

**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE
LA ATENCIÓN EN SALUD EN PULCARDI**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
AUDITORÍA EN SALUD**

AUTORES:

**ÁNGELA MARÍA ROJAS CALVO
LINA MARCELA OSSA OCHOA**

**RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SAALUD
PEREIRA, MARZO 18 2017**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE
LA ATENCIÓN EN SALUD EN PULCARDI**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
AUDITORÍA EN SALUD**

AUTORES:

**ÁNGELA MARÍA ROJAS CALVO
LINA MARCELA OSSA OCHOA**

ASESORES:

CARMEN LUISA BETANCUR PULGARIN
Ms en Enfermería, especialista en Epidemiología, especialista en docencia
universitaria, docente asociada Areandina, seccional Pereira
JOSE EDISON ECHEVERRY QUINTERO
MBA, especialista en gerencia y auditoria médica, Médico cirujano

RED ILUMNO
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SAALUD
PEREIRA, MARZO18 2017

NOTA DE ACEPTACIÓN

Jurado

Jurado

Pereira, 18 de Marzo de 2017

DEDICTORIA

“Quiero agradecerle primero a Dios que me permite día tras día lograr mis metas, a mi familia madre, hermanos y, a mi esposo y a mi hijo por la paciencia y comprensión que han tenido con todo mi proceso de formación profesional porque ahora se convierte en un fruto más del esfuerzo y la dedicación”

Lina Marcela Ossa Ochoa.

“En primer lugar agradecerle a Dios y La Virgen por darme la fortaleza y sabiduría suficiente para culminar esta nueva meta a nivel profesional. A mis padres y hermanas por el apoyo incondicional que me brindaron día a día en este proceso, y en especial a mi futuro esposo quien con su paciencia, motivación, entrega y amor me ayudo a culminar con éxito este nuevo posgrado.”

Ángela María Rojas Calvo

AGRADECIMIENTOS

Nuestros más sinceros agradecimientos a cada una de las personas que con su colaboración nos ayudaron a culminar con éxito este trabajo.

Agradecer a la Fundación Universitaria del Área Andina por darnos la oportunidad de formarnos como especialistas y a los docentes de la especialización de auditoría en salud quienes nos acompañaron y nos guiaron en todo el proceso de formación.

LISTA DE CONTENIDO

LISTA DE CONTENIDO	6
LISTA DE FIGURAS	8
LISTA DE CUADROS	9
INTRODUCCIÓN	10
1 PROBLEMA.....	11
1.1 Descripción del problema	11
1.2 Formulación del problema	12
2 JUSTIFICACIÓN.....	13
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo General	15
3.2 Objetivos Específicos	15
4 MARCO TEÓRICO	16
4.1 Marco de antecedentes	16
4.2 Marco institucional	20
4.3 Marco referencial	21
4.4 Glosario	24
4.5 Marco normativo	27
5 METODOLOGÍA.....	30
5.1 Tipo de trabajo	30
5.2 Flujograma	¡Error! Marcador no definido.
5.3 Compromiso bioético	32
5.4 Compromiso medioambiental	32
5.5 Responsabilidad social	32
5.6 Aspectos administrativos, cronograma y presupuesto	32
5.7 Información institucional analizada	33
6 RESULTADO.....	61
6.1 Anexo 1 Cuadro de Mando de Indicadores PULCARDI	61
6.2 Anexo 2 Matriz cualitativa, cuantitativa y priorización (PAMEC)	61

6.3	Anexo 3 Plan de mejora procesos priorizados PULCARDI.....	61
7	CONCLUSIONES	62
8	RECOMENDACIONES.....	63

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 4.1 Mapa Eje cafetero,</i>	20
<i>Figura 5.1 Flujograma</i>	31
<i>Figura 5.2. Portafolio de servicios parte A</i>	38
<i>Figura 5.3 Portafolio de servicio parte B</i>	38
<i>Figura 5.4 Portafolio de servicio parte D</i>	39
<i>Figura 5.5 Portafolio de servicio parte E</i>	39
<i>Figura 5.6 Portafolio de servicio parte</i>	40
<i>Figura 5.7 Macroproces</i>	41
<i>Figura 5.8 Procesos PULCARDI</i>	42
<i>Figura 5.9 Proceso direccionamiento estratégico</i>	43
<i>Figura 5.10 Proceso asignación de citas</i>	44
<i>Figura 5.11 Proceso acceso del paciente</i>	45
<i>Figura 5.12 Proceso consulta médica especializada</i>	46
<i>Figura 5.13 Proceso consulta RHCP</i>	47
<i>Figura 5.14 Proceso egreso del paciente</i>	48
<i>Figura 5.15 Proceso de referencia</i>	49
<i>Figura 5.16 Proceso evaluación del paciente</i>	50
<i>Figura 5.17 Proceso de SIAU</i>	51
<i>Figura 5.18 Proceso de facturación y cartera</i>	52
<i>Figura 5.19 Proceso contratación externa</i>	53
<i>Figura 5.20 Proceso de reclutamiento y selección</i>	54
<i>Figura 5.21 Proceso contratación interna</i>	55
<i>Figura 5.22 Proceso de mantenimiento</i>	56
<i>Figura 5.23 Proceso de manejo de residuos</i>	57
<i>Figura 5.24 Proceso información e indicadores</i>	58
<i>Figura 5.25 Compra y adquisición de tecnología</i>	59
<i>Figura 5.26 Proceso calidad y mejoramiento continuo</i>	60

LISTA DE CUADROS

Cuadro 4.1 Normograma 30
Cuadro 5.1 Cronograma de actividades 32
Cuadro 5.2 Presupuesto elaboración del trabajo..... 32

INTRODUCCIÓN

La auditoría es un mecanismo de mejoramiento continuo en el sistema de gestión de la calidad, que implica la evaluación continua de estándares de calidad y se orienta a la elaboración de resultados centrados en el cliente. La auditoría y el sistema de garantía de la calidad apuntan específicamente hacia la atención en salud que 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”.

La Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad, comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección, el Mejoramiento Continuo de la Calidad debe ser visto como un proceso de autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes, centrándose en el análisis de los resultados (estándares) de los procesos prioritarios dados por la empresa y el aprendizaje organizacional que se obtenga de las oportunidades de mejora detectadas.

Para finalizar es importante aclarar que la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud se debe orientar a los diferentes actores del sistema con el fin de implementar dichos procesos y promover que esta herramienta de gestión impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.

1 PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo, cada país a través de la historia ha procurado por la mejora continua en todos los procesos de las instituciones de salud, es por ello que en cada uno tienen diferentes leyes y normas cuya base fundamental es auditar en salud para procurar la mejora en los servicios. La OES (organización para la excelencia en salud) refiere que la auditoría en salud conserva el espíritu del mejoramiento continuo de la calidad ya expresado en la acreditación y de forma gráfica representa la relación de la auditoría con la acreditación que es a lo que deben apuntar todos los servicios de salud¹.

En la actualidad lastimosamente los sistemas de salud no procuran permanentemente por mejorar las condiciones de su población, desvirtuando el objetivo de proporcionar a los pacientes servicios de calidad y no implementan procesos que garanticen los mejores resultados para el paciente, familia y comunidad, y dejan la auditoría como un requisito para el funcionamiento y no como una herramienta para el mejoramiento de la calidad, que debe hacerse de forma sistemática y continua evaluación.

A pesar de que en Colombia existe el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad que se creó con el objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, un gran porcentaje de entidades no ofrecen servicios con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos y peor aún no logran la adhesión y satisfacción de los usuarios, además el SOGC facilita a realizar los procesos de Habilitación, Auditoría, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud de forma integral, pero la mayoría de instituciones con lo único que cuentan es con habilitación para poder funcionar y auditoría como requisito en el papel, y dejan de lado la proyección hacia la perfección de los servicios².

¹ Organización para la Excelencia de la Salud [Internet]. Cgh.org.co. 2017 Available from: <http://www.cgh.org.co>

² Colombia M. Páginas - Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) [Internet]. Minsalud.gov.co. 2017 [cited 18 February 2017]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>

Las entidades de salud permanentemente están es riesgo de sufrir un incidente o un evento adverso causando esto un daño en una persona y por consecuencia una mala imagen del profesional de salud y del equipo de trabajo que rodea toda la institución, el desconocimiento de factores que afectan la seguridad de todos quienes se encuentren en las instituciones ha sido pilar fundamental para ver la necesidad de estar en continua vigilancia de todos y cada uno de los procesos que se llevan a cabo, creándose de esta forma la necesidad de la auditoria que como indica su nombre en inglés audit significa verificar, inspeccionar los procesos con metodologías ya estandarizadas y aplicando la norma, con la orientación hacia la mejora continua y toma de decisiones oportunas y acertadas³.

Los eventos adversos están relacionados con múltiples factores como son la práctica clínica, los productos y los procedimientos. La mejora de la seguridad del paciente requiere la dedicación para lograr mitigar los riesgos del ambiente, el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención en salud, hay un cierto grado de peligro en cada paso del proceso de atención, pero es allí donde radica la importancia de que todo esté controlado, verificado y evaluado, con el fin de detectar fallas que nos ayuden a implementar barreras de seguridad contribuyendo a minimizar la ocurrencia de incidentes o eventos adversos. Para finalizar es importante resaltar que PULCARDI empresa nueva en el mercado de la región incursione creando e implementando en cada uno de los procesos las pautas en pro del mejoramiento continuo de la calidad.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el diseño del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud (PAMEC), para el cumplimiento de la normatividad vigente en salud, de la IPS PULCARDI en la ciudad de Pereira, durante el primer semestre de 2017?

³ Miyahira J. *Calidad en los servicios de salud ¿Es posible?. Revista Medica Herediana.* 2015;12(3):75.

2 JUSTIFICACIÓN

El propósito de realizarle el PAMEC a PULCARDI radica en múltiples aspectos el primero es poder tener claridad de los procesos que se llevan a cabo en la organización así como contar con aspectos de tipo cualitativo y cuantitativo que permiten priorizar situaciones y procesos de mayor importancia teniendo en cuenta que se evalúan estándares de todo tipo administrativos, asistenciales entre otros y poder así implementar planes de mejora con enfoque claro; segundo dar cumplimiento de la normatividad vigente en salud en nuestro país y tercero y quizás el más importante es poder brindar servicios seguros y con calidad a todos los usuarios, siendo esta la razón de ser de la auditoría en salud y del sistema único de acreditación en salud.

Actividades supuestamente de alto riesgo, como la aviación o las plantas nucleares, tienen un historial de seguridad muy superior al de la atención médica. La probabilidad de que un pasajero sufra algún daño en un avión es de 1 en 1.000.000 de pasajeros, pero mirándolo desde la perspectiva en salud la probabilidad de que un paciente sufra algún daño ocasionado por la atención médica es de 1 en 300 pacientes cifras que hacen más que importante indispensable tener en todas las instituciones de salud el proceso de auditoría como estrategia indispensable para su adecuado funcionamiento.⁴

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.

Adicionalmente el sistema de información para la calidad y los indicadores de monitoreo para la calidad en salud son la herramienta fundamental en PULCARDI ya que son los instrumentos que ayudan a determinar el estado en que se encuentra la organización y para lograr verificar que se estén llevando a cabo los procesos, planes de mejora y dan una medida infalible acerca de la calidad de las prestaciones de los servicios de la organización

⁴ *Seguridad del paciente [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 Available from: http://www.who.int/topics/patient_safety/es/*

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 poderosas⁵.

El PAMEC es un programa integral que procura no solo el mejoramiento en la atención del paciente sino también en todos los ámbitos de la organización con lo son el direccionamiento, la gerencia, el talento humano, el ambiente físico, la tecnología, la información y finalmente el mejoramiento continuo de la calidad; existen varios grupos beneficiados con la realización e implementación del PAMEC inicialmente los usuarios ya que son ellos la razón de ser de la organización y por qué se procura el mejoramiento continuo para minimizar al máximo los riesgo o situaciones de peligro en las que se puedan encontrar, segundo el personal que labora en la institución ya que esto mejora el clima laboral y deja claramente asignadas las obligación y tercero a los altos mando porque con ello pueden tomar decisiones y realizar cambios cruciales para la permanencia de la empresa en el mercado

⁵ OMS | 10 datos sobre seguridad del paciente [Internet]. Who.int. 2017 [cited 18 February 2017]. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/patient_safety_facts/es/

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Diseñar 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 PULCARDI en la ciudad de Pereira, durante el primer semestre de 2017.

3.2 Objetivos Específicos

- Realizar autoevaluación cualitativa y cuantitativa de acuerdo a la resolución 123 de 2012 y la hoja radar establecidos por el ministerio de salud y protección social.
- Desarrollar la priorización de los estándares de acreditación teniendo en cuenta la metodología establecida por el ministerio de salud y protección social.
- Seleccionar los estándares que obtengan mayor calificación en la priorización.
- Plantear el plan de mejoramiento con los estándares priorizados, y herramientas de trabajo.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 Marco de antecedentes

El concepto de calidad ha venido evolucionando a través de los años, sin embargo el concepto de calidad ha estado presente siempre en la humanidad, sólo que no se le conocía como hoy en día, ni tampoco se evaluaba con los métodos y herramientas disponibles; la calidad se fundamentaba en acuerdos establecidos en los intercambios comerciales, para el Siglo XVIII cuando tomó el matiz formal con el que la conocemos hoy en día, particularmente con el auge en los negocios y en los bienes que se producían a gran escala, en la época de la revolución industrial.

Para Kaoru Ishikawa experto en el control de calidad, cuyo aporte fue la implementación de sistemas de calidad adecuados al valor del proceso en la empresa, su sistema de calidad fue muy completo e integraba dos procesos indispensables que son el gerencial y evolutivo. Para Ishikawa el control de calidad consiste en desarrollar, diseñar, elaborar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, útil y que satisfaga las necesidades del consumidor.

Su filosofía se basó en el control de calidad, los aportes mas importantes de Ishikawa fueron creación del diagrama causa-efecto, o espina de Ishikawa muy utilizados en el tema de eventos adversos y análisis de situaciones en salud, igualmente indica las herramientas básicas para la administración de la calidad las cuales se describen a continuación el proceso, hojas de control , histogramas, análisis Pareto, análisis de causa y efecto o diagrama de Ishikawa, diagramas de dispersión, gráficas de control y análisis de estratificación⁶

A finales del Siglo XIX en los Estados Unidos, Frederick Taylor suprimió la responsabilidad de cuidar la tarea de calidad de los productos que estaba encomendada a los obreros y supervisada por los capataces, la puso en manos de los ingenieros industriales, quienes estaban más calificados para ejecutar este tipo de actividades, a principios del siglo XX ya se contaba con tecnología disponible y el abaratamiento de costos de producción, fue 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 eminentemente industrial.

⁶ Orellana K, Orellana K, perfil V. *FILOSOFIA KAORU ISHIKAWA* [Internet]. *Maestrosdelacalidadop100111.blogspot.com.co*. 2017 [cited 18 February 2017]. Available from: <http://maestrosdelacalidadop100111.blogspot.com.co/2012/09/filosofia-kaoru-ishikawa.html>

La auditoría en salud inicialmente se enfocó en aspecto netamente administrativos básicamente se dedicó al tema de autorización de servicios y facturación, poco o nada era el contenido de mejoramiento de la calidad de la atención en salud, La auditoría en salud hacia los siglo XI Y XIX se limitó a dar simplemente estadísticas como nacimiento y muertes pero no tenía impacto ya que no había una toma de decisiones con respecto a la información que se obtenía

En el siglo XX ya se incorpora el termino de CALIDAD DE ATENCION MEDICA y es allí donde se crean organizaciones encargadas de controlar la calidad y es la auditoria en salud quien se encarga de esto, históricamente la auditoria nació en los hospitales de los estados unidos en el siglo XX donde el perfeccionamiento fue inicialmente en las historias clínicas su primer nombre fue MEDICAL AUDIT donde su propósito fue que el paciente recibiera la mejor atención medica posible con calidad, luego evoluciono a CLINICAL AUDIT

Teniendo en cuenta el posicionamiento que se dio en el tema de calidad en el siglo XX, la atención médica en México y en muchos otros países comienza a tener interés en este tema como requisito indispensable de sobrevivencia económica, responsabilidad social e integridad moral, para Avedis Donabedian define calidad como: “el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes”,⁷ la cual se fundamenta en dos conceptos el primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de como se define éste.

Como resultado de los trabajos de Donabedian, los sistemas de salud se han convertido en un campo para la investigación y en una excitante arena para la acción, como parte de sus contribuciones al conocimiento general sobre sistemas de salud, Donabedian hizo énfasis en el tema específico de la calidad de la atención a la salud⁸.

⁷ Rodriguez A. *Calidad en los servicios de salud. Horiz Sanit [Internet]. 2005;17:1–13. Available from: http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2005_mayo_agosto/calidadservicios_salud.pdf*

⁸ Frenk Julio. *Avedis Donabedian. Salud pública Méx [Internet]. 2000 Nov [cited 2017 Feb 18]; 42(6): 556-557. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-3634200000600015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-3634200000600015>.*

Los tres elementos fundamentales de la calidad asistencial que define Donabedian son tres Estructura, Proceso y Resultado. Por Estructura entiende desde la propia organización hasta los recursos de que dispone (tanto humanos como físicos y financieros). Por Proceso entiende el conjunto de actividades que se realizan, por y para el paciente, así como la respuesta del paciente a esas actividades. Por Resultado entiende los logros conseguidos tanto en el nivel de la salud, calidad de vida, conocimientos adquiridos del paciente o la población, como el grado de satisfacción con la atención recibida⁹.

A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, las cuales son la efectividad, Eficiencia, Accesibilidad, Aceptabilidad y Competencia profesional¹⁰, las cuales buscan integrarse armónicamente en cada uno de los procesos de las instituciones de salud con el fin de minimizar riesgos, crear barreras de seguridad que permitan mitigar la presencia de incidentes y eventos adversos en el proceso de atención, con el objetivo de brindarle al paciente una atención segura.

En Colombia desde 1991 en la Constitución nacional se habla del derechos fundamentales a la vida y la salud y no precisamente incluye la calidad en su definición pero al hablar de salud ya se estaba circunscribiendo la necesidad de está en todos los procesos relacionados con atención médica de calidad , después en el año 1993 surgió la ley 100 Por medio de la cual se creó el sistema de seguridad social integral orientado a mejorar la calidad de vida de la población organizando los servicios de salud de acuerdo a las necesidades y requerimientos de la población¹¹.

8 años más tarde la Ley 715 de 2001 reglamento para organizar la prestación de los servicios de salud en términos de calidad y definió que en el primer año de vigencia de la ley se debía crear el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud¹².

⁹ Menéndez JR. *Evolución del concepto de Calidad. Sumario.* 2014;10(3):169–75.

¹⁰ Suñó R, Net A, Net, Álvaro . Suñol R. *La Calidad de la Atención. Ponències i Jornades.* 1991;(3):1–13.

¹¹ Consulta de la Norma:. (2017). [online] [Alcaldiabogota.gov.co](http://www.alcaldiabogota.gov.co). Available at: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

¹² Consulta de la Norma:. (2017). [online] [Alcaldiabogota.gov.co](http://www.alcaldiabogota.gov.co). Available at: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4452>

Pasaron 5 años para que se generara el primer documento en el año 2006 y salió el DECRETO 1011¹³ 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 2006¹⁴ 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 2006¹⁵ define las funciones de la Entidad Acreditadora y define los manuales de estándares del sistema único de acreditación.

El año 2006 fue crucial para mejorar todos los procesos de auditoría y calidad de las instituciones adicionalmente en este años salió 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 Salud¹⁶.

luego en el año 2012 sale la Resolución 0123¹⁷ con el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario, dos años más tarde con Resolución 2003 de 2014¹⁸ 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 0256¹⁹ 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.

Y es así como finalmente en Colombia se tiene claramente reglamentado y definido el proceso para que todas las instituciones tengan implementado los procesos de auditoria y mejoramiento continuo de la calidad.

¹³ Consulta de la Norma:. (2017). [online] Alcaldiabogota.gov.co. Available at: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>

¹⁴ Consulta de la Norma:. (2017). [online] Alcaldiabogota.gov.co. Available at: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20268>

¹⁵ Anon, (2017). [online] Available at: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Manual-Estandares-Sistema-Acreditacion-Resolucion-1445-2006.pdf>

¹⁶ Consulta de la Norma:. (2017). [online] Alcaldiabogota.gov.co. Available at: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>

¹⁷ Cite This For Me [Internet]. Google.es. 2017 [cited 18 February 2017]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio-hospitalario.pdf>

¹⁸ Cite This For Me [Internet]. Google.es. 2017 [cited 18 February 2017]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

¹⁹ Resolución 256 2016 [Internet]. Calidadensalud.minsalud.gov.co. 2017 [cited 18 February 2017]. Available from: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Inicio/ROSS/Resolucion2562016.aspx>

4.2 Marco institucional

Las investigaciones que se han realizado en los últimos años acerca de la importancia de la rehabilitación cardiopulmonar demuestran que en la actualidad las enfermedades cardiovasculares constituye la primera causa de muerte a nivel mundial,²⁰ mientras que las enfermedades respiratorias constituyen la cuarta causa, catalogándose como patologías con una gran incidencia en los seres humanos.²¹

Teniendo en cuenta lo anterior se ve la importancia de crear un centro de rehabilitación cardiopulmonar con el fin de que los paciente que tengan este tipo de patologías se les brinde un adecuado manejo, por ellos este proyecto se realizara en el municipio de Pereira, capital del departamento de Risaralda; cuya localización es estratégica, pues se ubica en el centro occidente del país, y tiene una fácil conectividad y acceso con los tres departamentos que conforman el Eje Cafetero.

A continuación se visualiza la Figura 4.1 donde estará ubicado el centro de rehabilitación cardiopulmonar PULCARDI.



Figura 4.1 Mapa Eje cafetero,

²⁰ García-Muñoz AI. Tolerancia al ejercicio en pacientes posquirúrgicos cardiovasculares luego de la intervención con un programa de rehabilitación cardiaca fase ii. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2014; 21(6): p. 413.

²¹ salud Md. Ministerio de salud y protección social. [Online].; 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/epoc.pdf>.

Fuente *Cite This For Me [Internet]. Google.es. 2017 [cited 18 February 2017]. Available from: <https://www.google.es/maps/place/Pereira,+Risaralda,+Colombia/@4.7850068,-75.7951522,11z/data=!4m5!3m4!1s0x8e3886fffb3a98bd:0x80042b7be1f1b0a3!8m2!3d4.804774!4d-75.713761>*

4.3 Marco referencial

Atención en salud: La auditoría en particular y el Sistema de Garantía de Calidad en general de nuestro país apuntan específicamente hacia la atención en salud definida 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”, lo cual debe entenderse en los siguientes términos:

- Que el concepto de atención en salud y el proceso de mejoramiento de la calidad deben trascender en su alcance el ámbito de los servicios asistenciales. En efecto, el cuidado de la salud de los colombianos debe concebirse como un esfuerzo articulado en el cual concurren el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores productivos del país.
- Que la atención en salud, como parte del proceso de cuidado de la salud, comprende el conjunto de actividades que realizan los organismos de dirección, vigilancia, inspección y control, tanto en el ámbito nacional como en los territorios, las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura.

De acuerdo con lo anterior, en el propósito común de garantizar la calidad de la atención en salud, concurrirán de acuerdo con sus objetivos y competencias, todas las organizaciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Calidad de la atención en salud: La Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define 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”.

Esta definición contiene varios elementos que se deben analizar:

Introduce el concepto básico de la calidad entendida como una relación entre beneficios, riesgos y costos, lo cual significa que la definición de la calidad debe

estar basada en el conocimiento de la evidencia científica y en el establecimiento de una relación entre estos aspectos; pues la calidad no puede ser ajena a la eficacia, la efectividad y la eficiencia.

Se concede una gran importancia a la accesibilidad y la equidad como condiciones complementarias entre sí, e indispensables para contribuir al logro de resultados deseables en salud. En efecto, el primer reto en materia de calidad de un servicio, en cualquier sector de la economía, consiste en garantizar el acceso a la población usuaria. Adicionalmente, en la medida en que el acceso se restrinja a cualquier grupo humano de esa población, los resultados diferenciales serán una prueba de la inequidad de dichos servicios. En este contexto, resulta de singular importancia la acción coordinada entre las EPS, las IPS y las Entidades Territoriales de salud.

Nivel profesional óptimo: se debe entenderse como la interacción de un conjunto de factores estructurales y de proceso orientados a la obtención de un resultado. Igualmente, se incluyen en este concepto la eficacia, efectividad y pertinencia de las intervenciones en salud de acuerdo con guías de atención basadas en la mejor evidencia científica disponible. La definición también hace referencia a la necesidad de tomar en consideración los recursos disponibles, ya que no se justifica que el costo de mejorar la calidad resulte superior al costo de la mala calidad.

Mejoramiento continuo de la calidad: La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; esto tiene implicaciones conceptuales y metodológicas:

El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.

El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

Ciclo PHVA: En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud.



Fuente *emaze presentations*. (2017). *CICLO PHVA*. [online] Available at: <https://www.emaze.com/@ALROCWCQ/CICLO-PHVA-> [Accessed 25 Feb. 2017].

Planear (P): Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (qué). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.

Hacer (H): Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas o “cómo” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.

Verificar (V): Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad, incluidos aquellos que forman parte de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.

Actuar (A): En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso de que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

Atención centrada en el cliente: El otro pilar del Sistema de Garantía de Calidad es la atención centrada en el cliente; la norma entiende como cliente al usuario, es decir, al cliente externo. No significa esto que a la luz del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud no sea importante la satisfacción del cliente interno, lo es y mucho, sobre todo en la medida en que su satisfacción es un prerrequisito para obtener los resultados centrados en el usuario.

En la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población. Para lograr este objetivo se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención. Esta forma de evaluación implica que la organización debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llega a la institución hasta que sale.

La seguridad del paciente: Los sistemas de atención en salud han alcanzado un importante desarrollo y son complejos. Aún acciones de atención en salud aparentemente simples se desarrollan mediante la operativización de secuencias de procesos múltiples y en los cuales intervienen muchos profesionales y trabajadores de la salud, durante los cuales pueden presentarse fallas en la calidad impactando en la seguridad del paciente.

Es necesario ser conscientes entonces de que los sistemas de atención en salud son sistemas de alto riesgo y que por lo tanto en ellos deben analizarse permanentemente tanto de manera retrospectiva cuales han sido los errores que se han cometido y han culminado en un daño al paciente (eventos adversos) o que podrían haberlo hecho (incidentes o casi - evento adverso), como de manera proactiva cuales son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras de seguridad (modo de falla).

La seguridad del paciente debe involucrar acciones hacia el paciente y la familia en los temas de información cuando ocurre un evento adverso y de apoyo durante el despliegue de las acciones requeridas para remediar o mitigar sus consecuencias.

4.4 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.

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.

Empresas administradoras de planes de beneficios, eapb: 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.

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.

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.

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.

4.5 Marco normativo.

NÚMERO 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 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.

Cuadro 4.1 Normograma

5 METODOLOGÍA

5.1 Tipo de trabajo

Descriptivo documental.

PULCARDI es una empresa ubicada en la ciudad de Pereira dedicada a la prestación de servicios de consulta externa de psicología, nutrición, cardiología, neumología y rehabilitación cardiopulmonar, se realizan procedimientos tales como electrocardiograma, holter, espirómetros, prueba de esfuerzo, caminata de seis minutos y terapias de rehabilitación cardiopulmonar, esto se ha hecho con el fin de ofrecer a los pacientes una atención integral.

Flujograma

A continuación se describe el paso a paso para crear el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) en PULCARDI.

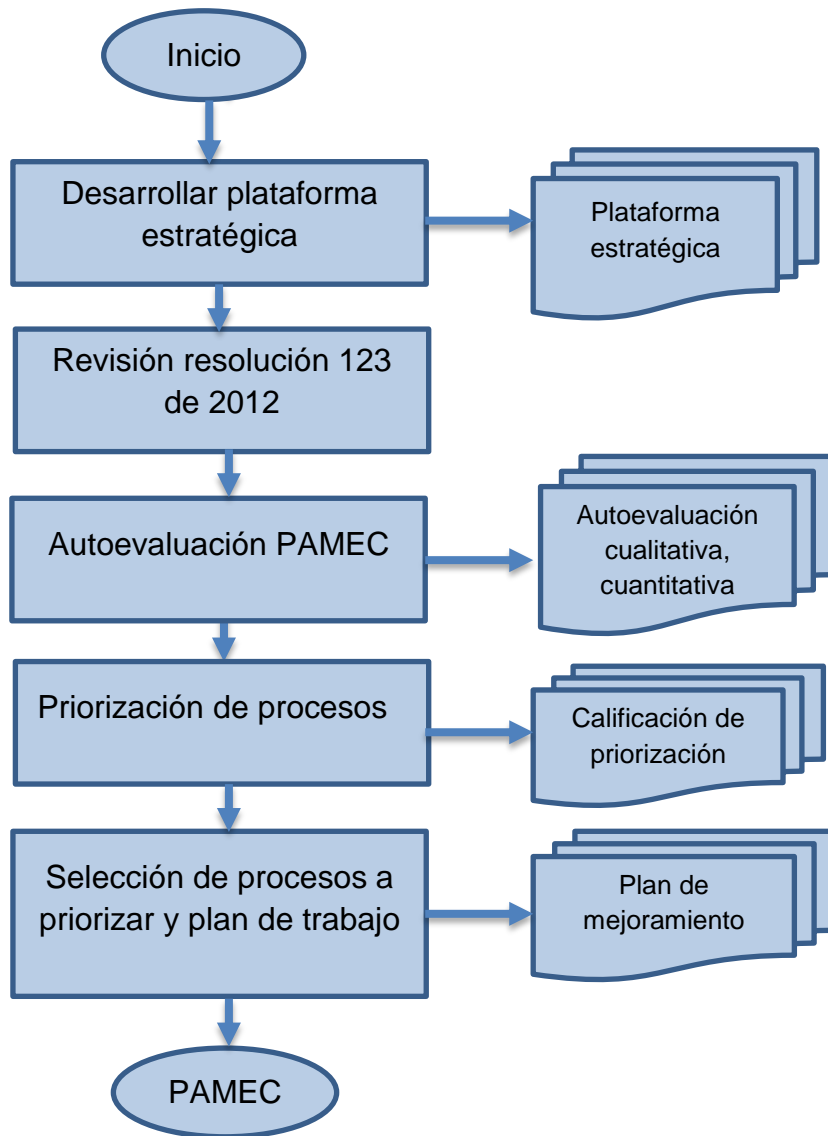


Figura 5.1 Flujograma

5.2 Compromiso bioético

El presente trabajo tiene como primordial premisa cumplir con la honestidad intelectual, la veracidad y la transparencia de este trabajo son ampliamente comprobables con sus referencias y datos obtenidos de terceros, las personas involucradas en la realización del mismo son ampliamente respetadas y con confidencialidad de los datos personales además de ser personal competente. Además este trabajo no requiere experimentos con animales ni humanos por lo cual no tiene riesgo para la comunidad

5.3 Compromiso medioambiental

Este trabajo es amigable con el medio ambiente ya que para su realización no se efectuaron impresiones u otros materiales que puedan dañar el medio ambiente.

5.4 Responsabilidad social

Con la realización de este proyecto PULCARDI se está sensibilizando con las necesidades de la población pereirana que requiere de servicios de atención en salud con calidad y comprometidos con la sociedad, además tiene un gran responsabilidad con la protección del medio ambiente que directamente afecta la población y por ello tiene programas claramente definidos para la disposición de residuos y uso de papeles ecológicos y la menor cantidad de impresiones posibles

5.5 Aspectos administrativos, cronograma y presupuesto

El cronograma de actividades que se llevó a cabo para la realización de este trabajo se describe a continuación.

Cronograma de actividades								
Proceso	Agos	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar
Desarrollo de la plataforma estratégica								
Revisión de la resolución 123 de 2012								
Desarrollo ruta crítica de PAMEC								
Entrega de documentación y herramientas de trabajo para la ejecución del PAMEC								

Cuadro 5.1 Cronograma de actividades

Presupuesto de la elaboración del Pamec

Gasto	Cantidad	Horas	Valor	Total
Estudiantes	3	128	\$60.000	\$7.680.000
Asesores	2	12	\$100.000	\$1.200.000
Total				\$7.880.000

Cuadro 5.2 Presupuesto elaboración del trabajo

5.6 Información institucional analizada

Plataforma estratégica

Misión

Somos un centro especializado en el diagnóstico, consulta profesional, especializada y rehabilitación cardiopulmonar, prestamos servicios para la población del eje cafetero.

En PULCARDI los clientes encontraran servicios con calidad y personal idóneo.

Visión

PULCARDI será para el 2020 el centro de rehabilitación cardiopulmonar líder de eje cafetero reconocida por sus altos estándares de calidad y publicaciones científicas; orientada a la satisfacción de nuestros clientes, expandiendo sus servicios al norte del valle.

Valores

- RESPETO: Todos nuestros clientes son tratados con amor
- RESPONSABILIDAD: Cuidamos de tu salud
- ALEGRÍA: La sonrisa es el idioma universal de los hombres inteligentes
- SOLIDARIDAD: Eres un miembro más de esta familia
- HUMANIZACIÓN: generamos confianza

Política de calidad

PULCARDI se compromete a garantizar la seguridad del paciente, la mejora continua en la prestación de servicios cardiopulmonares, buscando la efectividad en todos los procesos organizacionales, ofreciendo servicios de alta calidad, tecnología de punta y personal idóneo para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, garantizándoles a nuestros usuarios excelentes resultados.

Objetivos de política de calidad

- Prestar en PULCARDI servicios seguros, minimizando riesgos, eventos adversos y consecuencias.
- Mejorar continuamente en la prestación de los servicios cardiopulmonares, buscando siempre la efectividad en todos los procesos organizacionales.

- Seleccionar y capacitar permanentemente al personal con el fin de mejorar su competencia.
- Brindar un servicio acorde a las necesidades del paciente, y así mismo un acompañamiento continuo hasta garantizarle a nuestros usuarios excelentes resultados.
- Cumplir las metas organizacionales.

Objetivos organizacionales

- Objetivo financiero

Gestionar el auto sostenibilidad financiera disminuyendo el porcentaje de pérdidas operacionales y el déficit presupuestal, a fin de cumplir los proyectos institucionales.

Estrategia: Generar un crecimiento rentable aumentando la captación de pacientes, mediante el desarrollo de programas de promoción y prevención en patologías cardiopulmonares, ganando una posición de liderazgo, incrementando al mismo tiempo la rentabilidad de la institución.

Indicador

Capital de trabajo: Capacidad de pagar sus compromisos a su vencimiento y al mismo tiempo satisfacer contingencias e incertidumbres. Un capital de trabajo insuficiente es la causa principal de morosidad en pagos y, lo que es peor, de serias dificultades financieras.

Capital de trabajo= Activo corriente – Pasivo corriente

Prueba acida: Mide con mayor severidad el grado de liquidez de las empresas ya que, en algunas circunstancias, los inventarios y otros activos a corto plazo pueden ser difíciles de liquidar.

Prueba acida= (Activo corriente – Inventario)/ Pasivo corriente

- Objetivo de reconocimiento

Posicionar a Pulcardi como una institución que sea identificada institucionalmente por su contribución al desarrollo de la salud de la región y aporte insumos técnicos y científicos para el fortalecimiento de los modelos de prestación de servicios en rehabilitación cardiopulmonar.

Estrategia: Posicionar en el mercado la marca de PULCARDI.

Indicador

Proporción de usuarios que recomendaría la IPS a familiares y amigos= Número de usuarios que respondieron “definitivamente sí” o “probablemente sí” a la pregunta ¿recomendaría a sus familiares y amigos a esta IPS?/Número de usuarios que respondieron la pregunta.

- Objetivo de productividad

Incrementar el rendimiento de la institución a través de la combinación óptima del recurso humano, tecnología e inversión.

Estrategia: Promover y acompañar la elaboración de la planeación estratégica integral, que contribuya a mejorar el rendimiento de la organización.

Indicador

Encuesta clima organizacional= Numero de colaboradores satisfechos en la organización* 100/ Número total de colaboradores.

- Objetivo de calidad

Garantizar que todos los usuarios de los servicios de salud que utilicen nuestra institución reciban una atención en salud pertinente, oportuna, de fácil accesibilidad, con integridad, eficiencia y de satisfacción al usuario; desarrollada con vocación de servicio traducida en un trato humanizado, seguro y digno.

Estrategia: La Institución desarrollara un sistema de gestión de calidad enfocado al mejoramiento continuo, que responda a las exigencias normativas, a las necesidades y expectativas de usuarios y clientes y a los intereses corporativos de la institución.

Indicador

Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa= Número total de pacientes atendidos en el servicio de consulta externa que sufren caídas en el periodo/total de personas atendidas en el servicio de consulta externa

Proporción de eventos adversos gestionados= Eventos adversos gestionados / Número total de eventos adversos reportados.

- Objetivo cliente externo

Identificar la satisfacción del cliente externo a la atención del servicio de rehabilitación cardiopulmonar, mediante la aplicación de un modelo de administración orientado a la satisfacción del usuario, respetando deberes y derechos de los mismos

Estrategia: Crear un modelo de servicio de atención al usuario, permitiendo a la empresa prestadora de servicio de salud analizar y satisfacer dichas necesidades y expectativas de los clientes con el fin de fortalecer el mejoramiento de los servicios ofrecidos que tenga fallas.

Indicador

Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS = Número de usuarios que respondieron “muy buena” o “buena” a la pregunta ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS/Número de usuarios que respondieron a la pregunta?

- Objetivo cliente interno

Identificar la satisfacción del cliente interno para mantener la productividad dentro de la organización.

Estrategia: Desarrollar herramientas que nos permitan conocer las necesidades y expectativas del cliente interno con el fin de aumentar la productividad dentro de la institución

Indicador

Documento encuesta de clima organizacional= Número de colaboradores satisfechos en la organización/ Número total de colaboradores.

- Objetivo tecnológico

Promover el desarrollo tecnológico en la institución a través del análisis, la evaluación y la difusión de las mejores prácticas e innovaciones actuales.

Estrategia: Implementar un comité de evaluación tecnológica donde se pueda analizar, desarrollar, implementar y evaluar las necesidades y expectativas que surgen dentro de la institución.

Indicadores

Satisfacción del personal de la institución con equipos adquiridos= Número de personas satisfechas con equipos suministrados/Número de personas encuestadas.

- Objetivo de sistemas de la información

Contar con un sistema de información moderno que facilite el proceso al personal de salud y a quien requiera del uso de la historia clínica.

Estrategia

Estrategia: Incluir en el presupuesto la adquisición de un software que se adapte a las necesidades de la institución.

Indicador

Capacitación en manejo del software= Numero personas capacitadas en el nuevo software/ Número total de trabajadores de la institución.

- Objetivo de responsabilidad social

Contribuir al desarrollo humano sostenible a través de la generación de valor social, económico y ambiental, acogiendo temáticas sobre sostenibilidad contempladas en iniciativas locales, nacionales y mundiales.

Estrategia

Uso digitalizado de toda la información y reciclaje permanente del papel para contribuir a la no tala de árboles y el papel reciclado será donado a centros de reciclaje de las personas menos favorecidas

Indicador

Seguimiento a la generación de Residuos Hospitalarios y Similares= Numero de kilos de residuos peligrosos / Total de kilos de residuos generados en la institución
* 100

Portafolio de servicios

Las figuras 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5 y 6.6 muestran el diseño del portafolio de servicios de PULCARDI.

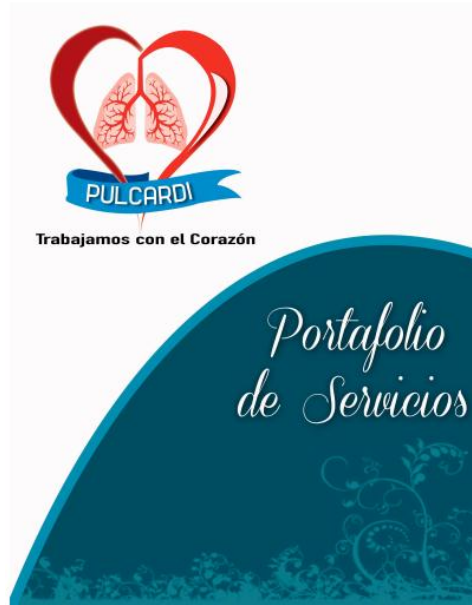


Figura 5.2. Portafolio de servicios parte A

Quiénes Somos

Somos un centro especializado en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación cardiopulmonar; prestamos servicios para la población del eje cafetero Departamento de Risaralda. En PULCARDI los clientes encontrarán servicios altamente especializados con tecnología y personal idóneo. PULCARDI COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD DE VIDA DEL EJE CAFETERO

Visión

PULCARDI será para el 2020 el centro de rehabilitación cardiopulmonar líder del eje cafetero en el Departamento de Risaralda reconocida por sus altos estándares de calidad y publicaciones científicas; atención humanizada y tecnología de punta orientada a la satisfacción de nuestros clientes, expandiendo sus servicios al norte del valle.

Misión

La administración de Pulcardi está a cargo de las Especialistas en Gerencia en Instituciones de Salud:
-Angela María Rojas C. Ingeniera Industrial.
-Lina Marcela Ossa O. Médico, Especialista en Rehabilitación Cardiopulmonar.
-Karla Daniela Vera S. Fisioterapeuta, Especialista en Rehabilitación Cardiopulmonar.

Atención Médica

Contamos con un equipo de profesionales en cardiología, neumología, nutrición y psicología que permiten garantizar el bienestar de los usuarios.

El profesional en Rehabilitación Cardiopulmonar, realiza la valoración previa, para el inicio adecuado del tratamiento.

Nuestros Servicios

Centro de Diagnóstico Cardiopulmonar PULCARDI

Figura 5.3 Portafolio de servicio parte B



Diagnóstico



Electrocardiograma:
Es un examen rápido y sin dolor que sirve para registrar el ritmo cardíaco y sus alteraciones como Infarto Agudo del Miocardio.

Holter:
Es una prueba segura y sencilla que sirve para registrar la actividad eléctrica del corazón durante varias horas e identificar enfermedades.





Diagnóstico

Caminata de 6 minutos:
Se utiliza ampliamente para conocer la evolución y calidad de vida de pacientes con enfermedades cardiorrespiratorias, ya que se considera una prueba fácil de realizar, bien tolerada.



Espirometría:
Estudio rápido y sin dolor que sirve para medir el funcionamiento pulmonar.



Centro de Diagnóstico y Rehabilitación Cardiopulmonar PULCARDI

Centro de Diagnóstico y Rehabilitación Cardiopulmonar PULCARDI

Figura 5.4 Portafolio de servicio parte D



Diagnóstico

Prueba de esfuerzo:
Estudio que diagnostica enfermedades cardíacas, además permite ver como funciona el corazón durante el ejercicio.





Rehabilitación

Rehabilitación cardiopulmonar:
Es un programa hecho por un grupo especializado, que incluye entrenamiento físico y educación, orientado a todas las personas con enfermedades cardíacas y respiratorias, que requieren mejorar la calidad de vida.



Centro de Diagnóstico y Rehabilitación Cardiopulmonar PULCARDI

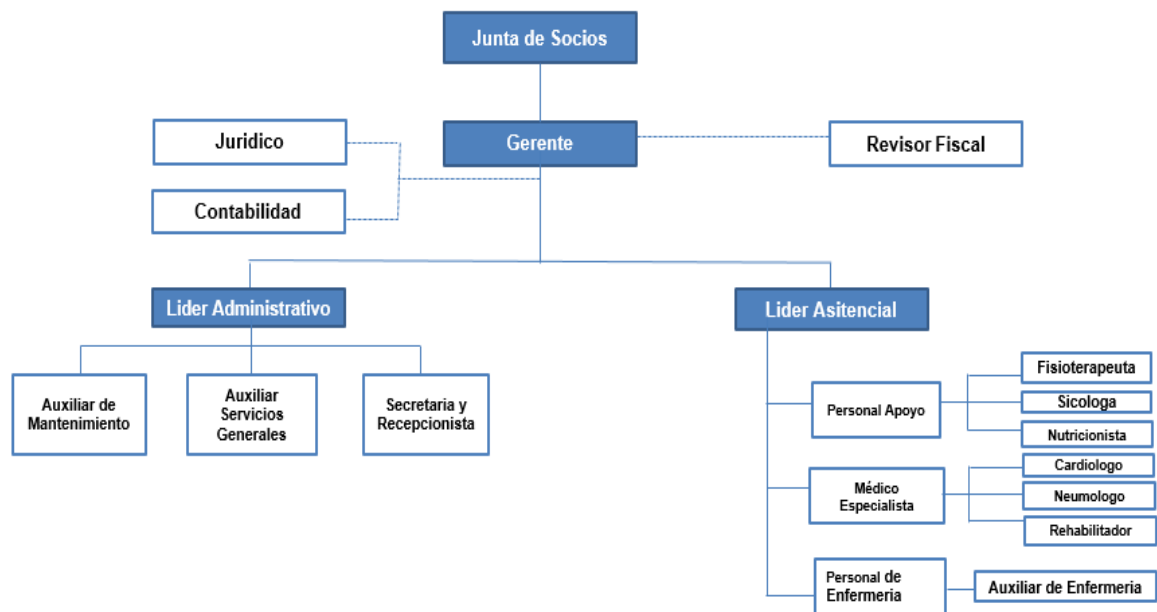
Centro de Diagnóstico y Rehabilitación Cardiopulmonar PULCARDI

Figura 5.5 Portafolio de servicio parte E



Figura 5.6 Portafolio de servicio parte

Organigrama



Macro proceso con los respectivos procesos

En la Figura 5.7 se muestra el macro proceso de la institución

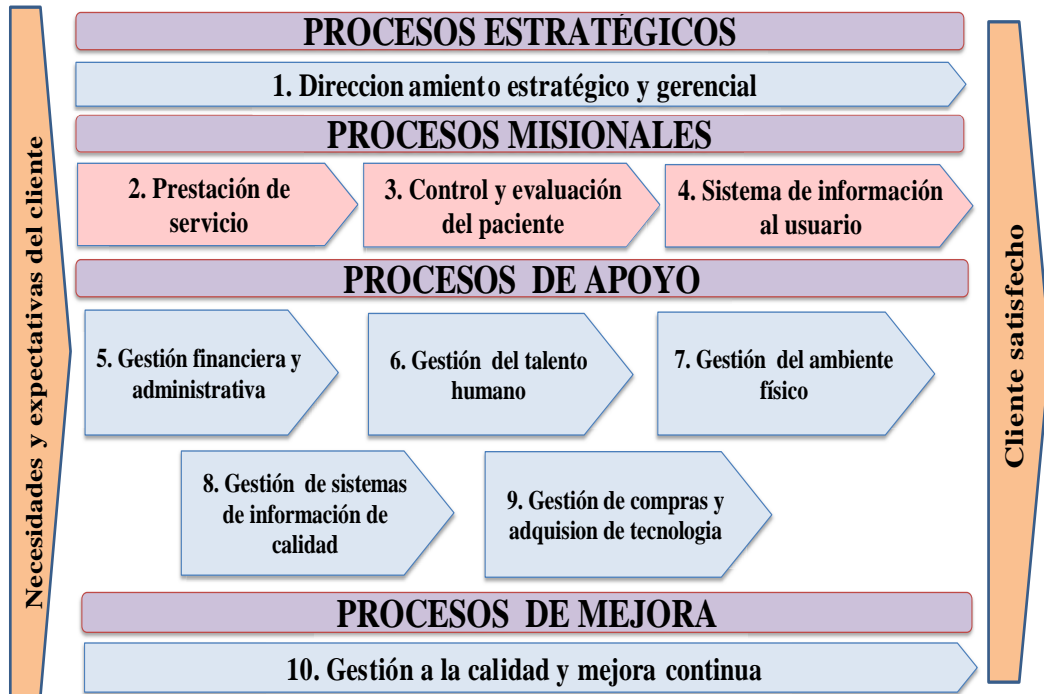


Figura 5.7 Macroproceso

Los procesos que se tiene en la institución se describen a continuación (Figura 5.8):

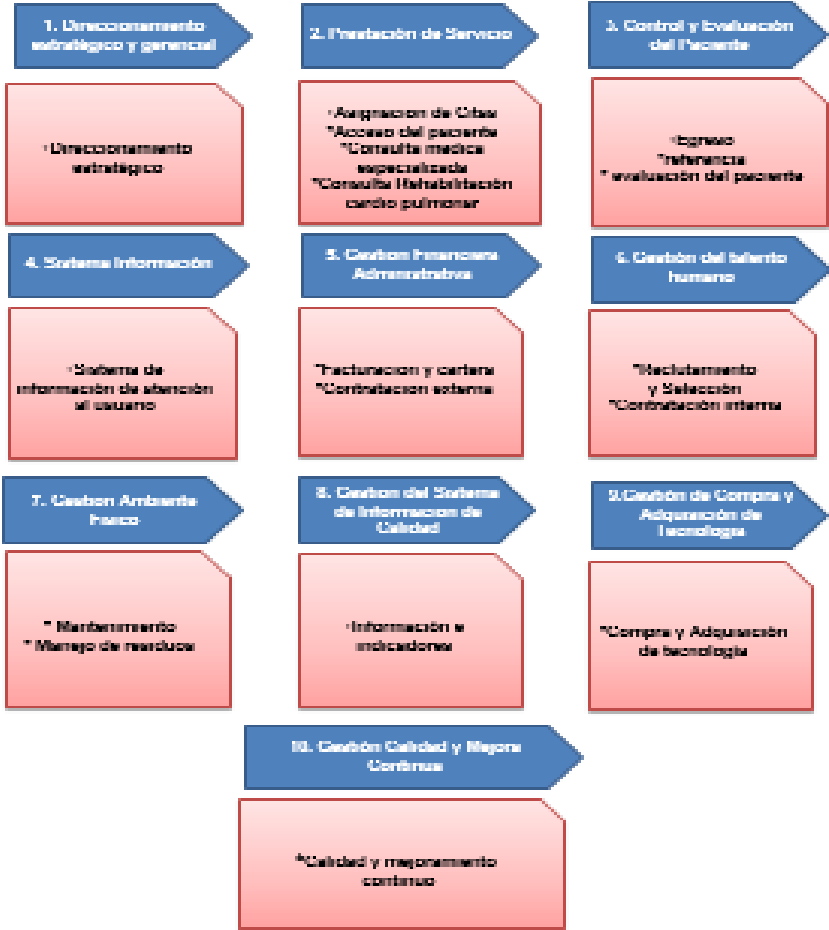


Figura 5.8 Procesos PULCARDI

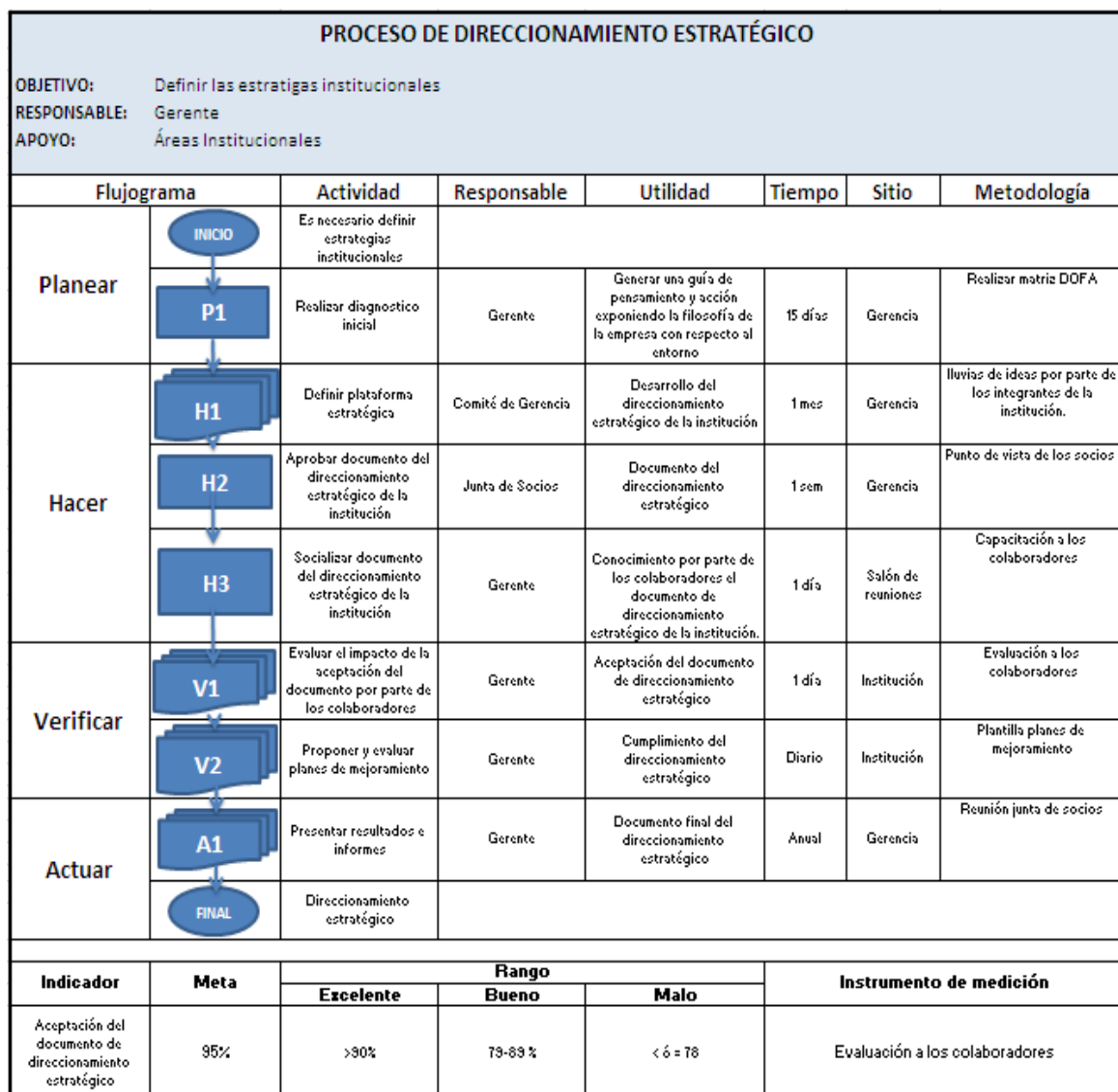


Figura 5.9 Proceso direccionamiento estratégico

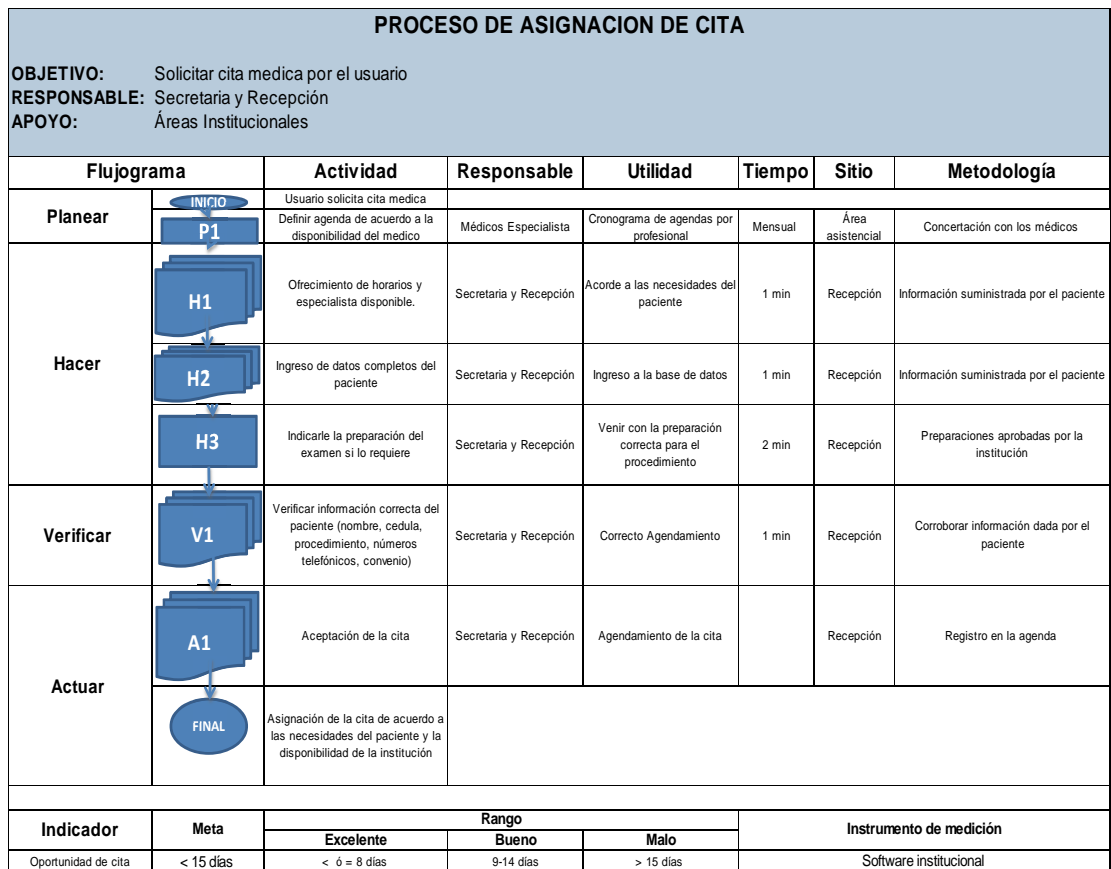


Figura 5.10 Proceso asignación de citas

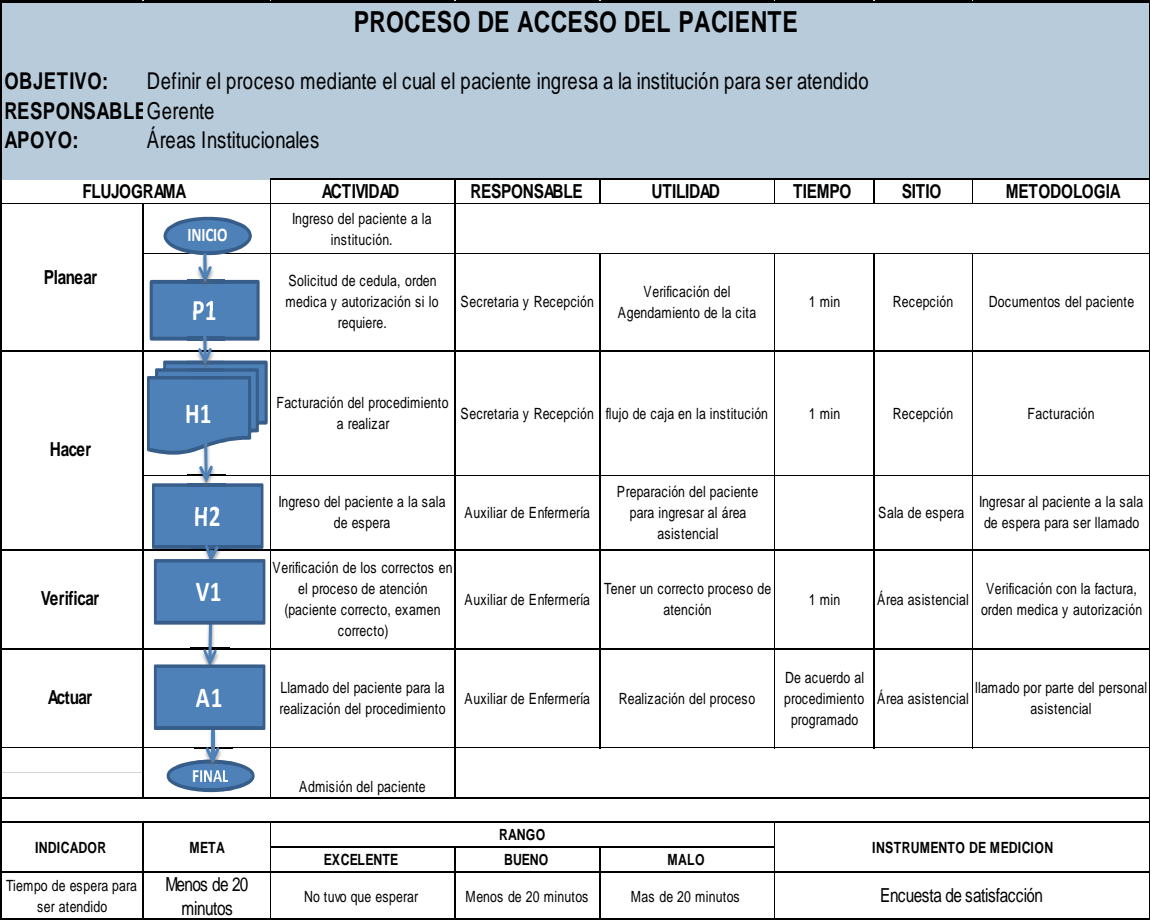


Figura 5.11 Proceso acceso del paciente

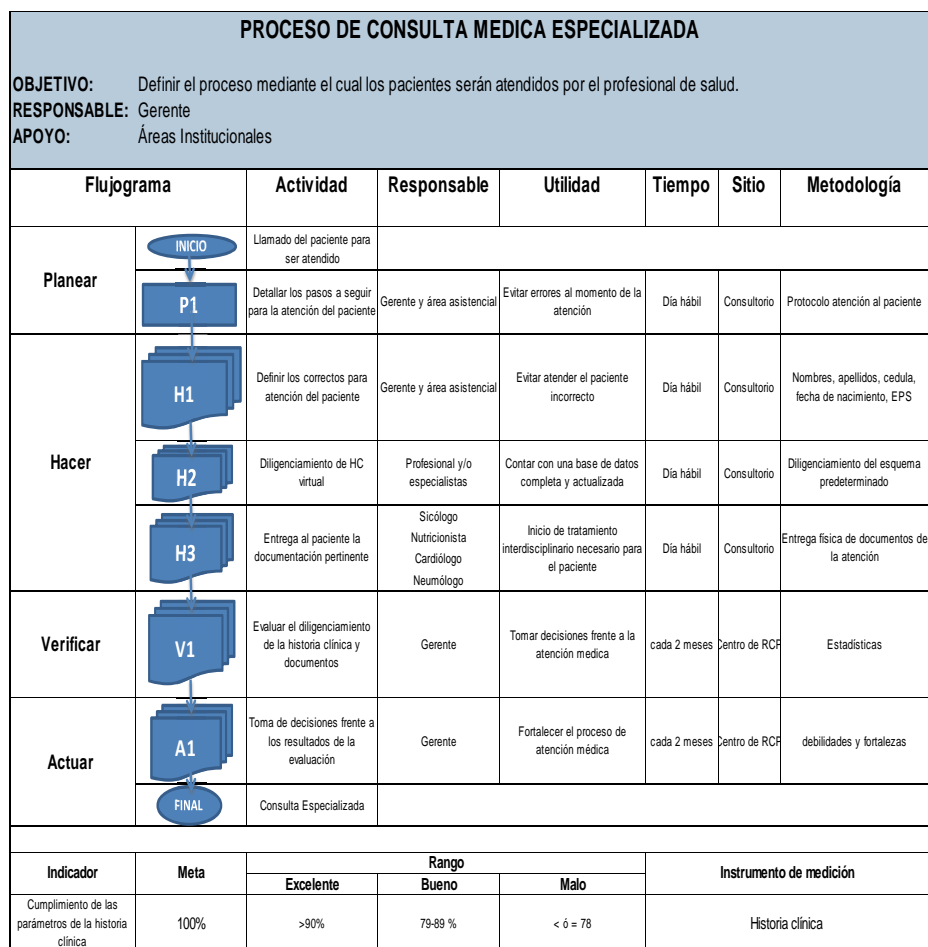


Figura 5.12 Proceso consulta médica especializada

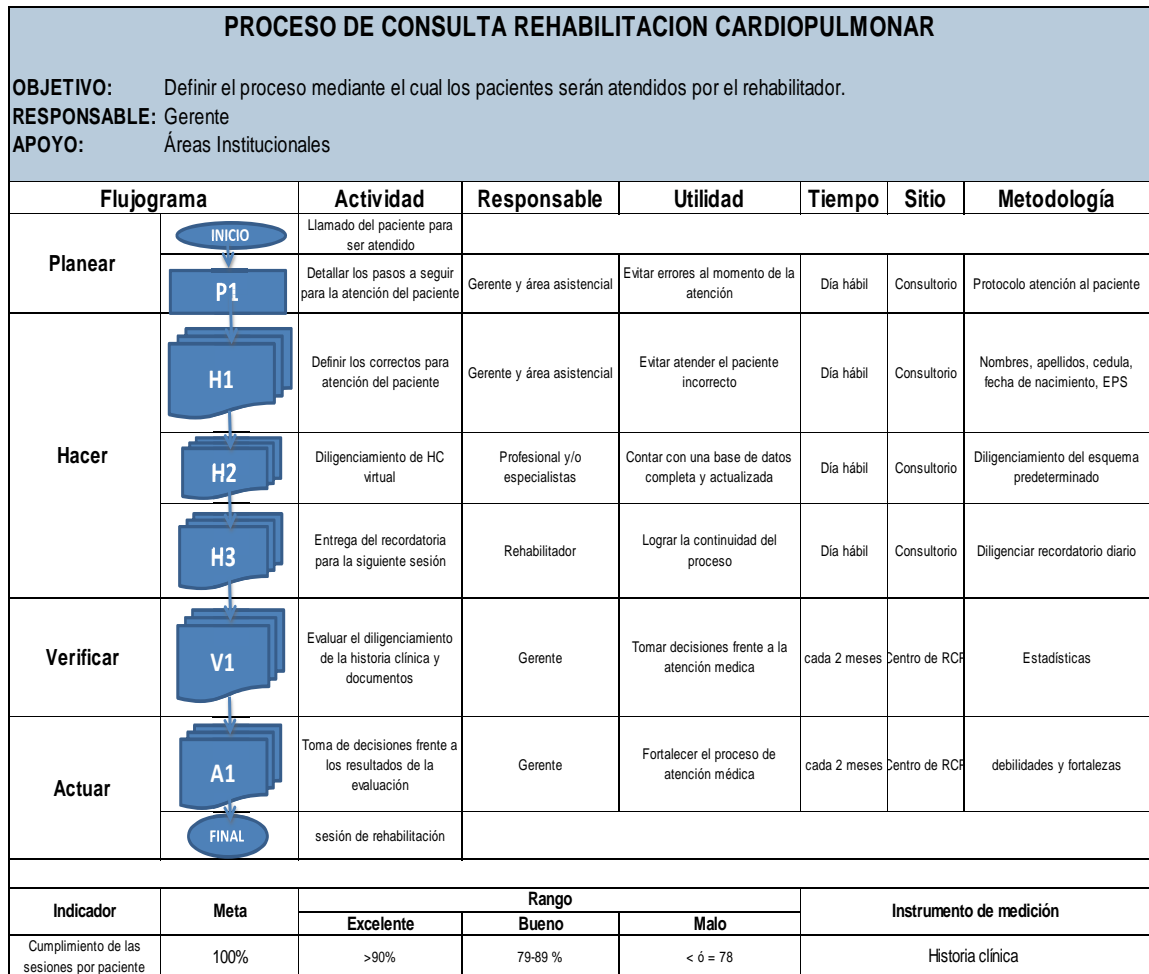


Figura 5.13 Proceso consulta RHCP

PROCESO DE EGRESO Y REINGERSO DE PACIENTES OBJETIVOS: Identificar las características de los paciente al terminar su ciclo de terapias y la necesidad de reingreso al programa RESPONSABLE: Rehabilitador Cardiopulmonar APOYO: Neumólogo, cardiólogo, gerente asistencial							
Flujograma	Actividad	Responsabl e	Utilidad	Tiempo	Sitio	Metodología	
Planear		Paciente cardiorespiratorio que culmina ciclo de terapias ordenado					
	P1	Definir pertinencia del egreso de la institución	Rhcp	Recolectar información para estudios científicos y verificar estado de salud al egreso del usuario	Paquete culminado	Consultorio de rehabilitador	Información del paciente al culminar ciclo de terapias y valoración de escalas cardiorespiratorias y de calidad de vida
Hacer		Valoración final Comparativo con el inicio	Rhcp	Definir efectividad de la rehabilitación	1 he	Centro de rehabilitación	Información del ingreso, evolución y final de la terapia del paciente
Verificar		Evaluar la necesidad de mas terapia	Rhcp	Definir finalización del proceso o prolongación del mismo de acuerdo al resultado de las pruebas	20 min	Rhcp	Verificación de datos iniciales y finales y clase funcional del paciente
Actuar		Reporte de paciente cardiorespiratorio que no requiere mas terapia	Rhcp	Continuar con seguimiento telefónico mensual durante 3 meses	10 min	Aux. enfermería	Se realiza llamada telefónica para realizar una encuesta al paciente
		Reporte de paciente cardiorespiratorio que si requiere mas terapia	Rhcp	Orden de valoración especializada para definir cantidad de terapia nuevamente	10 min	Rhcp	Valoración por especialista reingreso del paciente a terapias
		Egreso o reingreso del paciente					
Indicador	Meta	Rango			Instrumento de medición		
		Excelente	Bueno	Malo			
Correcto diligenciamiento del formato estipulado para el proceso de egreso o reingreso del paciente	100%	>95%	90-95%	<90%	Historias clínicas		

Figura 5.14 Proceso egreso del paciente

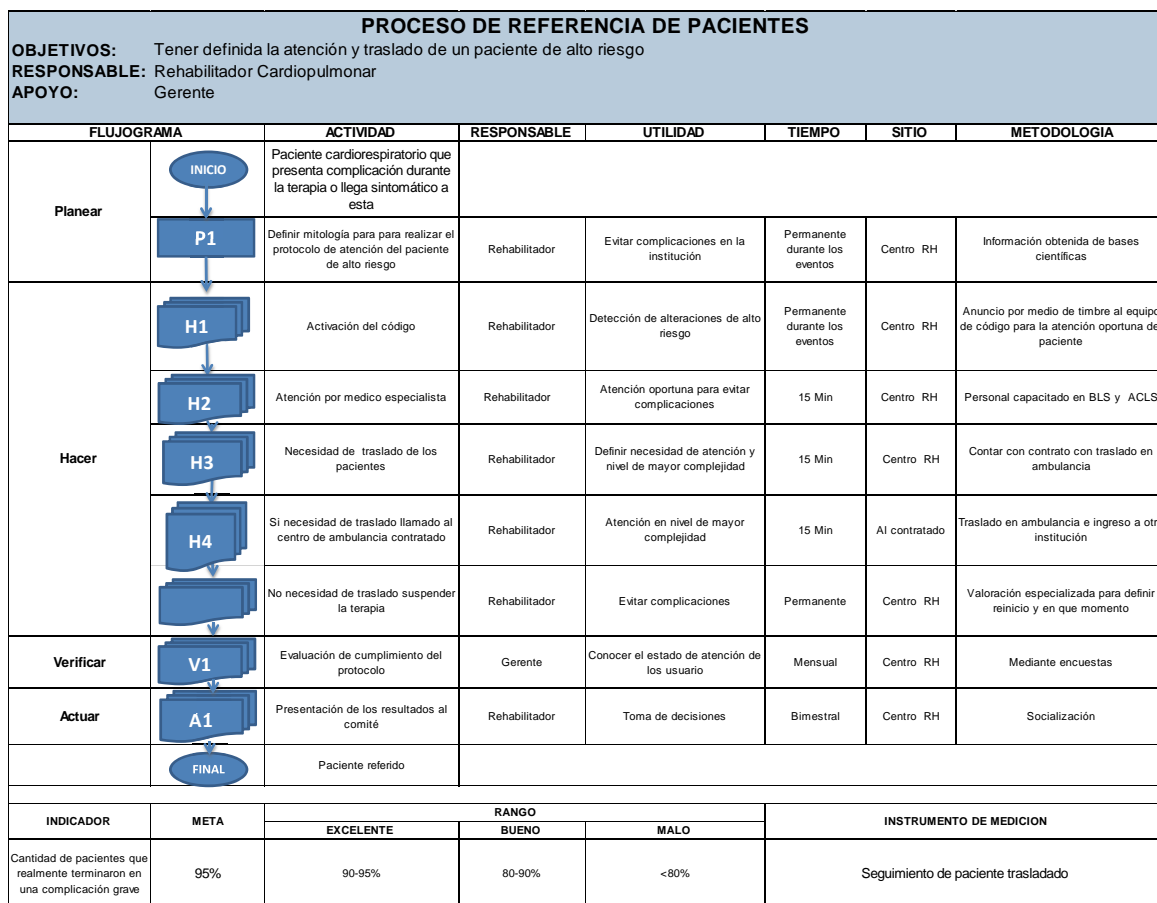


Figura 5.15 Proceso de referencia

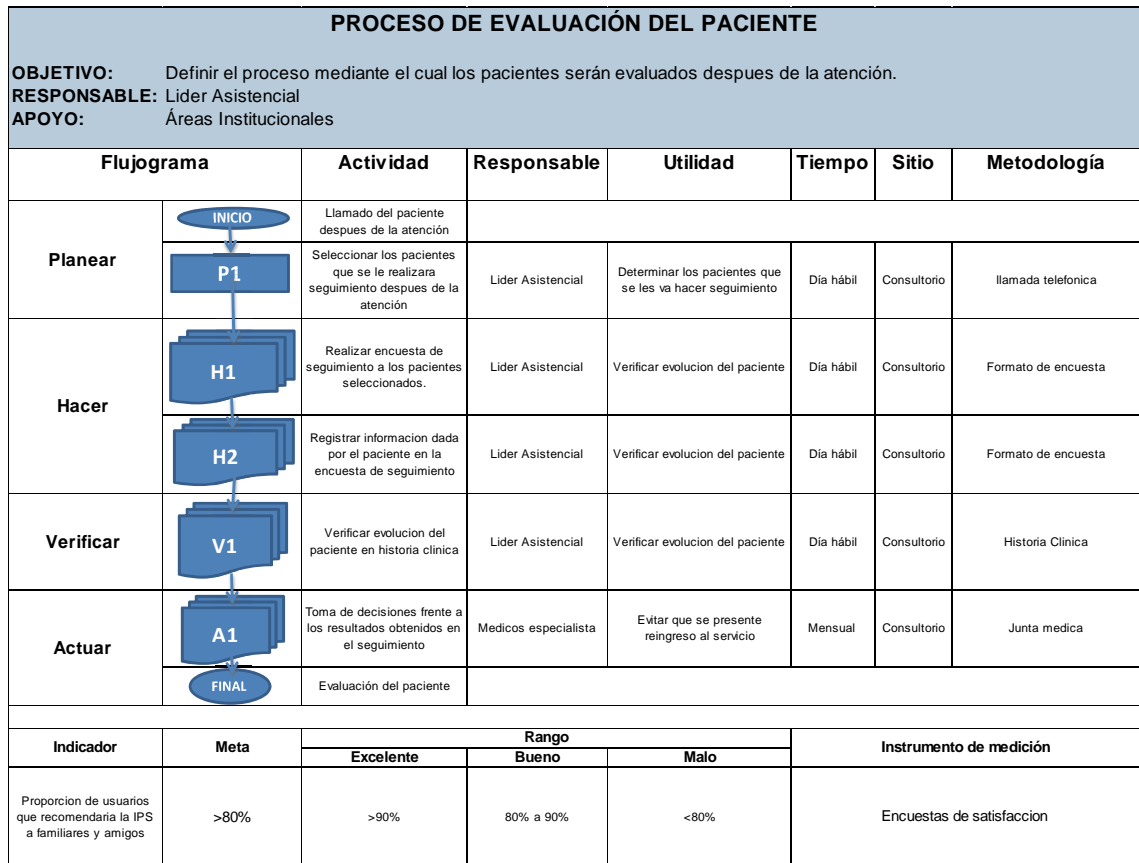


Figura 5.16 Proceso evaluación del paciente

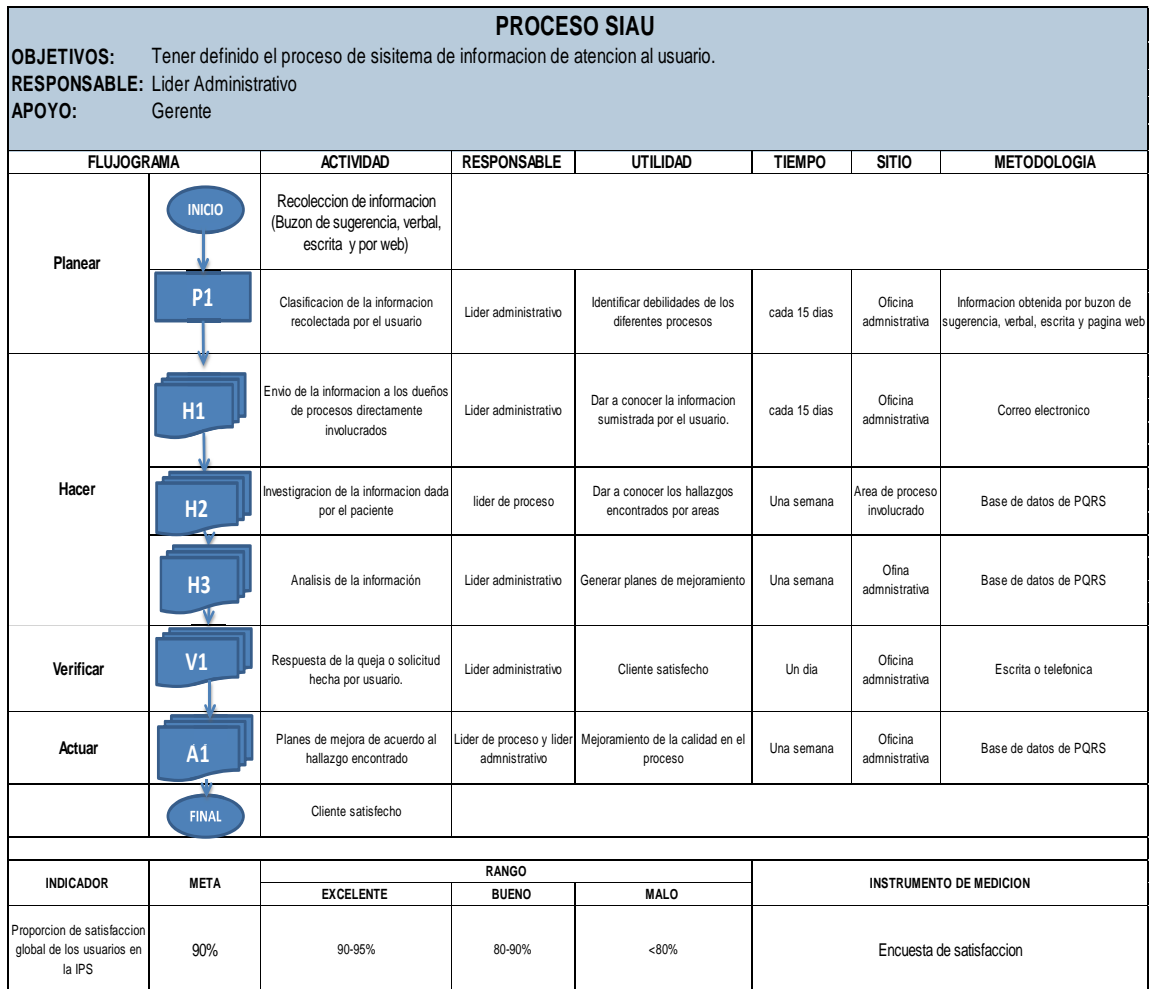


Figura 5.17 Proceso de SIAU

PROCESO DE GESTION FINANCIERA, ADMINISTRACION DE CARTERA Y GESTION DEL COBRO							
Objetivo:		Lograr un facturación continua y flujo de cartera permanente					
Responsable:		Gerente					
Apoyo:		Secretaria					
Flujograma	Actividad	Responsable	Utilidad	Tiempo	Sitio	Metodología	
Planear	INICIO	Admisión de paciente con autorización de servicio					
	P1	Identificar todas las pacientes enviadas de las diferentes EPS para prestación de nuestros servicios	Facturación	Identificar EPS remitentes de pacientes	Permanente	Contrarhop	Verificación de la autorización
Hacer	H1	Análisis de la autorización de servicio	Facturación	Verificar fecha de vigencia y tipo de servicio autorizada	3 min	Contrarhop	Lectura de la descripción de servicio autorizada y la cantidad
	H2	Análisis de la autorización de servicio	Facturación	Atención al paciente autorizada y con autorización vigente	3 min	Contrarhop	Informe al usuario de la situación
	H3	Autorizar o rechazar el servicio	Facturación	Crear documento para portar el cobro	5 min	Contrarhop	Incorporación de la información
	H4	Generar factura	Facturación	Iniciar proceso de cobro de acuerdo al artipulado en el contrato	1x mes	Contrarhop	Falta de facturación mensual para pago
Verificar	V1	Envío de facturación a la EPS	Cantabilidad	Verificación de facturación que esta autorizada	5 min	Contrarhop	Dejar cartago de auditoria
	V2	Ingreso diario de facturación para auditoria	Facturación	Aquilar el proceso de pago	1x mes	Contrarhop	Llamada carta de recibida por parte de la EPS
Actuar	A1	Confirmar recibida de la EPS para facturación	Cantabilidad	Evitar cartera vencida	1x mes	Contrarhop	Carta mensual recordando cartera vencida
	A2	Recordar pago a la EPS de facturación vencida	Cantabilidad	Para evitar aumentar la mora	1x mes	Contrarhop	Carta a la EPS
	A3	Seguimiento a facturación vencida	Cantabilidad	Definir conducta frente a la cartera	1x mes	Contrarhop	Hay dar paribilidad por pago y no pago que se llevaría a cobra jurídica
	FINAL	Facturación y Cartera					
Indicador	Meta	Rango			Instrumento de medición		
		Excelente	Bueno	Malo			
Cumplimiento de los tiempos y pagos estipulados en el proceso	90%	80-90%	70-80%	<70%	Facturación vs cartera		

Figura 5.18 Proceso de facturación y cartera

PROCESO DE CONTRATACIÓN EXTERNA							
OBJETIVO: Contratación con EPS subsidiada, contributiva o prepagada RESPONSABLE: Gerente General APOYO: Áreas Institucionales							
Flujograma	Actividad	Responsable	Utilidad	Tiempo	Sitio	Metodología	
Planear	INICIO	Necesidad de clientes contrato con eps subsidiada, contributiva o prepagada					
	P1	Identificar vínculos comerciales con la entidad de salud interesadas en nuestros servicios	Gerente Gral.	Tener contratos con múltiples EPS	Permanente	Centro	Plan de mercado para conocer tipo y tiempos de pago de las diferentes
Hacer	H1	Crear un comité de contratación	Gerente Gral.	Direccionar por competencias el proceso de contratación	Año 2016	Centro	Convocatoria para el comité
	H2	A cada integrante del comité se la asigna una eps para visita continua y seguimiento	Gerente Gral.	Seguimiento continuo con la EPS	Año 2016	Centro	Reporte de informes mensuales
	H3	Encuentro del comité trimestral para análisis de propuestas de contratación	Gerente Gral.	Verificar viabilidad de las contrataciones	Año 2016	Centro	Análisis de propuestas
Verificar	V1	Evaluación de cuales son las mejores entidades con las que se tiene posibilidad de contrato	Coordinador del comité	Definir cuales serán los clientes fieles	Año 2016	Centro	Análisis de propuestas en cuanto a costos y tiempo de pago
Actuar	A1	Reunión para firmar contrato con las eps y presentación a equipo directivo	Gerente Gral.	Tener contratos con múltiples EPS	Año 2016	Centro	Contrato estipulado como lo exige la normatividad
	FINAL	Contratación externa					
Indicador	Meta	Rango			Instrumento de medición		
		Excelente	Buena	Mala			
Cumplimiento del proceso de contratación	100%	>95%	80-94%	<80%	Evaluación mensual de cada uno de los integrantes del comité de contratación		

Figura 5.19 Proceso contratación externa

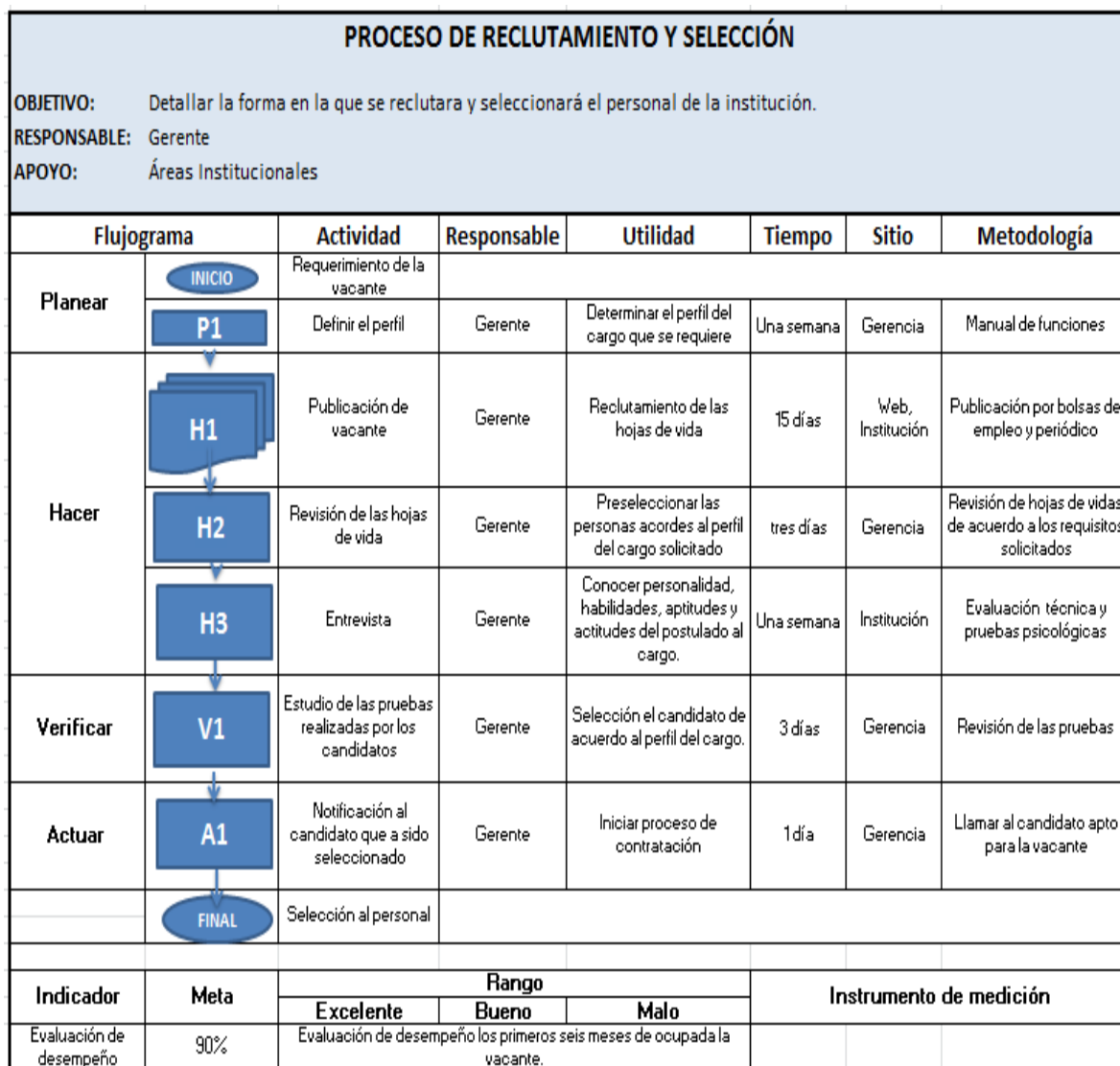


Figura 5.20 Proceso de reclutamiento y selección

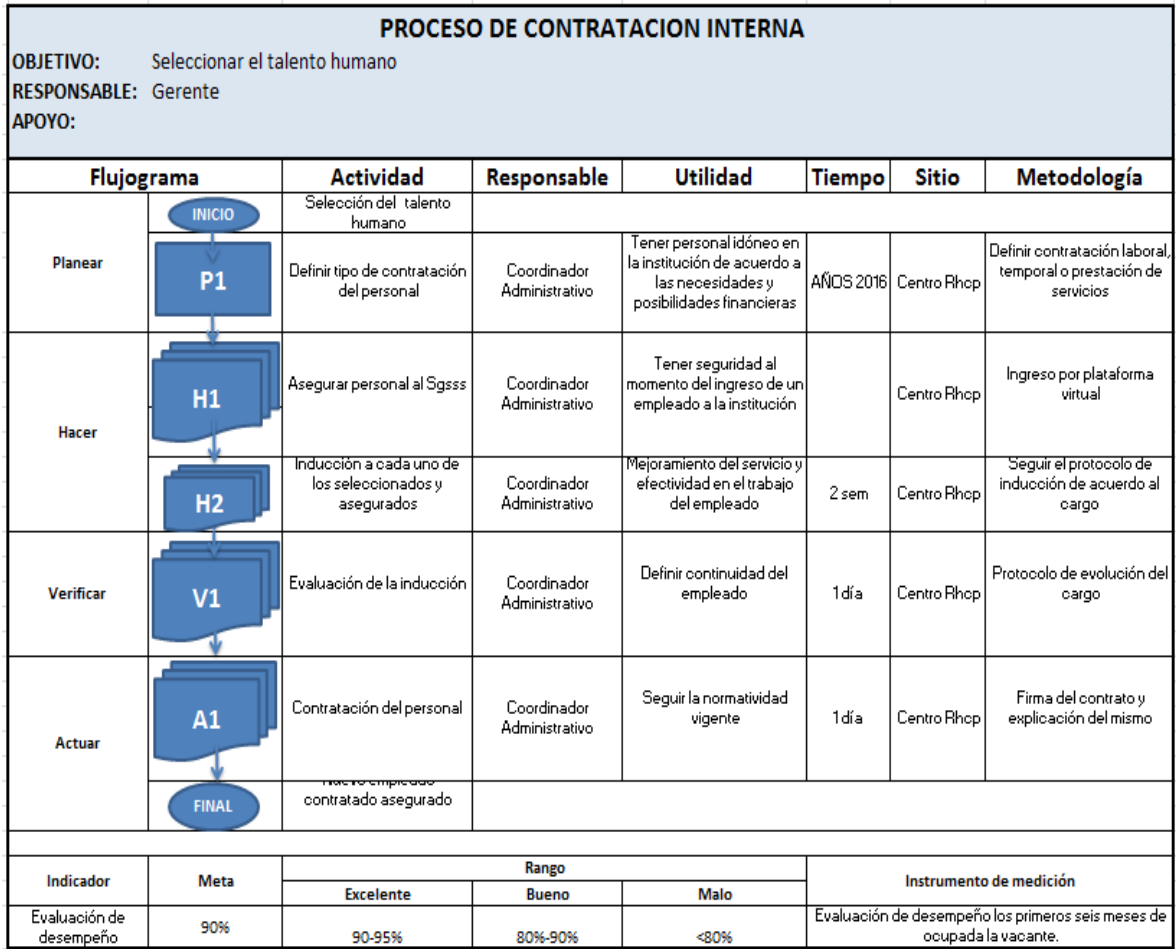


Figura 5.21 Proceso contratación interna

PROCESO DE MANTENIMIENTO							
OBJETIVO:		Puntualizar el proceso para el mantenimiento adecuado de la institución.					
RESPONSABLE:		Gerente					
APOYO:		Áreas Institucionales					
Flujograma	Actividad	Responsable	Utilidad	Tiempo	Sitio	Metodología	
Planear	INICIO	Necesidad de mantenimiento de la institución					
	P1	Establecer el protocolo de mantenimiento	Gerente	Lograr el mantenimiento adecuado de la infraestructura y sus equipos.	1 sem	Centro de Rhcp	Implementación de protocolos actualizados.
Hacer	H1	Identificación del inmueble	Operario	Mantener las fichas técnicas actualizadas	1 x mes	Centro de Rhcp	Aplicación de la normatividad vigente en salud de la infraestructura.
	H2	Identificación del mueble	Operario	Mantener las fichas técnicas actualizadas	1 x mes	Centro de Rhcp	Mantener en adecuadas condiciones y reparación pertinente del mueble.
	H3	Identificación de los equipos	Operario	Mantener las fichas técnicas actualizadas	1 x mes	Centro de Rhcp	Verificación ficha técnica y mantenimiento según ficha.
Verificar	V1	Seguimiento a las fichas técnicas	Operario	genera documentación para el mantenimiento adecuado y seguimiento	De acuerdo a la necesidad	Centro de Rhcp	catalogar el procedimiento a seguir según la necesidad
Actuar	A1	Reparación necesaria de acuerdo al informe de seguimiento	Operario	Documentación de estado de equipos, hoja de vida y seguimientos semestrales, trimestrales	según lo requiera	Centro de Rhcp	aplicación del procedimiento a seguir para el óptimo funcionamiento del equipo
	FINAL	Mantenimiento adecuado					
INDICADOR	META	RANGO			INSTRUMENTO DE MEDICION		
		EXCELENTE	BUENO	MALO			
Cantidad de informe generado mensual	Proporcional a la cantidad de muebles, inmuebles y equipos	>90%	80% - 90%	<80%	Ficha técnica		

Figura 5.22 Proceso de mantenimiento

PROCESO DE MANEJO DE RESIDUOS							
OBJETIVO:		Implementar PGIRS					
RESPONSABLE:		Gerente					
APOYO:		Áreas Institucionales					
Flujograma	Actividad	Responsable	Utilidad	Tiempo	Sitio	Metodología	
Planear	INICIO	Es necesario definir estrategias institucionales					
	P1	Realizar diagnóstico ambiental inicial	Gerente	Generar una guía de que residuos se deben recoger en cada área de la institución.	1 sem	Gerencia	Auditoría interna
Hacer	H1	Definir el PGIRHS	Comité de Gerencia	Desarrollo del programa de gestión integral de residuos hospitalarios y similares.	1 mes	Gerencia	Auditoría interna y lluvia de ideas
	H2	Aprobar documento del PGIRS	Gerente	Documento de PGIRHS	1 sem	Gerencia	Análisis en junta directiva
	H3	Socializar documento de PGIRS	Gerente	Conocimiento por parte de los colaboradores el documento de PGIRHS	1 día	Salón de reuniones	Capacitación a los colaboradores
Verificar	V1	Evaluar el impacto de la aceptación del documento por parte de los colaboradores y especialmente la persona encargada de servicios generales	Gerente	Aceptación de PGIRHS	1 día	Institución	Evaluación a los colaboradores
	V2	Verificar correcto diligenciamiento del formato RH1 a la persona encargada de servicios generales	Gerente	Cumplimiento del PGIRHS	1 x mes	Institución	Formato RH1
Actuar	A1	Indicadores ambientales	Gerente	Correcto manejo de los residuos generados	1 x año	Gerencia	Reunión junta de socios
	FINAL	Correcto manejo de los residuos					
INDICADOR	INSTRUMENTO DE MEDICION						
Indicadores Ambientales	Clasificación de generadores por parte del IDEAM después del diligenciamiento del RESPEL						

Figura 5.23 Proceso de manejo de residuos

PROCESO DE INFORMACION E INDICADORES							
OBJETIVO:		Definir la metodología para obtener información e indicadores institucionales					
RESPONSABLE:		Gerente					
APOYO:		Áreas Institucionales					
Flujograma	Actividad	Responsable	Utilidad	Tiempo	Sitio	Metodología	
Planear	INICIO	Necesidad de información para la toma de decisiones					
	P1	Definir los indicadores institucionales	Gerente y comité de calidad	Conocer a profundidad y funcionamiento organizacional	1 mes	Centro de Rhcp	Sistema obligatorio de ganaría de la calidad
Hacer	H1	Implementar Indicadores que regula la normatividad	Gerente y comité de calidad	Contar con informes para la Supersalud	Permanente	Centro de Rhcp	Utilizar indicadores de estructura, proceso y resultados correspondientes
Verificar	V1	Analizar resultado de los indicadores medidos	Gerente y comité de calidad	Tomar decisiones en pro del mejoramiento continuo	Permanente	Centro de Rhcp	revisión sistemática de cada indicador
Actuar	A1	Implementar correctivos de acuerdo a las estadísticas	Gerente y comité de calidad	Tomar decisiones en pro del mejoramiento continuo	Permanente	Centro de Rhcp	Planes de mejoramiento
	FINAL						
INDICADOR	META	RANGO			INSTRUMENTO DE MEDICION		
		EXCELENTE	BUENO	MALO			
Promedio de planes de mejora implementados	90%	>90%	80-89 %	< 6 =79	Planes de mejoramiento evaluados		

Figura 5.24 Proceso información e indicadores

PROCESO DE COMPRA Y ADQUISICIÓN DE TECNOLOGÍA							
OBJETIVO:		Definir la metodología para la compra y adquisición de tecnología					
RESPONSABLE:		Gerente					
APOYO:		Áreas Institucionales					
Flujograma	Actividad	Responsable	Utilidad	Tiempo	Sitio	Metodología	
Planear	INICIO	Necesidad de compra					
	P1	Cotización de diferentes proveedores.	Gerente y líder administrativo	Analizar varias propuestas de compra	15 días	Gerencia	Cotizaciones
Hacer	H1	Analizar propuestas enviadas por los proveedores según presupuesto de la institución.	Gerente y líder administrativo	Realizar compra al proveedor que tenga mejor propuesta	15 días	Gerencia	Cotizaciones
	H2	Realizar orden de compra	Líder administrativo	Evidencia de la compra realizada	Un día	Oficina administrativa	Orden de compra
	H3	Realizar consignación de pago	Líder administrativo	Envío del equipo	Un día	Oficina administrativa	Consignación del pago
Verificar	V1	Verificación del equipo solicitado	Líder administrativo y líder asistencial	Verificación de condiciones del equipo	Un día	Oficina administrativa	Orden de compra y formato de adquisición
Actuar	A1	Planes de mejoramiento según inconvenientes presentados en el proceso.	Líder administrativo y líder asistencial	Acciones correctivas remitidas al proveedor	Una semana	Oficina administrativa	Planes de mejora
	FINAL	Compra y adquisición de tecnología					
INDICADOR	META	RANGO			INSTRUMENTO DE MEDICION		
		EXCELENTE	BUENO	MALO			
Satisfacción del personal con equipos adquiridos	90%	>90%	80-89 %	< ó = 79	Encuesta		

Figura 5.25 Compra y adquisición de tecnología

PROCESO DE CALIDAD Y MEJORAMIENTO CONTINUO							
OBJETIVO: Tener claras las estrategias para fortalecer la calidad y lograr el mejoramiento continuo RESPONSABLE: Gerente APOYO: Áreas Institucionales							
Flujograma	Actividad	Responsable	Utilidad	Tiempo	Sitio	Metodología	
Planear	INICIO	Definir estrategias necesarias para fortalecer y mejorar procesos					
	P1	Realizar las actividades de los procesos para cumplir con los requisitos exigidos	Todos los colaboradores de la institución	Cumplimiento de todas las actividades de cada proceso	Diario	Institución	Manual de funciones
Hacer	H1	Registrar los indicadores operacionales y de gestión	Gerente	Control y seguimiento de los indicadores	Mensual	Área administrativa	Registro en el formato de indicadores
	H2	Análisis para seleccionar el proceso a mejorar	Gerente	Detectar falencias en los procesos de la institución	Diario	Área administrativa	Observación y reporte internos y externos
	H3	Buscar y evaluar las causas del problema	Gerente	Detectar falencias en los procesos de la institución	Diario	Área administrativa	Observación y reporte internos y externos
	H4	Generar alternativas de solución	Gerente	Fortalecimiento de las debilidades presentadas en los procesos	Diario	Área administrativa	Lluvia de ideas
	H5	Determinar los planes de mejoramiento	Gerente	Mejoramiento continuo de los procesos	Diario	Área administrativa	Formato de planes de mejoramiento
	V1	Controlar y evaluar los planes de mejoramiento	Gerente	Sacar indicadores de mejoramiento de los procesos	Mensual	Institución	Indicadores de PAMEC y Comités institucionales
Actuar	A1	Estandarizar procesos	Gerente	Proceso mejorado	Diario	Gerencia	Reunión junta de socios y reunión administrativa
	FINAL	Calidad y Mejoramiento continuo					
INDICADOR	META	RANGO			INSTRUMENTO DE MEDICION		
		EXCELENTE	BUENO	MALO			
Indicadores consolidados en el PAMEC	90%	>30%	80-83 %	< ó = 73	Cumplimiento de la meta de PAMEC		

Figura 5.26 Proceso calidad y mejoramiento continuo

6 RESULTADOS

6.1 Anexo A Cuadro de Mando de Indicadores PULCARDI

6.2 Anexo B Matriz cualitativa, cuantitativa y priorización (PAMEC)

6.3 Anexo C Plan de mejora procesos priorizados PULCARDI

7 CONCLUSIONES

Se realizó la autoevaluación cualitativa y cuantitativa de acuerdo a la resolución 123 de 2012 y la hoja radar establecidos por el ministerio de salud y protección social para la empresa PULCARDI

Se desarrolló la priorización de los estándares de acreditación teniendo en cuenta la metodología establecida por el ministerio de salud y protección social logrando obtener información indispensable para la continuidad del proceso y de esta forma se seleccionaron los estándares que obtuvieron mayor calificación.

Finalmente se planteó el plan de mejoramiento teniendo en cuenta los estándares priorizados, y las herramientas de trabajo para llevar a cabo el PAMEC de PULCARDI.

Se diseñó el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad para la IPS PULCARDI.

8 RECOMENDACIONES

Se invita al centro de posgrados especialmente al programa de auditoria en salud a continuar incentivando a los estudiantes a la creación del Programa Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de sus instituciones, en primer lugar para cumplir la norma y segundo lugar para continuar en el camino hacia la excelencia de las instituciones de salud de nuestra región.

Motivar a todas las entidades de salud tanto pública como privada a que se concienticen que tiene como responsabilidad el mejoramiento continuo, por ello la importancia de que perpetúen en la gestión de calidad en sus instituciones.

Sembrar en las futuras generación de la especialidad de auditoria en salud a ofrecer una atención con calidad, teniendo como principio un trato humanizado y personal ideo para contribuir al mejoramiento de calidad de vida de las personas que más lo necesitan y dejar un legado para sus familias.