	Estándar 160. Código: (MCC5)	2	2	2	1	1	11		1	1	1	1.3

Totales	1.5
---------	-----

Fuente: Diseño Propio basado en la guía 3.1

Las oportunidades de mejora establecidas para el grupo estándar de mejora en el análisis cualitativo están ordenadas por prioridad. En esta matriz, el riesgo de los usuarios, pacientes / o socios, el costo de la entidad y la cantidad de usuarios, pacientes y / o socios afectados por la oportunidad han mejorado. No se han realizado. La Tabla 16 muestra las principales oportunidades de mejora de este grupo de estándares de mejora en la calidad dividida según la importancia del estándar de mejora de la calidad.

Tabla 17 Priorización de las oportunidades de mejora del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad, Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.

Prioridad	N° Om	%
Alta	1	20%
Media	2	40%
Baja	2	40%
Totales	5	100%

Fuente: Oportunidades de mejora

El grafico 5 muestra las calificaciones generales del grupo estándar de mejora de la calidad. Según la figura, la organización obtiene una puntuación más alta en el monitoreo de mejora continua de la calidad (MCC). Debido a que la ley exige que todos los proveedores de salud informen, se proporciona este sistema de información de calidad de calificación Es trimestral, pero la puntuación es baja en el mantenimiento de MCC, debido a que los resultados de estos procesos o mantenimiento de la calidad no han sido totalmente estandarizados, por lo que no existe documentación, organización ni análisis.

M.C.C. Se parte del plan para implementar las oportunidades de mejora identificadas en el plan de proceso con el fin de monitorear, mantener y los resultados de M.C.C. Se administra de acuerdo con la norma aprobada.

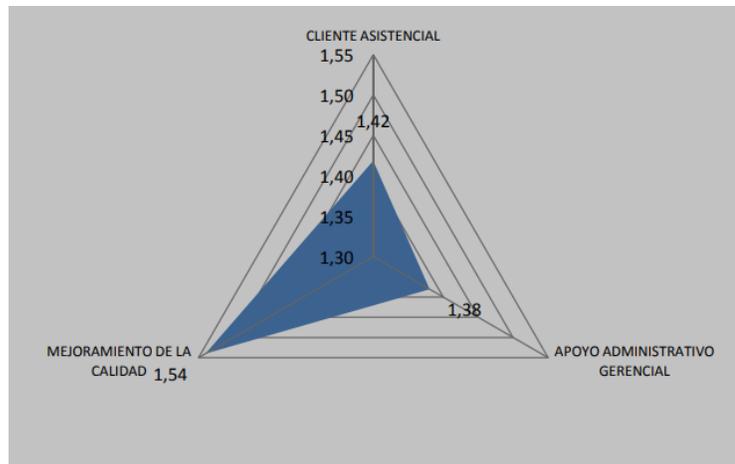
Figura 5 Calificación general del grupo de estándares de Mejoramiento de la Calidad, Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. S.A.S, 2021.



Nota. Diseño propio

La Figura 5 muestra las calificaciones generales de cada conjunto de estándares en Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. SAS, en 2021, este cuadro muestra que la organización ha adelantado un trabajo importante en los estándares del grupo MCC. Se requiere un trabajo muy poderoso en los estándares de la gestión del grupo de apoyo administrativo y del grupo de atención al cliente. Este último es muy importante porque están relacionados con la organización, la misión es más relevante.

Figura 6 Calificación general por cada grupo de estándares, Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. SAS, en 2021



Nota. Diseño Propio

Nota. Las oportunidades de mejora para cada conjunto de estándares que han alcanzado resultados de alta prioridad se utilizan para preparar PAMEC. El plan se desarrollará en la segunda mitad de 2021 porque consta de oportunidades de mejora clave sobre las que se debe actuar.

Conclusiones

Se realizó una autoevaluación cualitativa y cuantitativa de acuerdo con la Resolución No. 123 de 2012 y la tabla radar establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social para Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS. Conocimientos en salud y protección social, información básica sobre la continuidad del proceso, y de esta forma seleccionar el más alto estándar de calificación.

Finalmente, se propuso un plan de mejora, teniendo en cuenta los estándares prioritarios y las herramientas de trabajo para la implementación de Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS PAMEC.

El plan de auditoría de mejora de la calidad está diseñado para Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS.

El proceso de certificación en salud es parte fundamental para mejorar los servicios que brindan las instituciones de salud, el motivo es mejorar el estado de salud y la satisfacción de los usuarios, y tratar de identificar y superar las expectativas y necesidades de ellos y sus familias.

Nivel gerencial, profesionales de la salud y toda la comunidad.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, hace que las Instituciones prestadoras de servicios de salud, se enfoquen en la satisfacción al usuario en cuanto a accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad de los procesos. La autoevaluación de los estándares de acreditación en Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS fue esencial para determinar las variables claves para el proceso del planteamiento del plan de mejoramiento.

La calificación global de 1,49 de la agencia indica que aún no está lista para ingresar a la ruta crítica de certificación y solicitar la certificación. Se ha encontrado que la mayoría de los estándares del proceso de servicio al cliente, los estándares de apoyo administrativo de gestión y los estándares de mejora de la calidad están por debajo del promedio con el objetivo de prevenir Las medidas para que los empleados, usuarios y sus familias estén expuestos a riesgos

potenciales son fundamentales para mejorar los estándares, de modo que se pueda garantizar la calidad de los procesos en sus áreas de servicio.

El funcionamiento del comité y sus reuniones periódicas ayudan a operar y superar las limitaciones de los procedimientos establecidos por el hospital. Sin embargo, la mayoría de ellos no son efectivos debido a la evidencia bien documentada, pero no hay revisión periódica, seguimiento El personal de revisión no será capacitado, educado y ejercitado regularmente sobre temas relacionados con los planes, programas y acuerdos establecidos por la agencia.

Es necesario formular las acciones propuestas en PAMEC para fortalecer el proceso misionero, porque esta es la razón de la existencia de la institución, por lo que es necesario integrar más el proceso de apoyo administrativo de gestión en la estrategia de certificación, porque comparar el MCC con la puntuación más baja debería ser un proceso planificado, en lugar de un informe esporádico de indicadores.

Recomendación

Invitar a los centros de posgrado, especialmente a los programas de auditoría de salud, a continuar alentando a los estudiantes a desarrollar planes de auditoría para mejorar la calidad de la organización, en primer lugar, para cumplir con las normas para continuar persiguiendo los logros sobresalientes de nuestras instituciones regionales de salud.

Alentar a todas las entidades de salud públicas y privadas a que se den cuenta de que la mejora continua es su responsabilidad y por tanto la importancia de mantener una gestión de calidad en sus instituciones. Sembrar la próxima generación de especialistas en auditoría sanitaria para brindar una atención de alta calidad, un trato humanizado y personalizado en principio, es una opción ideal para mejorar la calidad de vida de quienes más lo necesitan y dejar un legado para la familia.

Los cambios normativos y ambientales requieren que los planes, programas y convenios existentes sean revisados y adaptados a los requisitos presentados, las actividades deben ser realizadas por la comisión competente para mantener actualizada la información existente en Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS

La autenticación es una estrategia para la búsqueda de la satisfacción del usuario y su mayor desarrollo. Supera las expectativas de los usuarios de brindar servicios médicos basados en la seguridad del paciente. Cabe señalar que la satisfacción de la autenticación también es muy importante para los clientes internos y los clientes. Este proceso es donde el trabajo de la organización no es tan obvio y hay pocos procesos estandarizados.

Los cambios normativos y ambientales requieren que los planes, programas y convenios existentes sean revisados y adaptados a los requisitos presentados, las actividades deben ser realizadas por la comisión competente para mantener actualizada la información existente en Eéinalii Epii Süpula Anaa IPS.

Contar con los recursos humanos, económicos y materiales necesarios para realizar las actividades recomendadas por P.A.M.E.C.

Los recursos humanos de la organización deben estar invertidos y ser conscientes de la importancia de implementar las actividades y cambios relacionados, desempeñar las funciones de manera responsable y proponer soluciones a los problemas en sus respectivas áreas de trabajo.

Socializar los resultados alcanzados por toda la organización para animarlos a continuar el proceso de mejora y ganar reconocimiento.

Referencias bibliográficas

Conexionesan. (11 de Mayo de 2016). *ESAN*. Obtenido de <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>

dle.rae. (2021). Obtenido de <https://dle.rae.es/paciente>

Héctor Robledo-Galván, J. M.-M.-D.-L. (2012). De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud. *conamed*, 4.

La OPS y el Estado colombiano. (1902-2002). CIEN AÑOS DE HISTORIA. *LA ORGANIZACIÓN*, 399.

Lanza, L. M. (2009-2010). *HISTORIA ECONÓMICA*. Madrid.

LEY 715 DE DICIEMBRE 21 DE 2001. (21 de diciembre de 2001). *LEY 715 DE DICIEMBRE 21 DE 2001*. Bogota.

Luna, A. K. (1992). *ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD*. Editorial Pax México.

Mayol Marcó, D. D. (2013). Taylor, cien años después. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, 1-16.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (8 de mayo de 2006). *Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones*. bogota.

Morales, F. C. (28 de mayo de 2020). *Gerencia*. *Economipedia.com*. Obtenido de <https://economipedia.com/definiciones/gerencia.html>

OMS. (Julio de 2014). *elhospital*. Obtenido de <https://www.elhospital.com/temas/OMS-concientiza-sobre-la-seguridad-del-paciente-en-los-hospitales+98779>

Organizacion Mundial de la Salud. (9 de Marzo de 2019). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/patient-safety>

