

**EVALUACIÓN PAMEC 2017 PARA GENERAR ESTRATEGIAS CORRECTIVAS,
EN LA ESE SALUD PEREIRA DURANTE EL PRIMER BIMESTRE 2017**

**VIVIANA ESCUDERO RAMÍREZ
NATALIA HERNÁNDEZ ALDANA
JULIANA MARÍA PALACIO ARREDONDO**

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

**EVALUACIÓN DEL PAMEC PARA GENERAR ESTRATEGIAS CORRECTIVAS,
EN LA ESE SALUD PEREIRA DURANTE EL PRIMER BIMESTRE 2017**

VIVIANA ESCUDERO RAMÍREZ

NATALIA HERNÁNDEZ ALDANA

JULIANA MARÍA PALACIO ARREDONDO

PROYECTO DEL MÓDULO DE INVESTIGACIÓN II

ASESORES

CARMEN LUISA BETANCURTH PULGARIN -

ZULMA LORENA RODRÍGUEZ SABOGAL

RED ILUMNO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD,

CENTRO DE POSGRADOS

ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA

PEREIRA – RISARALDA

2017

CONTENIDO

	PAG.
1. PROBLEMA	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5-7
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3 ÁRBOL DEL PROBLEMA	7
2. JUSTIFICACIÓN	8-9
3. . OBJETIVOS	
3.1 OBJETIVO GENERAL	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS	10
4. MARCO TEÓRICO	
4.1 MARCO DE ANTECEDENTES	11-14
4.2 MARCO DE REFERENCIA	15
4.2.1 HISTORIA DE LA CALIDAD	15
4.2.2 MEDICIÓN DE LA CALIDAD DEL SERVICIO EN COLOMBIA	17-18
4.2.3 CALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DEL MARKETIN	18
4.2.4 NORMATIVIDAD DE LA CALIDAD EN SALUD	19-20
4.2.5 MODELOS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	20-26
4.2.6 CONCEPTOS	26-28
4.3 CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA	28-29
4.4 MARCO INSTITUCIONAL	30-32
4.5 GLOSARIO DE TÉRMINOS	32-35
4.6 MARCO JURÍDICO	36-38
5. METODOLOGÍA	39

5.1 TIPO DE TRABAJO REALIZADO	39
5.2 DISEÑO METODOLÓGICO	39
5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	40
5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS	40
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	40
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	40
5.7 VARIABLES	41
5.8 COMPONENTE BIOÉTICO	41
5.9 COMPROMISO MEDIO AMBIENTAL	41
5.10 RESPONSABILIDAD SOCIAL	41
5.11 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	41
5.12 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	41
5.12.1 TABLA DE GANT O CRONOGRAMA DEL TRABAJO	41
5.12.2 PRESUPUESTO	41
6. RESULTADOS	42-71
7. CONCLUSIONES	71
8. RECOMENDACIONES	72

1. PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Prestar servicios de salud con calidad se ha convertido en un derecho indeleble, por tanto la necesidad del mejoramiento ha cobrado relevancia de manera progresiva, el modelo común es la autoevaluación por medio de auditorías internas en donde el profesional en auditoría toma el rol de asesor en el mejoramiento de los aspectos que revelan ineficiencia e ineficacia, desarrollando estrategias y acciones correctivas, pero además tiene la labor de satisfacer tanto a usuarios como a personal de la institución para conformar ambientes saludables, que percuten en el accionar de toda la organización con procesos viables y estables en el perfeccionamiento de la calidad, siendo directriz y misión de las empresas de salud.¹

Si se compara la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 con declaraciones más recientes, como la de Oviedo de 1997 y la Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, aprobada por unanimidad en 2005, se evidencia que en la primera se habla del derecho a la salud y a la atención médica, mientras que en las otras dos se incluye el concepto de calidad de atención. Ya no es posible hablar solamente de un derecho a la salud o a la atención médica, es necesario que esa atención cumpla con estrictos criterios de calidad. Según los niveles del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC), la auditoría es considerada en la actualidad como la integralidad y continuidad ya que son aspectos importantes para el buen resultado en la atención y el bienestar de la población, garantizando el cumplimiento de sus derechos.

Para lograr estándares de calidad es necesario que la institución cambie 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, quien en la actualidad ha tomado una función fiscalizadora, orientada a que se adopten medidas correctivas para el fortalecimiento de las actividades y funciones que se desarrollan día tras día, que den como resultado servicios de mayor calidad percibidos por el usuario, involucrando los valores personales y profesionales de los auditores se encuentran enmarcados en los valores institucionales, donde la honestidad,

¹ Monitoreo al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Reporte de resultados del Sistema de Seguimiento y Evaluación de la Protección Social. Ministerio de la protección social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20SALUD.pdf>

respeto y responsabilidad son pilares fundamentales de la imagen institucional ante el paciente y atención de servicio al asegurador.

Los múltiples problemas surgidos durante las últimas décadas, derivados de la creciente complejidad de los sistemas de salud, las exigencias por parte de los pacientes y sus familiares, así como los incrementos en los costos de atención, exigen soluciones efectivas que garanticen que los enfermos reciban los tratamientos adecuados, en el momento oportuno y dentro de un marco de equidad y respeto a sus valores y derechos, para generar programas de calidad las instituciones deben garantizar la continuidad de procesos de evaluación y mejoramiento continuo, con el fin de optimizar su eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios a los usuarios, impactando en su satisfacción, que conlleva a su vez una administración con mejores rendimientos que este al nivel de las exigencias del medio.²

Es el caso de la ESE Salud Pereira quien por medio de su comité de gestión de calidad promovió el modelo estándar de control interno, que permitió ubicarla dentro de un nivel de acuerdo a la información suministrada de buen desarrollo, pero requiere mejoras en algunos aspectos ya que se encuentra en el rango 60%, de su plan de acción, cuyas dificultades son:

- ✓ En cuanto a los procesos, aunque identificados, documentados y aprobados, se encuentran en su mayoría sin cumplimiento.
- ✓ Persiste una gran falencia en el sistema de evaluación del desempeño en lo que atañe al proceso de evaluación, seguimiento y mejora individual, debido a que no se cumple en los términos legales, así aparezcan firmados dentro de las fechas reglamentarias.
- ✓ No se cuenta con procesos de seguimiento y evaluación a los canales de comunicación que se tienen establecidos y a la vez dichos canales no se fortalecen producto de las sugerencias del cliente interno.
- ✓ Cada dependencia debe realizar al interior evaluaciones de desempeño individual para generar acciones de mejoramiento y que a su vez de este se desprendan planes de mejoramiento por cada servicio, hasta el momento continúan sin definirse tales acciones de mejoramiento por parte del superior inmediato desarticulando así el PAMEC institucional.
- ✓ Es preocupante que las acciones de mejoramiento incluidas en el PAMEC no han sido socializadas y aprobadas por la administración, realizando en este caso esfuerzos infructuosos y reprocesos que no tienen lugar en la

² Estudio de evaluación de los servicios de las EPS por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado. Consultores en Información Infométrika S.A.S. Diciembre 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-resultados-eps-2014.pdf>

garantía de la calidad, por tanto se asume que el beneficio de la actualización puede potenciar el compromiso de los actores, personal asistencial y administrativo por reconocerse en sí mismo un enfoque más acertado, cumpliendo sus expectativas, siempre y cuando sea socializado y conciliado, ya que su creación no es de unos pocos, así como su aplicación es de todos.³

La ESE Salud Pereira cuenta con 3 unidades intermedias Centro, San Joaquín y Kennedy, en la última rendición de cuentas llevada a cabo en Febrero de 2016 se presentaron los resultados del año 2015, su compromiso en cuanto a adecuaciones en infraestructura tenía priorizada a la Unidad intermedia Kennedy pero se evidenció que el plan solo se cumplió en 86.10% de las acciones propuestas mientras que en las dos otras sedes se cumplió en más del 95% las cuales no eran la prioridad, así mismo se considera a esta como la unidad intermedia más afectada y más distante de cumplir los estándares de seguridad hospitalaria y por consiguiente estándares de calidad por lo que ha sido de mayor interés para generar propuestas de mejoramiento.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las acciones correctivas que requiere el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) de la ESE Salud Pereira, durante el primer bimestre del 2017?

1.3. ARBOL DEL PROBLEMA

Anexo A.

³ Acta e informe rendición de cuentas vigencia 2015, informe de gestión gerente ESE Salud Pereira. Superintendencia nacional de salud superintendencia delegada para la protección al usuario: Pereira. Febrero 2016. Disponible en: http://saludpereira.gov.co/medios/Archivos/planeacion/Acta_Rendicion_Cuenta-Comunidad-2015.pdf

2. JUSTIFICACIÓN

La normatividad vigente ha presentado desafíos técnicos y ambientales, en cuanto al cumplimiento de la habilitación de servicios, cada vez con mayores exigencias y rigurosidad, en la medida en que se ha actualizado ha generado necesidades de mejoramiento administrativo, de prestación de servicio y de inversión, incluidas en la legislación, especialmente en lo relacionado con la calidad y oportunidad en la atención al usuario, por lo que establecer un programa para el mejoramiento continuo de la calidad en un institución prestadora de servicios de salud no es solamente una necesidad derivada de la normatividad del ministerio, es un reto atribuido a los administrativos y personal asistencial de la misma, así como un reto profesional y vocacional ya que se trata de procesos que intervienen en uno de los derechos fundamentales del hombre “ la salud” y de la confianza de este bien no material que ponen los usuarios frente a los servicios de salud considerando el principio de buena fe que está inmerso en esta relación.⁴

Siendo la calidad la dimensión ética de la vida profesional que está directamente relacionada con los requisitos, normas, competencia, idoneidad de los prestadores de servicios de salud y la ética en el ejercicio de las profesiones u oficio, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en salud, plantea ofrecer a sus usuarios garantías en sus servicios, siendo una herramienta de gestión de la calidad y gestión gerencial, que contribuye al mejoramiento continuo de los procesos internos de una institución,⁵ el PAMEC es además un punto de diferencia con otras instituciones de nivel primario de servicios de salud logrando reconocimiento en el desarrollo a nivel municipal, departamental y nacional, mediante los procesos de auditoría dirigidos a establecer y medir los indicadores referentes a los estándares y criterios establecidos, de manera que puedan ser sustentados científicamente, de tal forma que se garantice validez y confiabilidad de los mismos.

El PAMEC en su razón de ser es una herramienta para la gestión de la calidad con una utilidad a nivel gerencial, ya que el conocimiento de fortalezas y barreras de cada proceso da una idea de la necesidad de gestionar recursos físicos, humanos y financieros de manera racional, para el cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación exigidos para las instituciones de carácter público y que son superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación con lo cual los planteamientos que allí se generen hacen parte o influyen en el plan de desarrollo de la alcaldía municipal de Pereira, específicamente en la ESE salud Pereira que es la segunda institución prestadora de servicios de salud de carácter público más importante del departamento, se evidencia en su misión un enfoque en la

⁴ Coronado R, Zarco, Cruz E, Medina, Israel S, Hernández M, Arellano Hernández A, Nava Bringas T I. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Rev Mex Med Fis Rehab. 2013; 25(1):26-33.

⁵ Bernal González I, Pedraza Melob N A, Sánchez Limón M L. El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. Estudios gerenciales. 2015; 31 (134): 8–19

prestación de servicios de salud con calidad garantizando la satisfacción de los usuarios por tal razón debe tener procesos flexibles y continuos.

Es necesario establecer y definir el horizonte de la plataforma, que se correlacione con la misión, visión, principios corporativos, objetivos y metas en el tiempo, identificar las áreas de Dirección Estratégico, Portafolio de Servicios y Socialización de dicha plataforma, para que el personal asistencial y administrativo pueda ordenar las acciones que permitan alcanzar estas actividades con base en una asignación correcta de recursos, de coordinación de competencias, habilidades y esfuerzos, fijación precisa de responsabilidades que permitan el control y evaluación sistémica de los procesos, subprocesos, procedimientos, avances y resultados para poder introducir, oportunamente, cambios pertinentes y un mejor nivel de calidad en la autoevaluación.⁶

Con este fin la oficina de planeación y Proyectos lideró el proceso de auto evaluación teniendo en cuenta los estándares de Acreditación establecidos en la resolución 123 de 2012. Pero se ha visto afectada por el cambio de personal responsable, afectando la interrupción de la continuidad del plan y es urgente familiarizar a los diferentes integrantes de los grupos con el nuevo manual establecido por el Ministerio de la Protección Social para resolver inquietudes y efectuar en cada proceso las modificaciones que realizó la resolución 123 a la resolución 1445, para tal fin se requiere que su planta de personal este sensibilizada y enfocada en los estándares de calidad y mejoramiento continuo, además de ser ellos mismos quienes planteen sugerencias para optimizar el proceso desde su experiencia.⁷

El presente trabajo pretende identificar las fallas y barreras que influyen de manera negativa cada criterio establecido por el manual único de acreditación y que llevan a un nivel crítico un proceso determinado, teniendo en cuenta que se debe partir de realizar las adecuaciones según la normatividad vigente, evitando repetir los errores cometidos hasta el momento, por motivos ajenos a la operacionalización del mismo, ya que la discordancia en el tiempo ha sido su mayor limitante, por tanto realizar una nueva verificación de la autoevaluación para identificar debilidades en su cumplimiento, siendo de gran utilidad para generar oportunidades de mejora para la institución que este acorde con las exigencias reales en el tiempo, concordantes con la normatividad y así dejar una propuesta como precedente para facilitar el proceso de mejoramiento continuo a cada uno de los actores, posterior al entendimiento del mismo.

⁶ Amador Porro C O, Cubero Menéndez O. Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. Rev Cub de Sal Púb. 2010; 36 (2): 175-179.

⁷ Plan De Desarrollo Institucional ESE Salud Pereira 2014-2017. Disponible en: <http://www.saludpereira.gov.co/attachments/article/200/Plan%20Desarrollo%20Institucional%202014-2017.pdf>

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Diagnosticar el estado del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) de la ESE salud Pereira, durante el primer bimestre del 2017, para generar estrategias de mejoramiento a partir de los hallazgos.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad según parámetros establecidos por el ministerio de la protección social.
- Proponer acciones de mejoramiento al programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad, según los hallazgos.

3.3. MATRIZ DE OBJETIVOS

Ver anexos B

4. MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

La calidad en salud ha sido un principio antiguo, se conoce de civilizaciones antiguas tratados como el código Hammurabi o “la ley” de Hipócrates en donde lo esencial es buscar lo mejor para el paciente conjugando la ética con la calidad, aspecto que prevalece a pesar de la evolución del concepto y la inclusión de tecnologías. El concepto de calidad en salud se configuro desde 1966, cuando el Dr. Avedis Donabedian, investigador de la Universidad de Michigan en los Estados Unidos, publicó en su artículo “Evaluación de la calidad de la atención médica” que cualquier método o estrategia de garantía de la calidad que se aplique será exitosa.⁸

Es fácil comprender el impacto de la palabra calidad si se considera su origen del griego Kalos que significa lo bueno, lo hermoso, apto, favorable y del latín Qualitatem (propiedad), puede ser relativa y absoluta a la vez, toda está en función del criterio de evaluación que se emplee⁹. Referimos al concepto de “calidad” como “el óptimo entendimiento por parte de los actores involucrados en el acto médico. Un entendimiento que implica: tiempo adecuado para la consulta médica; que los servicios sean propios a su funcionamiento resolutivo, y que el personal sanitario esté en plenas condiciones para ejercer bien sus funciones.¹⁰

Donabedian propuso el concepto de calidad, quien la define en tres ejes: estructura, proceso y resultado salud. Este modelo lo define como “el tipo de atención que se espera, va a maximizar el bienestar del usuario, una vez que se ha tomado en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas, que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”. A la vez el concepto de satisfacción Donabedian lo define en tres dimensiones: componente técnico, comodidad e interpersonal y entorno, estas dimensiones intervienen por medio del personal de salud y el usuario.¹¹

⁸ Coronado R, Zarco, Cruz E, Medina, Israel S, Hernández M, Arellano Hernández A, Nava Bringas T I. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Rev Mex Med Fis Rehab. 2013; 25(1):26-33. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/medicinafisica>.

⁹ González Pérez E, Fernández Clúa M, Jiménez Serrano D. Calidad en los servicios médicos en anestesiología: algunas consideraciones actuales. Rev Cub Anest y Rea. 2011; 10 (1): 2 – 11

¹⁰ Ramírez Hita. Ética y calidad en las investigaciones sociales en salud. Los desajustes de la realidad. Rev Acta Bioethica 2011; 17 (1): 61-71.

¹¹ Barragán JA, Pedraza YD, Rincón MR. Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja, 2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(2): 187-193.

Según la Organización Internacional para la Normalización (Norma ISO 9000: 2000) define la calidad como el grado en el que un conjunto de características inherentes (rango diferenciador) cumplen con los requisitos (necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita u obligatoria). En 1990 el Instituto de Medicina de Estados Unidos, parte de la Academia Nacional de Ciencias de ese país, propuso una definición de calidad que ha sido ampliamente aceptada: “Calidad de atención es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y la población incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud y que sean consistentes con el conocimiento profesional médico”.¹²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) disponen de documentos que establecen directivas para la mejora del desempeño para las organizaciones sanitarias, con la finalidad de contribuir a la satisfacción de todas las partes interesadas, también en el concepto de calidad de los servicios de salud deben estar presente: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos y mínimo de riesgos para el paciente.¹³ Según Vanormalingen (1996) el concepto de calidad en salud debe enmarcarse, sobre elementos fundamentales: excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción e impacto final que tiene en la salud.¹⁴

Deming afirma que: “la mejora de la calidad se consigue con el control estadístico de todos los procesos Lift y Hunt en el contexto de salud la definen como el grado mediante el cual los procesos de atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes. Existen múltiples aproximaciones al control de la calidad de atención, basados en guías de prácticas clínicas y medicina basada en evidencia, mientras otros centran su atención en el paciente y el respeto a su autonomía y derechos, existen modelos basados en el diseño y control de procesos, organizados como procesos administrativos o gerenciales, con lo cual, en muchas ocasiones, están alejados de la realidad clínica y el personal que los debe utilizar, por lo general desconocen las razones y la importancia de los mismos.

La primera incursión en políticas de calidad en Colombia sobre el sistema de salud fue la creación de la Ley 100 de 1993 en la que se creyó conformar un sistema de salud innovador, universal en su cobertura, posibilidad de autofinanciamiento mediante las EPS, con participación pública y privada, años después de su implementación se ha evidenciado su metodología errática por las

¹² Empaire G. Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioethica* 2010; 16 (2): 127-132.

¹³ Mejías Sánchez Y, Cabrera Cruz N, Rodríguez Acosta M M, Toledo Fernández A M, Norabuena Canal M V. et al. Bases legales de la calidad en los servicios de salud. *Rev. cub. salud pública.* 2013; 39(4): 796-803

¹⁴ Castañeda Deroncelé M. et al. Propuesta metodológica para la evaluación de la calidad de los servicios clínicos de prótesis estomatológica. *MEDISAN.* 2013;17(10):7049-7056

divergentes regulaciones impuestas basadas en la generación de ganancias económicas y no en la prestación de servicios eficaces, deteriorando su razón de ser y convirtiéndose en una frustración para todas las partes involucradas.¹⁵ En calidad se debe tener en cuenta el enfoque en el paciente, enfoque en la mejora de procesos, y el compromiso de todos sus actores para lograr el mejoramiento continuo.¹⁶

En contraste con el sistema de gestión de la calidad de las instituciones de salud que tiene necesariamente que estar en correspondencia con la excelencia, el colectivo moral, por ese motivo el ministerio de la protección social ha venido trabajando desde sus inicios con leyes, resoluciones, reglamentos, programas, sistemas, normas y procedimientos, aplicando un plan de capacitación y formación del recurso humano de las instituciones que dé respuesta a los cambios que se producen en el sistema y que asimile la introducción de nuevas tecnologías para fortalecer el nivel de resolutividad de la atención de salud y la creación de centros de excelencia con tecnología de punta, fortaleciendo la comunicación, la accesibilidad, la amabilidad, la credibilidad y la comprensión.¹⁷

Se conoce en la literatura experimentos basados en el mejoramiento del clima organizacional desde 1927 con la fábrica pionera Western Electric que pone en manifiesto la importancia de la intervención en las condiciones de trabajo, los sentimientos de los empleados, el sentido de pertenencia y los intereses colectivos, como factores determinantes de la productividad y de la satisfacción de los empleados, aspectos que, entre otros, forman parte del clima organizacional y que se ven reflejados en el sector salud en la calidad de los servicios, en un trato amigable, respetuoso y eficaz que se constituye en la percepción de calidad de los usuarios.¹⁸

La participación ciudadana en el mejoramiento de la calidad en servicios de salud, para lo cual se proponen metodologías como la atención primaria en salud donde la comunidad es la que define sus necesidades para generar un ambiente más amable, orientado a fomentar la calidad de vida del usuario, la segunda debe estar basada en la colaboración, en la cual el acercamiento de las personas a las actividades de salud ayuda a cumplir metas. El diseño para la calidad en salud debe ser una metodología de análisis, investigación y corrección en las

¹⁵ Molina G, Ramírez A. Conflicto de valores en el sistema de salud de Colombia: entre la economía de mercado y la normativa constitucional, 2007–2009. *Rev Panam Sal Pub.* 2013;33(4):287–93

¹⁶ Forrellat Barrios M et al. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Rev. Cub. Hematología, Inmunología y Hemoterapia.* 2014; 30(2):179-183

¹⁷ Amador Porro C O, Cubero Menéndez O. Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. *Rev Cub de Sal Púb.* 2010; 36 (2): 175-179

¹⁸ Bernal González I, Pedraza Melo N A, Sánchez Limón M L. El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios gerenciales.* 2015; 31 (134): 8–19

instituciones prestadoras de servicios de salud que hasta el momento ha sido el reto desde la década de los 90's para ser reconocidas por su excelencia, lograr ventajas competitivas y sobre todo construir una cultura de servicio eficaz y eficiente para la sociedad en general.¹⁹

La gestión de calidad debe integrar organización, ambiente y salud de los trabajadores así como el mejor rendimiento de los recursos basados en visión empresarial y planeación estratégica, para esto se deben hacer auditorías internas o externas, seguimiento de indicadores como respuesta urgente y absolutamente necesaria para el programa de mejoramiento de la calidad en salud en las instituciones, siendo flexible en las contingencias o debilidades y adaptando constantemente los procesos según las exigencias del medio y resultados, teniendo en cuenta las preferencias y necesidades de los usuarios a fin de alcanzar la excelencia en los servicios que se ofrecen.²⁰

La excelencia en la prestación de los servicios es un reto constante y en ocasiones distante pero es el norte de la institución y como tal delimita el camino a seguir, es solo posible trabajar para satisfacer el objetivo común, la totalidad de conceptos de calidad tienen como fin la satisfacción de los usuarios a servicios asistenciales, por tanto la inclusión de su perspectiva, dar importancia a la información de los pacientes, sus necesidades e intereses, los problemas identificados, a la hora de aplicar la gestión de calidad en las instituciones de salud es de gran utilidad para establecer lineamientos y pautas, realizar los cambios respectivos y equiparlos con las estrategias que conforman el Sistema Nacional de Salud, de forma que en un documento único se establezcan aspectos generales necesarios para lograr la excelencia y el cumplimiento de las normas y requisitos establecidos como es la estrategia de implementación del PAMEC por cada institución respetando la diversidad de la población.²¹

La humanización del servicio y la ética es de vital importancia, la atención debe ser sobre bases morales, pertenencia y sentido social, no se puede ver la salud como un negocio en el cual los pacientes tienden a pensar que "deben ser atendidos y curados porque pagan o tienen un seguro", o el personal de salud pensar que debe atender por "un salario no más", sin tener en cuenta que la satisfacción de los pacientes también puede ser la satisfacción de los profesionales al tener una relación empática, obtener un manejo de la

¹⁹ Nigenda López G H, Juárez Ramírez C, Ruiz Larios J A, Herrera C M. Participación social y calidad en los servicios de salud: la experiencia del aval ciudadano en México. Rev Saude Pública 2013;47(1):44-51

²⁰ Uribe J P, Colombia, la más sana. La urgente necesidad de una visión para la salud colombiana. Rev Colomb Cardiol. 2015; 22(4): 157---158.

²¹ Cifuentes B P. Auditoría del servicio. Rev CES Sal Púb. 2015; 6: 100-113.

enfermedad o de la condición del paciente conciliado puede ser más exitoso que un tratamiento retórico.²²

4.2 MARCO REFERENCIAL

4.2.1 Historia de la calidad en salud

La calidad en los servicios no es un concepto nuevo, por el contrario se observa en civilizaciones antiguas como se planeaba las actividades para obtener satisfacción de un servicio que fuera producto del acto humano, los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras, y los mayas empleaban el mismo método, el código de Hammurabi (Mesopotamia 1752 AC) decretaba la muerte del albañil que hubiera construido una casa que se derrumbara matando a su dueño.²³

En los años 30 del siglo xx el Dr. W.A. Shewart, de los laboratorios Bell en los estados unidos de Norteamérica, creo las llamadas “normas z”, que precedieron en poco tiempo a los esfuerzos de e. S. Pearson en Gran Bretaña, los que dieron origen a las llamadas “normas británicas”. Estos esfuerzos se unificaron después de la segunda guerra mundial, en un mundo de florecimiento industrial, “los gurú de la calidad” comienzan a elaborar sistemas teóricos que alcanzan la cúspide de su primera etapa, los trabajos del norteamericano Edward Deming, quien creo el ciclo de Deming (planificar, hacer, verificar, actuar) presento un salto de calidad en la organización empresarial. En los años 80 del siglo xx Avedi Donabedian elaboró sus teorías acerca de los sistemas locales de salud, elementos de la calidad: estructura, procesos y resultados, teorías aplicables a todos los aspectos de la calidad.²⁴

En Estados Unidos a finales de los años 60, tras la crisis diplomática, los habitantes se levantaron en protestas e hicieron que se les prestara mayor atención a los problemas creados por necesidades no satisfechas en los campos de la salud, la educación y la seguridad social. Fue hasta entonces que se reconoció que para evitar mayores disturbios y una destrucción más extensa era necesario hacer esfuerzos sustanciales para satisfacer las demandas generadas en estos servicios básicos, cuya estrategia inicial fue la evaluación de las áreas con mayores problemas y la elaboración de respuestas adecuadas para solucionarlos, en el área de la salud el mayor problema identificado fue la pobre

²² Javier Luna Orosco E. et al. Ética y calidad en salud: un binomio inseparable. Acta Bioethica 2011; 17 (1): 9-17

²³ Bashshur r. Sobre la evaluación de las necesidades de salud. Salud pública Méx 1987; 29: 288-292

²⁴ Padovani Cantón Antonio Manuel, Brito Ilano Lucila, crespo Sellier Milene, Diego Deulofeu Tomás Enrique, Padovani clemente Sandra. La calidad en salud pública. Rev. ciencias médicas. 2012 ago.; 16(4): 64-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1561-31942012000400008&lng=es

oportunidad de los servicios, que era afectada por los recursos económicos decrecientes del país para esta época.²⁵

A fines de la década de los 80 la preocupación por la calidad se extendió a los servicios de salud, así comenzó un movimiento que alcanzaría su punto culminante a partir del reporte del instituto de medicina de los estados unidos, publicado en 1999 y titulado: "errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro" en el cual se plantea que el sistema de salud norteamericano no es seguro y que entre 45.000 y 98.000 norteamericanos fallecen cada año víctimas de errores médicos. En el 2001 el Instituto de Medicina elaboró un nuevo reporte titulado: "Cruzando la brecha de la calidad", donde ratifica las deficiencias planteadas en el anterior, lo que fue también plasmado en los reportes del 2005 y 2009.²⁶

La calidad en salud está en su desarrollo, hoy se está conociendo su importancia a través de los sistemas de todo el mundo, implementando diversas formas de control de calidad en salud, la cual nace y se desarrolla en forma conjunta con el desarrollo industrial y tecnológico, pero este desarrollo ha sido en forma lenta y paulatina. Florence Nightingale, después de la guerra de Crimea en (1858), introdujo dos hechos que constituyen parámetros de calidad como: la formación profesional de enfermeras, introdujo el estudio de tasas de mortalidad de los hospitales militares y logró mediante el control del ambiente, disminuir las defunciones de un 40% a un 4%.

La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud, en los años 1980 las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías del proceso de mejoramiento continuo, la acreditación en hospitales amplió su enfoque hasta promover el mejoramiento de la eficacia.²⁷ En el año 1992 Osborne y Gaebler proponen un modelo de sistema de calidad se busca que los procesos se encuentren regulados por procedimientos de forma tal que sean entendidos y aplicados por toda la organización, bajo las prácticas operacionales establecidas, es decir, una manera de medir con exactitud cada punto del proceso

²⁵ Avalos M I. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Secretaria de salud. Horizonte sanitario. 2010; vol. 9 (1):9-19.

²⁶ Definición de las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan los manuales de estándares del sistema único de acreditación. Resolución 1474 de 2002. Ministerio de salud-Colombia. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo.

²⁷ Hernández Gómez M, Rodríguez Aguilera F, Olivera Cuadra D, Infante Pacho M E, Cárdenas Carvajal M, Martínez Ribot G. Manual instructivo en gestión de calidad en los servicios de salud. Revedumecentro. 2013;5(3):157-66

para facilitar el hallazgo de errores que afectan directamente la calidad de los bienes y servicios producidos por una organización.²⁸

4.2.2 Medición de la calidad del servicio en Colombia: los primeros estudios sobre la calidad en Colombia se dieron en la década de los 60, se pregunta al usuario sobre lo que percibe acerca de la calidad y oportunidad en la prestación del servicio, buscan identificar los aspectos que mayor impacto tienen en la formación de sus percepciones, tomando elementos como la mala atención del personal, trámites excesivos, infraestructura deficiente, esta evaluación se centra en el trámite de quejas, sanciones y multas; pero en términos de mejoramiento real de la calidad y satisfacción de los usuarios, es poco efectivo, según la superintendencia de salud.²⁹

En la concepción y trayectoria de la reforma colombiana, se observan dificultades en la integración y complementariedad de la red de servicios y de los niveles de atención, que dificultan el proceso de calidad y mejoramiento percibido por los usuarios, además de producir costos crecientes derivados de las múltiples contrataciones, tarifas mal reguladas por cada institución en el caso del sector privado, además de un costo social por atraso en la prestación de los servicios y la pobre oportunidad que es queja cotidiana.³⁰

La implementación de sistemas de gestión de calidad (SGC) ha encontrado muchas dificultades, tanto directivos como trabajadores oponen resistencia a los cambios que conllevan estos sistemas, uno de los planteamientos en contra de ellos es que la implementación resulta costosa, la mejoría obtenida en cuanto a la eficiencia y disminución de errores, los costos disminuyen.³¹ El sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) de Colombia fue creado en el año de 1993 (ley 100), es un sistema de salud de competencia regulada, de carácter público y privado, sus principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado.

Para llevar a cabo el desarrollo del PAMEC se fundamenta en el marco legal vigente, se tienen en cuenta los lineamientos del congreso de Colombia, la

²⁸ Romero S, Gillezeau B. P. Sistema de costos de calidad como proceso de mejoramiento continuo. *Revista ágora*. 2004; 13: 17-42.

²⁹ Delgado Gallego M E, Vázquez Navarrete M I, Moraes Vanderlei L. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev. Salud pública*, 2010; 12 (4): 533-545.

³⁰ Sojo, Ana. Reformas de gestión en salud en américa latina. *Revista de la cepa.*, 2001;74: 139-157

³¹ Benning A, Ghaled M, Suokas A, Dixon woods A, Dawson J, large scale organizational intervention to improve patient safety in four UK hospitals: mixed method evaluation. *Bmj*. 2011; 342: d195. Pmcid: pmc3033440

superintendencia nacional de salud y el ministerio de la protección social entre los más relevantes encontramos decreto 1011 emitido el 3 de abril del 2006 por el ministerio de protección social, el cual establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud, donde se establecen estándares de calidad para su aplicación voluntaria por parte de los actores del sistema.³²

Resolución 2003 de mayo del 2014 emitida por el ministerio de protección social, por 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 atención³³. Resolución 0123 de 2012 por la cual se modifica el artículo 2 de la resolución 1445 de 2006, en la cual se especifican los estándares de acreditación³⁴, son pilares fundamentales para llevar a cabo un buen plan de auditoría ya que permite actuar a la vanguardia de la normatividad vigente con direccionamiento hacia la calidad.

En el año 2015 el congreso aprobó la Ley estatutaria 1751 por la cual se regula el derecho fundamental a la salud, Comprendiendo este como el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, resaltando como aspecto de interés para esta investigación el principio de Calidad e idoneidad profesional donde Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos³⁵.

4.2.3 Calidad desde la perspectiva del marketing

El auge del modelo de competencia administrativa, que entrega a las fuerzas del mercado la administración de los servicios de salud, obliga a los proveedores locales a competir por calidad, precio y satisfacción del consumidor, como medios

³² Decreto 1011. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de la protección social. 2006. 17:17. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/normatividad>

³³ Resolución 2003. 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. Ministerio de la protección social. Mayo de 2014. 225:225. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/normatividad>

³⁴ Resolución 0123. Por la cual se modifica el artículo 2 de la resolución 1445 de 2006. Ministerio de la protección social. Enero de 2012. 2:2. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/normatividad>

³⁵ Ley estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

para obtener beneficios y permanecer en el mercado, la evaluación de la calidad es una exigencia en la ley 100 de 1993, ya que obliga el cumplimiento de metas y la satisfacción de los usuarios para aumentar afiliaciones y así su rentabilidad, teniendo en cuenta que esto genera un riesgo al poner los recursos económicos como el pilar fundamental para la prestación de los servicios³⁶.

Como antecedente histórico de importancia El marketing se implementa en las instituciones de salud desde los inicios de los años 70 en los principales hospitales de Estados Unidos y dicha práctica se ha generalizado en la oferta de los servicios de hospitales públicos y privados de América Latina en esta primera década del 2000³⁷ ejecutando programas de mercadeo que tienen en cuenta las variables demográficas, geográficas y epidemiológicas de los pacientes para ofrecer los servicios que así requieran, favoreciendo la oportunidad y accesibilidad exigidas por el ministerio de protección social, que además da un valor agregado a la institución con un ambiente mejorado percibido por los usuarios y por directivos de la institución al cumplir de manera facilitada sus metas y cifras positivas en cuanto eficiencia y eficacia.³⁸

4.2.4 Normatividad de la calidad en salud

La exigencia del sistema de habilitación establece los estándares mínimos requeridos para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud. En Colombia en el año 2002, se define la acreditación como uno de los componentes del sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC) (2), se describen funciones de la entidad acreditadora al establecer los estándares mínimos para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud y ha tratado de unir conceptos entre instituciones pares, los cuales parecen exagerados muchas veces, no porque no deban ser, sino porque muchas instituciones no los tienen implementados en su totalidad, no los conocen o peor aún, porque le restan importancia para no hacerlos, tratando de disminuir costos y seguir siendo competitivos.

Por otro lado, la meta de la acreditación, no obligatoria como la habilitación, es importante para las instituciones, el instituto de normas técnicas y certificación (Icontec), como entidad para sistema único de acreditación (SUA), tiene entre

³⁶ Rodríguez Orjuela A, Losada Otálora M. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Cuad. Adm. Bogotá (Colombia). Dic 2007; 20 (34): 237-258.

³⁷ Kotler P. Marketing. España: Editorial Pearson Prentice Hall, 2007.

³⁸ Marketing en salud. *Salud, Barranquilla*.2008; 24(2): i-ii Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522008000200001&lng=en&nrm=iso. ISSN 0120-5552

otras la función de desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema y a su vez es una de las 19 organizaciones acreditadoras reconocidas por la sociedad internacional de calidad en servicios de salud-Isqua.³⁹ Si se establecen estándares básicos que permitan trabajar con parámetros claros, garantizando uniformidad (habilitación, acreditación), y un sistema adicional de mejoramiento continuo, con estándares de alta calidad que permitan evaluar, corregir o readaptar, validar y/o mejorar de manera continua el sistema que se ha venido empleando previamente⁴⁰.

4.2.5 Modelos de gestión de la calidad

El proceso de calidad debe definir qué resultado se quiere alcanzar ante cada procedimiento y buscar la forma de reducir la variabilidad de los resultados a través de estándares como protocolos o guías clínicas; además se debe actualizar como proceso continuo de mejoramiento sistemático a través de la medición de indicadores, esto se convierte en una herramienta que nos permite saber si los procesos se están desarrollando bien o dónde están sus errores, además ver objetivamente los logros en la práctica.⁴¹ Actualmente, en las instituciones públicas y privadas del sector salud, existe un gran interés por mantener sus indicadores con datos vigentes, fortaleciendo el conocimiento de aspectos relacionados con la calidad en la atención, que son presentados a comités, grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas, círculos de calidad, sistemas de monitoria y aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios.

Las EPS deben contar con un soporte documental básico de la calidad, que incluye un manual de calidad, un manual de procedimientos, unos planes de mejoramiento y unos informes de calidad. Por su parte, el SOGC en los prestadores de servicios de salud debe incluir el cumplimiento del Sistema único de habilitación, de manera periódica (cada dos años) y de carácter obligatorio para la prestación de servicios de salud; el diseño y ejecución de un plan para el mejoramiento de la calidad; el desarrollo de un sistema de información que incluya componentes de oferta de servicios, uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico, situación de salud de los usuarios atendidos y procesos de auditoría médica. Por lo anterior se hace necesario que el sistema de salud trabaje

³⁹ The joint commission accreditation. Comprehensive accreditation manual for behavioral health care – cambhc. Updated version, march 2011. Illinois: joint commission resources; 2010: 4

⁴⁰ Roldan, Luis f. Habilitación, acreditación, sistema de gestión de calidad y legalización. *Rev. col gastroenterol.* 2004; 19:245-246.

⁴¹ Castaño Convers S. Calidad en la atención en salud nuestra responsabilidad como profesionales de la salud y como sistema. *Acta médica colombiana.* 2005; vol. 30(4): 289-294.

en el diseño de mecanismos que garanticen estándares de calidad, que sean medibles a lo largo del tiempo, replicables al interior de múltiples actores que compartan características similares y que tenga una representación en los estados de salud, la satisfacción de los usuarios, del personal involucrado y el mejoramiento permanente de las instituciones.⁴²

El modelo de gestión de calidad debe reforzar su estructura para que la retroalimentación forme parte de un ciclo que sostenga los esfuerzos de mejora, no obstante se recomienda que la acreditación no sea considerada la finalidad de los procesos de mejora sino un medio para ofrecer servicios de mayor calidad, Donabedian propone el análisis de la calidad a partir de tres dimensiones: (estructura, proceso y resultado), que permite medir de manera organizada las variables ligadas a la calidad de los servicios, satisfacción de solicitudes de su población, atender y cumplir con las expectativas a los servicios requeridos, ya que sin su opinión cualquier esfuerzo por mejorar la calidad quedaría truncado al no satisfacer las expectativas del cliente y así ver la institución de salud como un sistema abierto y vivo donde el cumplimiento de la misión depende del resultado de cada una de sus partes (subsistemas, procesos, unidades organizativas) y de la armonía de su funcionamiento e interrelaciones con otros subsistemas del entorno⁴³

La implementación de un modelo de gestión de la calidad en los establecimientos de atención a la salud es de gran utilidad para ofertar una atención médica con calidad, para lo que se ha elaborado el Modelo de Gestión de Calidad en Salud, que contempla dentro de sus componentes la atención centrada en la persona, la población y la comunidad, hasta lograr resultados de valor haciendo énfasis en el liderazgo, la planeación basada en las necesidades de la población, siempre con el enfoque de la mejora continua para otorgar una atención médica segura, así como el desarrollo y satisfacción del personal para encontrar bienestar en las organizaciones.

Un sistema de gestión de la calidad es una estructura operativa de trabajo, documentada que integra los procesos técnicos y gerenciales, para guiar las acciones de la fuerza de trabajo el equipamiento y la información de la

⁴² Calidad en salud en Colombia. Ministerio de la protección social programa de apoyo a la reforma de salud – pars. Carlos alfonso kerguelén botero. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/documentos%20y%20publicaciones/calidad%20en%20salud%20en%20colombia.pdf>

⁴³ Ramírez Sánchez T J, Nájera Aguilar P, Nigenda López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en Méx: perspectiva de los usuarios. *Salud pública de México*, feb 1998; vol.40 (1): 1-10.

organización de manera práctica y coordinada y que asegure el cumplimiento de las metas y la satisfacción del usuario.⁴⁴

De una organización sistemática depende el cumplimiento de los aspectos legalmente establecidos o adoptados en la organización, lo cual permite la identificación de las no conformidades y la adopción de acciones preventivas o correctivas, creación de modelos en los cuales surge la investigación sobre la perspectiva del usuario sobre el servicio prestado, obteniendo de esta una forma efectiva para mejorar la satisfacción a un menor costo económico, además de respetuoso al valorar la opinión y necesidades de sus pacientes.

Buscar integrar la gestión de calidad a la gestión de la organización ambiental y salud de los trabajadores, es fundamental, y de este acto se obliga a mejorar la organización en cuanto a asignar los recursos, controlar resultados mediante el seguimiento de indicadores reglamentados y las auditorías internas o externas planificadas,⁴⁵ mejorando así el entorno socioeconómico que ejerce una influencia indiscutible en el comportamiento de los usuarios que evidencian la accesibilidad a sus servicios y la conformidad con la renovación de los recursos.⁴⁶ Según las corrientes filosóficas social-constructivistas y postmodernistas se asegura que la percepción de mejores recursos crea correspondencia entre la calidad de los conocimientos sanitarios y su mejor o peor aplicación, y los mejores o peores resultados en salud estimulados por percepciones visuales, es decir el usuario se siente mejor y valora el conocimiento medico cuando ingresa a instalaciones renovadas y con equipos de última tecnología⁴⁷

Este paradigma incluye además el desafío de la tecno-medicina en la cual mantener los centros hospitalarios es cada vez más costoso, exigencias en equipos y menos sensibilización al personal, que se contraponen a la disminución de presupuestos para ahorrar costos, contratos precarios que ponen en riesgo a las personas que atienden y a la propia salud de los profesionales que se enfrentan a servicios desconocidos, exigiendo cada vez su mejor atención con un clima laboral hostil, que dificulta que este brinde un cuidado humanizado, adecuado cuando se siente inconforme con la propia estructura del sistema.⁴⁸ De

⁴⁴ Modelo de gestión de calidad en salud 2016. Subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud.

Dirección general de calidad y educación en salud. Disponible en:

file:///c:/users/principal/downloads/modelo%20de%20gestion%20de%20calidad%20en%20salud%202016%20(1).pdf

⁴⁵ Amador porro C O, Cubero Menéndez O. Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. Rev. cub de salud pública, 2010; 36(2):175-179

⁴⁶ Ávila agüero M L. Mortalidad infantil, indicador de calidad en salud. AMC, 2007; vol. 49 (2): 76-78

⁴⁷ Calderón C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud. Rev. esp salud pública, 2002; vol. 76 (5):473-482

⁴⁸ BesG, Navarro H, f., & huércanos esparza, i. (2011). El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enfermería global*, 10(23), 221-232

esto se conoce que para hablar de calidad se debe tener conocimiento de unas necesidades, la presencia de un modelo de referencia con el cual comparar nuestra realidad y conseguir la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente.⁴⁹

La enfermedad, sufrimiento y muerte, así como la motivación por conservar la salud, son considerados hechos biológicos y sociales universales, se sostiene que la única forma de lograr un acto terapéutico eficaz es a través del compromiso entre el enfermo y el profesional, el que se logra sólo si la propuesta de recuperación se inserta en la vida simbólica y cultural del enfermo, y si la intervención es aceptable, significativa y satisfactoria tanto para médicos como pacientes, garantiza la calidad en su aspecto más primitivo, pero este acto no debe implicar una carga para el profesional de salud dado que se fundamentan en los actuales principios de la bioética.⁵⁰

Como principal eje para la garantía de la calidad es bien reconocido el desarrollo de aptitudes del talento humano para hacer de la mejor manera posible la relación con su paciente y de manera eficaz la utilización de los recursos disponibles, en segundo plano la metodología nos exige el fortalecimiento de los procesos con estándares de acreditación, seguridad del paciente, mejoramiento de las tecnologías de la información, gestión del riesgo para los procesos misionales y la conformación de un equipo de autoevaluación y seguimiento a planes de mejora, que a groso modo constituyen todo el eje del plan de mejoramiento para la calidad en salud y la humanización del servicio a partir de las reflexiones que se derivan del proceso de auditoría⁵¹

Ser una institución habilitada no es suficiente en el caso de las instituciones de origen público, la norma exige ser superior y requiere cumplimiento de los criterios establecidos en el manual único de acreditación, Para esto se requiere un enfoque por sistemas en el cual se realiza la integración de un trabajo multidisciplinario donde cada acción implementada afecta condiciones futuras, de forma que las condiciones modificadas se convierten en el fundamento de acciones posteriores, no hay terminación del proceso como se define el plan de mejoramiento continuo para la calidad, es variable pero siempre interviniendo de

⁴⁹ Quix Oliver J. Calidad en salud pública. *Gac sanit*, 2005;19(4):325-32

⁵⁰ Alarcón A M, Vidal, a., & Neira rozas, j. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev. méd. Chile*. 2003; 131: 1061-1065

⁵¹ Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud. 19 de septiembre de 2014. Dirección de prestación de servicios y atención primaria. Ministerio de salud y la protección social. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/psa/lista%20de%20chequeo%20para%20implementar%20y%20evaluar%20el%20pamec.pdf#search=%252cpamec>.

manera positiva mediante una auditoría integral con el propósito mixto de detección-corrección de fallas agregando un valor positivo a lo auditado y mantener su autoevaluación con un carácter comunicativo, en forma y contenido que propende por el establecimiento de relaciones profesionales de cooperación.⁵²

La efectividad de la gestión de la calidad ha pasado a ser una condición necesaria y la fuerza más importante en el éxito de la organización. La calidad total, como nueva filosofía gerencial, intenta atenuar la diferencia entre lo que ofrece la organización y lo que espera el usuario de ella.⁵³ El primer requisito de calidad de la investigación cualitativa en salud, no puede ni debe ir disputado con el rigor en el desarrollo práctico del trabajo de investigación. Las producciones cualitativas en salud desde la perspectiva de lo procedimental han dejado constancia de importantes carencias de consistencia y de rigor, de ahí que no resulte extraño que la elaboración de guías o listados de requisitos de calidad haya respondido en ocasiones a la demanda por parte de los comités editoriales para contar con filtros eficaces ante la oferta de trabajos de factura muy desigual para su publicación, dejando de lado las necesidades reales de la institución.⁵⁴

Los avances en calidad en salud en el mundo pueden atribuirse a la tendencia globalizadora de aplicación de normatividad y leyes, en especial a la libre competencia para la prestación de estos servicios, que ha generado como consecuencia el reconocimiento de necesidades y expectativas de los usuarios como eje central del proceso de atención en salud y así brindar una atención con calidad⁵⁵ como objetivo esencial dentro de las instituciones, tras este auge, lo que emerge es la necesidad de un paradigma de gestión diferente para los recursos humanos basado en la participación de los trabajadores, en su inclusión como actores y miembros de la cultura de la organización y así lograr cumplir todos los objetivos en materia de calidad.⁵⁶

Las acciones de calidad están dirigidas a garantizar la mejora de la calidad técnica y seguridad del paciente, la calidad percibida por los usuarios y la calidad en la

⁵² Ministerio de la protección social. Programa de apoyo a la reforma de salud. Unión temporal: instituto de ciencias de la salud ces - centro de gestión hospitalaria. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/ca/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf#search=%252cpamec>

⁵³ Abreu M C, Cañedo Andalia R. Gerencia total de la calidad en las organizaciones. Acimed. Agosto1998; 6(2): 79-92. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1024-94351998000200002&lng=es.

⁵⁴ Ministerio de la protección social. Sistema único de acreditación en salud. (2014). Disponible en: <http://bit.ly/1qnmwea>

⁵⁵ Zapata Vanegas M. Estándares de acreditación "derechos de pacientes": revisión y estado actual en centros de tratamiento en drogadicción en Colombia. Rev. Salud pública. 2014; 16(2):232-245. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0124-00642014000200007&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n2.36848>

⁵⁶ Gómez Camelo D. Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la región Andina y El Caribe. Rev. Salud Pública. 2005; 7(3): [305-316]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v7n3/v7n3a06.pdf>

gestión de los servicios de salud. Para lograrlo, se debe incluir diversos proyectos, destacando el de gestores de calidad en atención primaria y hospitales. La auditoría como proceso de evaluación permite validar información de cumplimiento en temas de normatividad para habilitación y/o acreditación nacional en salud, por lo tanto, es preciso disponer de una herramienta de auditoría que permita evaluar cumplimiento, entregar resultados y de acuerdo a estos establecer planes de mejora, llevando finalmente a la obtención de un proceso más eficiente.⁵⁷ La calidad es un atributo esencial de la atención médica que resulta fundamental para lograr los objetivos nacionales de salud y el futuro sostenible del sistema de salud.⁵⁸

La calidad de atención no debe ser entendida exclusivamente como responsabilidades individuales, sino también como obligaciones concernientes de toda la organización y el propio estado, quien debe establecer reglas y proporcionar el apoyo para que trabaje un sistema de salud reformado, y renovado. ⁵⁹ teniendo en cuenta la interculturalidad en la salud y su enfoque sociocultural en la práctica médica con personas culturalmente distintas, donde cada una, está dispuesta al diálogo, respeto, valoración y aceptación de los diferentes saberes médicos, promoviendo la articulación para mejorar la capacidad de actuar, calidad de atención, conocimientos, creencias y prácticas de salud diferente, mejorando la calidad de atención de los servicios de salud, disminuyendo las quejas por parte de los usuarios. ⁶⁰

Al integrar los conceptos en calidad de los servicios de salud se da como resultado que las políticas de salud de las organizaciones, estarán enfocadas en hacer lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y usuarios, y de la adecuada interacción entre ambos, ⁶¹llevando implícitos 2 conceptos que son: 1. La excelencia técnica, toma de decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder, hacer lo correcto, 2 adecuada interacción entre los agentes involucrados para dar y obtener calidad en la oferta de servicios de salud, los modelos de atención deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones,

⁵⁷ Rúa A I, Torres D M, Camacho J E. Herramienta de auditoría para la gestión de tecnología biomédica. Rev. Ing. bio de Colombia, 9 (18), 103 – 108.

⁵⁸ Granados Cosme J A, Tetelboin Henrion C, Torres Cruz C, Pineda Pérez D, Villa Contreras B M. Operación del programa sistema integral de calidad en salud (sicalidad). La función de los gestores en atención primaria y hospitales. *Salud pública de México*, 2011; vol. 53 (4): s402-s406

⁵⁹ Ramírez Hita S. Ética y calidad en las investigaciones sociales en salud. Los desajustes de la realidad. *Acta bioethica*, 2011; 17 (1): 61-71

⁶⁰ Espinosa H. Globalización, libre comercio y salud. *Revista gerencia y políticas de salud*, 2014: 13(27), 370-372

⁶¹ González T, Eucaris E, Ortega, Christian. La calidad en el sistema de salud. *Rev méd cient*, 2010; 23(1):40-47.

confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad a la hora de estar en contacto con el paciente.⁶²

Los sistemas de prestación de servicios de salud son complejos; por lo mismo, son sistemas de alto riesgo: el ejercicio de la medicina ha pasado de ser simple a seguro y complejo, con los adecuados controles. Los procesos de atención en salud han llegado a ser altamente complejos, incorporando tecnologías y técnicas cada vez más elaboradas.

Teniendo en cuenta el significado y los principios de seguridad, es posible trabajar en conjunto para establecer un sistema de gestión con calidad en la prestación de servicios. Si bien, es claro, todas las organizaciones están enfocadas en realizar sus tareas con calidad, el uso de un enfoque en la seguridad del paciente, puede ser una herramienta efectiva para la creación de un sistema completo, generando respuestas positivas en el cliente interno y externo.⁶³

4.2.6 CONCEPTOS

Diagnosticar el estado de calidad: El Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de Norteamérica, se refirió a calidad como "el grado por el cual los Servicios de Salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual", lo cual podemos relacionar con el diagnóstico esperado a la hora de aplicar herramientas que evalúan el impacto del mismo. Otra forma de "asegurar" el estado de la calidad es a través de la elaboración de normas, pautas o guías, que contengan afirmaciones, basadas en los conocimientos profesionales vigentes.⁶⁴

65 66

Estándares de calidad establecidos por el ministerio de protección social: El ministerio de protección social determina la política del sector salud, y es quien impone la norma técnica que se utilizará como parámetro de evaluación de la calidad en salud y establece los niveles mínimos y máximos deseados en el

⁶² Rosselot E. Aseguramiento de la calidad profesional.: Un nuevo marco ético para el ejercicio de la medicina. *Rev. méd. Chile.* 1999; 127(11):1375-1383. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999001100013&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98871999001100013>.

⁶³ Modelo de calidad en la gestión de salud con énfasis en la seguridad del paciente, para la terapia endovascular de aneurismas intracraneales en un servicio de neurointervencionismo. 2010. Disponible en: <http://repositorio.utp.edu.co/dspace/bitstream/handle/11059/1479/658562c266m.pdf?sequence=1>

⁶⁴ García R. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. *Rev. méd. Chile.* 2001; 129; 825-826.

⁶⁵ Guzmán A M, Sánchez T, De la Barra R, Madrid A, Quiroga T. Implementación de 9 indicadores de calidad en un laboratorio hospitalario. *Rev. méd. Chile.* 2011;139(2):205-214. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000200010&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000200010>

⁶⁶ Guix Oliver J. Calidad en salud pública. *Gac Sanit.* 2005; 19(4):325-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000400010&lng=es

resultado de una actividad, programa, o servicio sobre la gestión de la calidad.^{67 68}
69

Debilidades de mayor importancia en cada proceso: Una de las mayores debilidades de los servicios de salud es no prestan atención a los problemas relacionados con la administración o problemas directivos, estos deben ser capaz de autoevaluarse y auditarse a sí mismos, corrigiendo sus debilidades o errores. Se deben identificar las necesidades de los pacientes dirigiendo mejor los procesos en virtud de lo que la población requiere. Como los procesos son atendidos por más de una persona, hay que comprometer al equipo que participa en cada uno de ellos. La calidad de la salud no se reduce a uno o algunos de estos, pues necesariamente implica la integración de aspectos de carácter técnico y también de procesos objetivos y subjetivos, que tienen como resultado la satisfacción de los usuarios.^{70 71 72}

Necesidad de intervenir un proceso: Son las estrategias o actividades que se derivan de un resultado negativo en un proceso teniendo en cuenta la importancia del mejoramiento continuo y que pueden ser más oportunas para aplicar a este, con la intención de influir en su realidad y producir un cambio positivo^{73 74 75}

Proponer modelos según procesos evaluados: La medicina, desde sus orígenes, ha debatido diferentes modelos que han incidido en su puesta en práctica, un marco legal amplio respalda la implementación de modelos de atención en salud para población, pero se han generado vacíos significativos en la conceptualización y definición de elementos estructurales de estos modelos, se

⁶⁷ Guerrero R, Gallego A I, Becerril Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud pública 2011; 53 supl 2:S144-S155. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010&lng=es

⁶⁸ Ministerio de la protección social, observatorio de calidad en salud. Guía para la metodología de cálculo de costos de calidad y no calidad. Cap. 3.1 los estándares de calidad. Disponible en : <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%207/3.1estandares.html>. Consultado el día 15 de mayo de 2016

⁶⁹ Sojo A. Reformas de gestión en salud en América Latina. *Revista de la CEPAL*, 2001; 74: 139-157

⁷⁰ Forrellat Barrios M. et al. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Rev. Cub. Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. 2014; 30(2):179-183.

⁷¹ Orosco J L. et al. Ética y calidad en salud: un binomio inseparable. *Acta Bioethica* 2011; 17 (1): 9-17

⁷² Castañeda Deroncelé M. et al. Propuesta metodológica para la evaluación de la calidad de los servicios clínicos de prótesis estomatológica. *MEDISAN* 2013;17(10):7049-7056

⁷³ Guerra, Santos M A. Criterios de referencia sobre calidad del proceso de enseñanza/aprendizaje en la universidad. *1as Jornadas Nacionales de Didáctica Universitaria*, 1990, p. 49

⁷⁴ Zapata M. Distintas formas de intervenir en la distancia y en el eLearning Los modelos de calidad. *RED. Revista de Educación a Distancia*, 2006, no 16, p. 10

⁷⁵ Gillezeau P, Romero S. Sistema de Costos de Calidad como Proceso de Mejoramiento Continuo. *Revista Agora*, 2004, no 13, p. 17.

han realizado ajustes como respuesta a las tensiones que se generan en contextos sociales y culturales.^{76 77 78}

Estrategias de mejoramiento: El desempeño en calidad se realiza por medición de resultados, procesos y la satisfacción de los pacientes y familias, su meta es lograr la mejora continua en cada servicio prestado en las instituciones de salud. Se debe trabajar cada día para mejorar la satisfacción de los usuarios, la relación con los pacientes y familias, localizar y disminuir los errores, trabajar en equipo, hacer partícipe a todos, sentirse parte de una organización que nos necesita y que avanza hacia los nuevos cambios que el sistema y el mundo necesitan, son la esencia de la cultura de calidad. La calidad no constituye un término absoluto, sino que es un proceso de mejoramiento continuo, es una cualidad objetivable y mensurable, no depende de un grupo de personas, pues involucra a toda la organización.^{79 80}

4.3 CARACTERIZACION DEMOGRAFICA

Organización:

La ESE Salud Pereira se encuentra ubicada en el departamento de Risaralda específicamente en el municipio de Pereira, cuenta con una oferta de red de servicios pública de baja complejidad, con 3 unidades intermedias de salud, 8 centros de salud y 14 puestos de salud urbanos y rurales. En la actualidad presta servicios de consulta externa, urgencias, cirugía programada, internación, atención de partos de bajo riesgo, apoyo diagnóstico, imagenología y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las áreas POS y PAB del Primer y Segundo Nivel de Atención en Salud.

Tiene consolidada una red de prestación de servicios que se encuentra distribuida de manera georreferenciada en tres puntos principales de atención como son las Unidades Intermedias de Cuba, Kennedy y Centro, que cubren las necesidades en

⁷⁶ González L A. Análisis comparativo de modelos de atención en salud para población indígena en la región Andina. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2015; 07-14. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000100002&Ing=en

⁷⁷ Roldán T R, Torres P M E, Gallardo D, Arias M, Saldías F. Hospitalización diurna como modelo de atención de salud en pacientes adultos inmunocompetentes con neumonía adquirida en la comunidad. Rev. méd. Chile. 2015; 143(4): 467-474. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000400008&Ing=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000400008>.

⁷⁸ Jova Morel R, Rodríguez Salvá A, Díaz Piñera A, Balcindes Acosta S, Sosa Lorenzo I, De Vos Pol et al. Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo. MEDISAN. 2011; 15(11): 1609-1620. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-0192011001100012&Ing=es

⁷⁹ Forrellat Barrios M et al. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Rev. Cub. Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2014; 30(2):179-183.

⁸⁰ Julián A. Barragán B, Pedraza Y D, Rincón M R. et al. Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja, 2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2013; 31(2): 187-194

salud de la población urbana y rural en las zonas Suroccidental, Nororiental y Centro de la ciudad respectivamente. Su política de calidad está orientada a brindar servicios de salud con calidez, oportunidad, accesibilidad y equidad, para superar las expectativas de los usuarios y su entorno familiar, generando así un alto impacto social.

Su oferta de servicios según la capacidad instalada es de 60 consultorios para médicos en donde la entidad estaría en la capacidad de realizar 28535 consultas al mes, dispone de 79 consultorios de enfermería y actividades de Protección Específica y Detección Temprana como controles, vacunación, toma de citologías y procedimientos menores, con una capacidad física al día para ofertar en el mes 23.936 actividades, cuenta con un consultorio especializado para ginecobstetricia, el cual estaría en capacidad de ofertar al mes 176 consultas al mes, en el área de odontología cuenta con 27 unidades de odontología, donde se podrían realizar 19.008 atenciones al mes; La entidad dispone de 1 consultorio de triage en cada uno de los 3 hospitales en los cuales podría realizar 155.520 atenciones, adicionalmente cuenta con 9 consultorios de urgencia en capacidad de realizar 120.960 consultas al año, también se cuenta con 4 salas de procedimientos y suturas las cuales estarían en capacidad de realizar al año 34.560 procedimientos, también dispone de 3 salas de reanimación, una en cada Hospital.

Para estancia general cuenta con 15 camas pediátricas, el servicio de ginecoobstetricia se cuenta con 22 camas, y el servicio de consulta externa cuenta con 35 camas; adicional también cuenta con 3 salas de parto, 2 quirófanos, 2 equipos de Rayos X y un ecógrafo, laboratorio clínico en el hospital del centro y por ultimo cuenta con 2 ambulancias, que pueden trasladar 240 pacientes al mes.

La ESE Salud Pereira es una Institución Prestadora de Servicios de Salud del primer nivel de complejidad, la cual tiene a cargo la atención de 254.862 usuarios los cuales corresponden a la población más pobre y vulnerable del municipio de Pereira, pertenecientes a las EPS Cafesalud y Asmetsalud y a la población vinculada. En Pereira, al igual que en todo país, los organismos de salud como la ESE Salud Pereira, abrieron sus puertas sin realizar un análisis de la demanda y de la oferta ya que los usuarios atendidos en su gran mayoría generan demanda de servicios que en algunas ocasiones no es la esperada, o que debería ser cubierta por organismos de diferente nivel de complejidad y en algunas oportunidades se torna innecesaria la prestación del servicio de salud, por la mala utilización de los mismos, lo cual hace que las IPS no cumplan con su objeto misional.

4.4 MARCO INSTITUCIONAL

Planeación estratégica:

Los sectores sociales y en especial el de la salud, han sufrido cambios substanciales en sus normas, aspectos administrativos y fiscales, lo cual obedece a políticas de ajuste macroeconómico internacional y nacional, que afectan de manera directa la administración, financiación y prestación de servicios de salud, trasladando la responsabilidad a los entes territoriales, regionales y locales en el proceso de descentralización.

Así, se hace necesario que las empresas, como la Empresa Social del Estado Salud Pereira – “E.S.E. Salud Pereira”, reorienten sus acciones en la búsqueda de soluciones reales a las necesidades de la población objeto, que involucre la participación social y el trabajo en equipo en todo su proceso, dándole validez y coherencia al proceso de Planificación.

Mediante un análisis estratégico situacional, formulación de objetivos, estrategias y proyectos que permitan orientar sus recursos a impactar los problemas de mayor magnitud, vulnerabilidad y gravedad, de la población expuesta al mayor riesgo y propender por su salud y la satisfacción de sus necesidades.

La Empresas Social del Estado ESE SALUD PEREIRA, con el agravamiento de la crisis de la red pública hospitalaria en todo el país, tuvo que realizar el programa de saneamiento fiscal y financiero que les impone la normatividad, para los años 2014-2017.

El plan de desarrollo institucional de la ESE SALUD PEREIRA para el cuatrienio 2014 - 2017; comprometidos con la seguridad del paciente y la satisfacción de los usuarios, pretende estar acorde a los compromisos del plan de ajuste fiscal y financiero, promover el uso racional de los recursos, servicios más eficientes, universales y equitativos, mejorar la accesibilidad, calidad e integralidad de los servicios de salud y asegurar una evaluación continua y dinámica de su ejecución y sus resultados.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS:

- **Calidad:** Brindamos atención oportuna y humanizada en los servicios de salud para garantizar la satisfacción de nuestros usuarios.
- **Eficiencia:** Optimizamos los recursos humanos, tecnológicos, físicos y financieros que permitan el beneficio social y la auto sostenibilidad.
- **Competitividad y liderazgo:** Nuestras acciones están encaminadas al fortalecimiento de la red de servicios y al posicionamiento como empresa prestadora de servicios de salud.
- **Equidad:** Proveemos servicios de salud a nuestros usuarios teniendo en cuenta sus necesidades y características.
- **Responsabilidad social:** El compromiso es primero con nuestros colaboradores, teniendo en cuenta los valores y la transparencia que definen

el actuar de la empresa, e inciden directamente en los mismos, para luego plasmar los esfuerzos con los usuarios, comunidad en general y medio ambiente.

Valores:

- **Humanización de la Atención:** realizamos todos los cuidados pertinentes para la salud de nuestros usuarios y velamos por el respeto a la dignidad del ser humano en la prestación de todos nuestros servicios.
- **Tolerancia:** valoramos las ideas, opiniones y modos de pensar, actuar y sentir de nuestros compañeros y usuarios.
- **Solidaridad:** unimos esfuerzos en beneficio de nuestros usuarios y compañeros.
- **Honestidad:** somos transparentes en la prestación del servicio y en la gestión institucional.
- **Responsabilidad:** cumplimos deberes y compromisos acorde con nuestra misión y objetivos institucionales, fomentando el autocontrol.
- **Ética:** el buen juicio acompaña nuestras acciones respetando los deberes y derechos de nuestros usuarios.
- **Lealtad:** Somos fieles al cumplimiento de los principios, misión y objetivos Institucionales.

MISIÓN:

Prestar servicios de salud de baja y mediana complejidad a la población pobre y vulnerable del municipio de Pereira en forma segura y oportuna, realizando acciones de promoción de la salud y prevención de la Enfermedad, optimizando los recursos humanos, tecnológicos y financieros, mediante la humanización del servicio, y vocación docencia servicio, garantizando la satisfacción de nuestros usuarios.

VISIÓN:

Ser reconocidos a nivel regional como una institución hospitalaria que presta servicios de salud de baja y mediana complejidad en el municipio de Pereira, con altos estándares de calidad orientados a la satisfacción del usuario.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES:

1. Garantizar la capacidad de oferta de servicios de baja complejidad.
2. Incrementar los servicios de mediana complejidad acorde a la demanda y la capacidad instalada.
3. Fortalecer el sistema de información en la E.S.E Salud Pereira.
4. Garantizar la autosostenibilidad de la Institución a través de la venta de servicios con calidad y la gestión gerencial
5. Reducción de riesgos inherentes a la prestación del servicio.
6. Mejorar las tendencias en el comportamiento de la morbimortalidad por enfermedades prevenibles y trasmisibles.
7. Fortalecer el desarrollo del talento humano de la E.S.E Salud Pereira.

8. Garantizar la calidad en la prestación de servicios a nuestros usuarios.
9. Fortalecer los espacios de participación comunitaria en los procesos de la ESE Salud Pereira.

POLÍTICA DE CALIDAD:

Brindar servicios de salud con HUMANIDAD, OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD y EQUIDAD, para satisfacer las necesidades y expectativas razonables de nuestros usuarios y su entorno familiar, generando alto impacto social.

4.5 GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACCESABILIDAD: Condición que permite, en cualquier espacio o ambiente ya sea interior o exterior, el fácil y seguro desplazamiento de la población en general y el uso en forma confiable, eficiente y autónoma de los servicios instalados.

ACREDITACIÓN: Método empleado para calificar atributos de la atención brindada por un establecimiento. También se le define como “el procedimiento de evaluación periódica de los recursos de un servicio o establecimiento de salud que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente definidos y aceptados”

ADMINISTRACION: Conjunto de técnicas por medio de las cuales se determinan, clasifican y realizan los propósitos y objetivos de un grupo humano particular (Petersen y Plowman). Elementos del proceso administrativo: Previsión, Planeación, Organización, Integración, Dirección y Control.

ALTO COSTO: Son los tratamientos y servicios de salud que reciben las personas que padecen enfermedades ruinosas o catastróficas, como VIH y sus complicaciones, diálisis por insuficiencia renal y trasplantes de riñón, corazón, médula ósea o córnea, entre otros.

AUDITORIA: proceso sistemático que lleva a cabo la verificación de actividades previamente definidas y estandarizadas mediante la utilización de técnicas especializadas ajustadas a normatividad vigente.

CALIDAD: Es una herramienta básica que permite la comparación a través de un conjunto de características inherentes a un objeto, producto, servicio, proceso, persona, organización, sistema o recurso cumpla con los requisitos para satisfacer cualquier clase de necesidades.

CERTIFICACIÓN: Es el resultado de un proceso en el que una serie de auditores calificados de una entidad de certificación acreditada para ello garantice que un

producto o un sistema de gestión se ajuste a las características de la norma que se ha tomado como referencia.

COBERTURA: Es el derecho al aseguramiento a través de las administradoras de riesgos profesionales, quienes asumen los costos de prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

COMITÉ: Es un grupo de trabajo que con arreglo a las leyes o reglas de una organización, institución o entidad, tienen establecidas determinadas competencias.

CONTROL INTERNO: Es un sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación de una entidad, con el objetivo de procurar que todas las actividades, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes

COORDINACIÓN: Es la orientación de las actividades que se van a realizar, de forma clara y de manera lógica y veraz.

DEBILIDADES: Factores críticos o negativos que provocan una posición desfavorable, recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan.

EFICACIA: Califica logro de los Objetivos. Relacionada directamente con la Disponibilidad, Accesibilidad, Cobertura, Concentración y Calidad de los Recursos.

EFICIENCIA: Es la manera en que las actividades realizadas satisfacen las necesidades del usuario de manera concreta y sin desperdiciar recursos.

ESTÁNDARES: Conjunto de normas y condiciones indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios. Deben ser de obligatorio cumplimiento por los prestadores de Servicios de Salud.

ESTANDARES DE CALIDAD: son niveles deseados o aceptables de calidad que debe tener el resultado de una acción, una actividad, un programa, o un servicio, es la norma técnica que se utilizará como parámetro de evaluación de la calidad.

ESTRATEGIA: Alternativas que se pueden optar para lograr los objetivos. Son las Variables Controlables.

GARANTIA DE LA CALIDAD: provee de servicios de salud a los usuarios 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.

GERENCIA: Es la encargada de plantear metas y organizar el personal.

GESTIÓN: Gestionar es dirigir, administrar los recursos, lograr los objetivos y metas propuestos. Lo anterior exige coordinar y motivar, articular adecuadamente tanto a las personas como a los recursos materiales de una organización para que esos objetivos se alcancen en un contexto de eficacia y eficiencia.

HABILITACIÓN (SISTEMA ÚNICO): Pretende que los servicios de salud sean prestados de forma segura y que se cumpla de forma obligatoria (Resolución 1043 /06).

INDICADORES: Elementos de evaluación de las Variables o cualidades de un servicio. Son la medida operativa de una Variable. Expresan de manera simple y resumida las características de un hecho a ser evaluado.

INTERVENTORÍA: Es un proceso permanente dirigido a fortalecer la operación del Régimen Subsidiado y verificar el cumplimiento de las obligaciones del contrato de aseguramiento para garantizar el acceso de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.

LISTA DE CHEQUEO: es una herramienta que contiene una lista de factores claves para investigar, está compuesta por una serie de preguntas que permiten identificar posibles problemas, causas.

MANUAL DE FUNCIONES: Documento que debe existir en toda empresa en donde se describen las responsabilidades de cada uno de los integrantes de la organización.

NORMA: Documentos (o Conceptos) que explican detalladamente determinadas condiciones que deben ser cumplidas por todos quienes guardan relación con la prestación de un servicio médico.

OBJETIVO: Concepto a ser alcanzado o fin de todo establecimiento de salud hacia cuya consecución se deben orientar todos los esfuerzos operativos, humanos y presupuestarios. Es lo que se quiere lograr, pueden ser de tipo

cualitativo y cuantitativo, deben ser adecuados, realistas, oportunos, mensurables y aceptables.

PAMEC: El plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) es la forma a través de la cual la institución prestadora de servicios de salud (IPS) implementa un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad que reciben los usuarios.

PROCESO: metodología definida utilizando herramientas e instrumentos y un conjunto de actividades relacionadas entre sí, que al interactuar simultánea o sucesivamente convierten elementos de entrada en resultados donde se persigue el mejoramiento continuo.

PROTOCOLO: Es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe de ser de carácter obligatorio.

SALUD: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades.

SERVICIOS DE SALUD: son prestaciones que brindan asistencia, puede decirse que la articulación de estos servicios de salud constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: Es un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población.

VERIFICACIÓN: Procedimiento establecido mediante plan de visitas para verificar el cumplimiento de condiciones exigibles a los prestadores de Servicios de Salud, es responsabilidad de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud.

4.6 MARCO JURÍDICO

NORMA	NORMATIVO	DESCRIPCIÓN
Constitución política de Colombia, artículo 49	Asamblea Nacional Constituyente	En donde el estado reconoce, sin discriminación alguna, la primacía de los derechos inalienables de la persona como la salud, se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación.
Ley 100 de 1993	Congreso de Colombia	Establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el objeto de regular el servicio público esencial de salud y crear las condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles y otorga, al entonces Ministerio de Salud, entre otras, las funciones de dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y las normas administrativas de obligatorio cumplimiento por las Entidades
Ley 715, artículo 42	Congreso de Colombia	Define 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 Salud; definir, implantar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud que incluye la garantía de la calidad; y establecer el régimen para la habilitación en lo relativo a la construcción, remodelación y la ampliación o creación de nuevos servicios, de acuerdo con la red de servicios ofrecidos.
Decreto 1011 de 2006	Ministerio de Salud y Protección Social	La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica: La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios, para corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.
Resolución 1043 de 2006	Ministerio de Salud y Protección Social	Condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios: a) De capacidad tecnológica y científica: Son los estándares 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 que se adoptan en la presente resolución.
Resolución 1445 de 2006	Ministerio de la Protección Social	Define las funciones de la Entidad Acreditadora y los estándares para que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios.
Decreto 4747 de 2007	Ministerio de Salud y Protección Social	Por el cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones de organización, administración.
Ley 1122 de 2007	Congreso de Colombia	Realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, definiendo el Aseguramiento en Salud, como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores ⁸ , norma que enfatiza el desarrollo de los componentes de calidad en el aseguramiento y en la prestación de los servicios de salud
Resolución 1998 de 2010	Ministerio de Salud y Protección Social	Por medio de la cual se definen los lineamientos para la renovación de la habilitación de los prestadores de servicios de salud
Ley 1438 de 2011	Congreso de Colombia	Por medio de esta Ley se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud teniendo como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Resolución 1441 de 2013	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones
Resolución 123 de 2012	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema Único de Acreditación en Salud.

Resolución 2003 de 2014	Ministerio de Salud y Protección Social	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
Ley 1751 de 2015, artículo 7	Congreso de Colombia	Obliga al Estado a organizar un sistema de salud el cual de manera coordinada y armónica, define los principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias facultades, obligaciones, derechos, deberes recursos financieros, controles, información, procedimientos y evaluación, idóneas para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud
Resolución 0256 de 2016	Ministerio de Salud y Protección Social	Por la cual obliga a hacer un sistema de Información para la Calidad, que hace parte del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS, establecer indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, enfocado al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad del Sistema.

5. METODOLOGÍA

Este proyecto tiene el fin de contribuir al planteamiento del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la ESE Salud Pereira en el primer bimestre del año 2017.

5.1 TIPO DE TRABAJO REALIZADO

Este trabajo corresponde a una evaluación de cada criterio del PAMEC de la ESE Salud Pereira y de sus planes de mejora.

5.2 DISEÑO METODOLÓGICO

5.2.1 Definición de la institución: El equipo define realizar este trabajo en la ESE Salud Pereira motivado por la proximidad geográfica siendo la segunda institución pública más importante del departamento de Risaralda.

5.2.2 Consentimiento de la institución: Se dirige carta de solicitud al gerente de la institución para conseguir consentimiento institucional, posterior a este nos deriva a la Jefe auditora de calidad de la institución.

5.2.3 Recolección de la información: Se realiza recolección de la información que es entregada por la jefe de calidad en plantilla de Excel la autoevaluación ESE Salud Pereira Diciembre 2016, PAMEC ESE Salud Pereira 2017-2018.

5.2.4 Evaluación de la información: Se procede a realizar la evaluación de los documentos entregados mediante estadística descriptiva, de acuerdo a la puntuación en el cumplimiento de los procesos, se les dará prioridad a los puntajes más críticos, para proponer las acciones de mejora.

5.2.5 Resultados: Se obtiene resultados a partir de los hallazgos en la evaluación de la información y se proponen acciones correctivas.

5.2.6 Se realizan conclusiones y recomendaciones.

5.2.7 Difusión de resultados: El resultado se presentará en gráficos y cuadros resaltando los procesos que requieren seguimiento estricto y autoevaluación continuar a los directivos y otros funcionarios de la ESE Salud Pereira en Marzo de 2017.



FIGURA 1. FLUJOGRAMA DISEÑO METODOLÓGICO

5.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La autoevaluación institucional para el PAMEC de la ESE Salud Pereira cuenta con 8 grupos de estándares enmarcados en 158 criterios para evaluar y garantizar los servicios de salud prestados a los habitantes del municipio por parte de las IPS, conforme a lo establecido en el Manual Único de Acreditación.

5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

- Procesos asistenciales
- Direccionamiento
- Ambiente físico.
- Gestión de la tecnología.
- Sistemas de información.
- Gerencia.
- Gerencia del talento humano.
- Mejoramiento de la calidad.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En este trabajo se incluirán todos los procesos establecidos por la ESE Salud Pereira reportados en la autoevaluación, priorización y definición de acciones de mejora del PAMEC 2017.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

En esta investigación no se aplicarán criterios de exclusión.

5.7 VARIABLES.

Ver anexo C

5.8 COMPONENTE BIOETICO

Resolución 008430 de 1993

Teniendo en cuenta a la resolución 008430 de 1993, el equipo investigador encontró que esta investigación tiene un riesgo inferior al mínimo, por ser una actividad académica se aplica consentimiento institucional.

5.9 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL.

El grupo investigador exploró en la página de medio ambiente nacional e internacional como convenio de Tokio, después de esto se compromete a cuidar el medio ambiente.

El equipo investigador se compromete a responsabilizarse de las acciones medioambientales relacionadas con el estudio, a hacer uso de la información en medio magnético y evitar en lo posible el uso de papel.

5.10 RESPONSABILIDAD SOCIAL

Brindar elementos teórico y práctico para mejorar la calidad del manejo de los eventos y la prestación de los servicios de salud a los Pereiranos, así como brindar estrategias de mejoramiento a la institución.

5.11 DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados de la investigación serán entregados en medio magnético al gerente de la ESE Salud Pereira y serán socializados en un evento académico en el mes de Marzo en la Fundación Universitaria del Área Andina.

5.12 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.12.1 Tabla de Gant o cronograma del trabajo

Ver anexo D

5.12.2 PRESUPUESTO

Ver anexo E

6. RESULTADOS

Se realizó una investigación descriptiva retrospectiva sobre las condiciones del PAMEC de la ESE salud Pereira 2017, encontrando las barreras que deben corregirse en el curso del año 2017, designando equipos de trabajo para llevar a cabo acciones de mejoramiento.

El plan de auditoria del mejoramiento de la calidad de la ESE Salud Pereira 2017 fue diseñado según lineamientos del sistema de acreditación en salud y los lineamientos del manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario Colombia.

Al hacer la verificación se encontró que la plataforma estratégica de la Institución cumple con un enfoque hacia la calidad en la definición de la misión y visión, principios corporativos, objetivos estratégicos ya que esta se compromete a brindar atención con altos estándares de calidad orientados a la satisfacción del usuario

Se verifica que la autoevaluación de la institución se hizo según los estándares de la Resolución 0123 de 2012, arrojando un resultado promedio total del enfoque de 1.73, para la implementación de 1.71, el total global de la autoevaluación de calidad observada al final del año 2016 es 1.60, teniendo en cuenta que la meta fijada para el año 2016 que es de una calificación global 2.0, la institución debe trabajar más organizadamente.

El equipo de trabajo después de verificar calificaciones en el documento de autoevaluación calcula el promedio y moda en cada grupo de Estándares de calidad. Que se presenta en la siguiente gráfica:

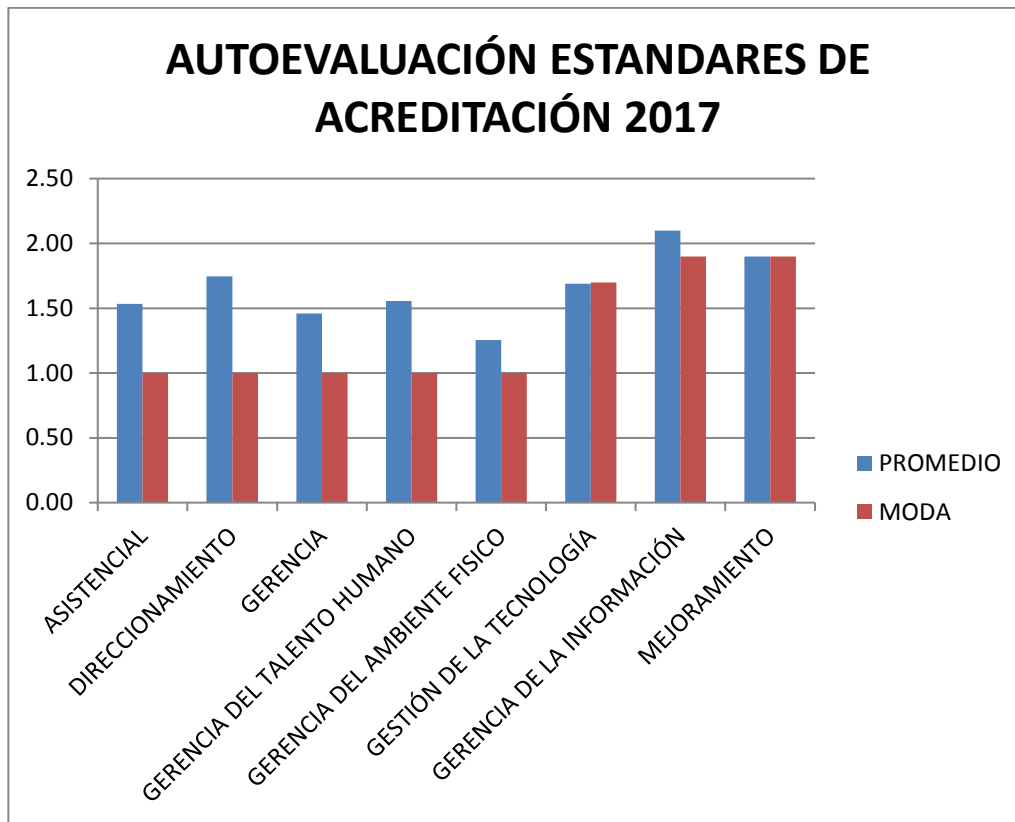


Gráfico 1. Consolidado Autoevaluación estándares de acreditación 2017

Se evidencia que en 5 de los 8 grupos de estándares hay una moda de 1 lo que significa que la mayoría de estándares de calidad están en fase de insipiente de desarrollo y la institución requiere replantear oportunidades de mejora con mayor validez en el tiempo.

Se revisa el documento Excel de priorización realizado por la institución en el mes de diciembre de 2016 se encontraron los siguientes criterios priorizados y las respectivas acciones de mejora propuestas en el PAMEC 2017:

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	FORTALEZAS	SOPORTE DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN				ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
				Riesgo	Costo	Volumen	Total		
Estándar 3. Código: (AsDP3) La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.	Se cuenta con código de ética y buen gobierno el cual fue actualizado en el 2015.	Socializar y evaluar el conocimiento sobre del código de ética y buen gobierno de los funcionarios. Incluir el reglamento interno de trabajo en el plan de inducción y reinducción. Incluir en el comité de ética evaluación de situaciones especiales	Documento de código de ética y buen gobierno. Acta de conformación del comité de ética.	3	3	1	9	Articular el código de buen gobierno con el direccionamiento estratégico	Personal variable según tiempo de contrato, no se realiza un proceso de inducción con esta política
Estándar 7. Código: (AsSP3) La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que le sean aplicables de la Guía técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención en salud: procesos institucionales seguros, procesos asistenciales seguros, prácticas seguras	La institución cuenta con los protocolos y guías medicas obligatorias según la resolución 2003 de 2014 para bajo nivel de complejidad, actualizados en el año 2015	Implementar los paquetes instruccionales contenidos en la guía técnica de las buenas prácticas para la seguridad del paciente en un plazo máximo de 4 años.	Protocolos de obligatorio cumplimiento según la resolución 2003 de 2014 y decreto 1011 de 2006 actualizados en el año 2015	3	3	1	9	Medir la implementación y la adherencia de las guías de buenas prácticas en seguridad del paciente	Socialización de guías aun no realizada en su totalidad

<p>Estándar 18. Código: (AsREG3) En los servicios asistenciales se cuenta con las guías y los protocolos, con criterios explícitos, en los que se establecen las necesidades de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención.</p>	<p>Se cuenta con guías y protocolo de obligatorio cumplimiento según la resolución 2003 de 2014, se actualizaron en el año 2015. Se encuentran distribuidos en los diferentes servicios. Se socializan con el personal a cargo del proceso.</p>	<p>Socializar con los funcionarios los protocolos de los procesos de rayos x y salud oral y medir su adherencia. Registrar la entrega del volante para preparación de exámenes diagnósticos y procedimientos en salud oral</p>	<p>Documentación misional actualizada disponible en el software, en el área de calidad y en forma física en cada uno de los servicios</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>48</p>	<p>Evaluar los planes de preparación previa del paciente para la realización de cualquier intervención con el fin de medir su adherencia a las guías y protocolos</p>	<p>Pacientes con discapacidad visual. Analfabetas</p>
<p>Estándar 23. Código: (AsPL2) Existe un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluye implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta.</p>	<p>Se cuenta con comité de adopción de guías de práctica clínica. Se cuenta con la adopción de las siguientes guías: atención al binomio madre hijo socializada y aplicada, y las guías chilenas de salud oral para caries dental y gingivitis. Se cuenta con protocolos de atención para cada uno de los servicios que presta la entidad.</p>	<p>Adoptar las guías del ministerio de salud y protección social e implementar y evaluar el proceso de planeación de la atención con guías basadas en evidencia científica en un plazo no superior a 4 años según las primeras causas de atención en la entidad</p>	<p>Resolución de constitución del comité de adopción de guías de práctica clínica. Documento de adopción de la guía de práctica clínica para atención del binomio madre hijo, gingivitis y caries dental</p>	<p>5</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>60</p>	<p>Elaboración de un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual incluya implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo por cada tipo de servicio.</p>	<p>Personal renuente al cambio que exigen las nuevas guías.</p>

<p>Estándar 27. Código: (AsPL6) El proceso de planeación de la atención y cuidado para cada paciente en laboratorio clínico incluye implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.</p>	<p>Se cuenta con la planeación, implementación y seguimiento del proceso de toma de muestras documentado y se evidencia a través de la caracterización. Documentación anexa actualizada en el año 2015. De la misma manera están en proceso de actualización los documentos del laboratorio clínico, faltantes. Se comunican los resultados a través de la plataforma virtual y se entregan resultados en físico a pacientes del área rural y exámenes requeridos para segundo nivel. Ante los resultados críticos se realiza búsqueda activa a los pacientes para ser informados oportunamente. La correlación de los resultados y las decisiones de tratamiento se evidencian a través de la historia clínica</p>	<p>Incluir en la plataforma virtual los resultados de los exámenes requeridos para atención segundo nivel y los resultados de los pacientes de área rural. Gestionar en la secretaria departamental de salud las soluciones que se deben realizar para los retrasos en la entrega de resultados con el laboratorio de salud pública. Continuar la actualización de los documentos requeridos según la resolución 2003 de 2014 en el laboratorio clínico.</p>	<p>Historia clínica. Documentos actualizados en 2015 para el proceso de toma de muestras. Plataforma virtual</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>48</p>	<p>Evaluación a los procesos del laboratorio clínico con el fin de medir su cumplimiento de planeación de la atención y cuidado para cada paciente incluyendo implementación, práctica y seguimiento de los exámenes y los procedimientos para la consecución de los resultados a los usuarios y/o a los clínicos.</p>	<p>La lectura del resultado depende de la plataforma en la red, si esta falla no se da reportes en consulta. Además no hay como anexas reportes en historia clínica.</p>
<p>Estándar 29. Código: (AsPL8) La organización planea, despliega y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acordes con los problemas más significativos de salud pública de la población que atiende. Los resultados del seguimiento evidencian impacto</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Área de atención de programas * Personal administrativo encargado de la tarea * Participación comunitaria * Se cuenta con profesional en epidemiología 	<ul style="list-style-type: none"> * Mayor interacción con el epidemiólogo * Continuidad en el recurso humano 	<ul style="list-style-type: none"> * cumplimiento de metas * Contratos 	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>5</p>	<p>60</p>	<p>Evaluar el impacto de los programas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, acordes a la problemática de salud pública</p>	<p>Falta de personal para cumplir metas.</p>

<p>Estándar 31. Código: (AsPL10) La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente</p>	<p>Se cuenta con el proceso de consecución del consentimiento informado para procesos ambulatorios, hospitalarios, odontología. Se cuenta lista de chequeo para verificar buen diligenciamiento del consentimiento. Se realizan capacitaciones desde el área legal sobre consentimiento informado con medicina legal y auditor médico de la ESE.</p>	<p>Socializar y actualizar a los funcionarios en consentimiento. Realizar revisión y actualización de los consentimientos informados de los procedimientos que lo requieran. Evaluación a los profesionales con relación al consentimiento informado y los ítems que solicita el estándar. Elaborar consentimiento informado para rayos x</p>	<p>Consecución de consentimiento informado para los procesos ambulatorios, hospitalarios y de odontología</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>3</p>	<p>75</p>	<p>Establecer un proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado, del profesional para con el usuario</p>	<p>El consentimiento no se anexa a la historia clínica</p>
<p>Estándar 43. Código: (AsEJ4) La organización tiene estandarizado un proceso específico para identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar. Define y adopta criterios para su abordaje y manejo inicial, notificación a los entes y/o autoridades</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Grupo interdisciplinario * Registro en historia clínica de abuso * Protocolos asistenciales * Coordinador interinstitucional 	<ul style="list-style-type: none"> * Evaluación de adherencia a guías de práctica clínica * Continuidad en el recurso humano contratado 	<ul style="list-style-type: none"> * Auditorias * Reporte de oportunidad 	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>36</p>	<p>Definir y adoptar criterios para la notificación a los entes y/o autoridades de la identificación de víctimas de maltrato infantil, abuso sexual o violencia intrafamiliar.</p>	<p>Personal variable.</p>

<p>Estándar 47. Código: (AsEV2) La organización tiene un proceso estandarizado que monitoriza sistemática y periódicamente los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios y cuenta con un mecanismo para el análisis, seguimiento y respuesta, y en caso de ser necesario plan de mejoramiento</p>	<p>Se cuenta con el área de trabajo social por medio de la cual se responden las PQRS. Se cuenta con la caracterización de este proceso realizada en octubre del 2015 e inmerso en el sistema de gestión de calidad. Se realiza evaluación del proceso y planes de mejoramiento</p>	<p>Socializar con los funcionarios que tienen contacto directo con el usuario los procesos que hacen parte de PQRS</p>	<p>Caracterización de proceso de PQRS, planes de mejoramiento. Área de trabajo social</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>4</p>	<p>36</p>	<p>Evaluar el sistema utilizado para la monitorización sistemática y periódica de los comentarios de los usuarios manifestados como sugerencias, solicitudes personales, felicitaciones, quejas y reclamos de los usuarios, con el fin de establecer su nivel de efectividad para el análisis y seguimiento</p>	<p>Los usuarios no tienen adoptada la conducta de escribir PQRS.</p>
--	---	--	---	----------	----------	----------	-----------	---	--

<p>Estándar 53. Código: (AsRC2) Establecer procesos para cumplir con todos los criterios necesario para dar cumplimiento a las remisiones a servicios específicos.</p>	<p>Se cuenta con un proceso establecido para remitir pacientes a otras instituciones, el cual se encuentra en el documento de proceso de remisiones actualizado en el año 2015. Los resultados de los exámenes diagnósticos se reportan en la historia clínica de cada paciente y se dan a conocer al usuario y su familia en el momento de la cita de control. Todos los pacientes deben solicitar cita de control para conocer el resultado de los exámenes y el tratamiento requerido. Se le brinda información clara al paciente de forma verbal sobre los trámites que debe realizar si requiere atención en otra institución de carácter ambulatorio. Se realiza remisión interna de urgencias a hospitalización coordinada por el equipo de salud según la necesidad de los pacientes. Se consigna en la historia clínica la información completa si el usuario requiere remisión. Se diligencia el formato de traslado de pacientes el cual incluye, fecha y hora, quien transporta, a donde transporta, quien recibe. Se evalúa disponibilidad de atención en otras instituciones en los casos en que se requiere remisión y se deja constancia en la historia clínica. Se realiza demanda inducida en los diferentes servicios, explicándole al usuario la necesidad y el proceso para acceder a los programas. Se tienen establecidos mecanismos de alarma para resultados críticos de laboratorio informando al líder del programa al cual está sujeto el resultado del examen.</p>	<p>Estandarizar la información faltante solicitada en el estándar en el documento sobre proceso de remisiones. Socializar el proceso de remisiones en las tres unidades. Realizar evaluación de casos de remisión con el auditor médico para revisar la pertinencia de las remisiones.</p>	<p>Formato de traslado de pacientes. Documento proceso de remisiones. Programas establecidos e implementados para referencia y contrareferencia, laboratorio clínico, rayos X, promoción y prevención. Formatos de demanda inducida. Historia clínica.</p>	5	4	5	100	<p>Definir procesos de remisión para los servicios específicos</p>	<p>Cuando se realiza un trámite de referencia no tiene como anexarse a la historia clínica</p>
--	---	--	--	---	---	---	-----	--	--

<p>Estándar 65. Código: (AsSIR8) Cuando se tengan varias sedes y el usuario pueda consultar en varias de ellas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta y se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información está en medio magnético o físico</p>	<p>Se cuenta con un sistema de información integrado R-FAST el cual se puede consultar desde cualquier sede de la ESE.</p>	<p>Implementar un plan de contingencia documentado que incluya las actividades a realizar en caso de dificultades del funcionamiento de la historia clínica sistematizada, realiza el posterior ingreso de los registros clínicos que se elaboraron de forma manual a la historia clínica sistematizada cuando se restablezca el sistema. Implementar la historia clínica sistematizada en los centros de salud faltantes. Realizar seguimiento a la solicitud enviada a R-FAST para la sistematización del anexo técnico 9 que hace parte del proceso de referencia y contrareferencia de modo que se garantice la información completa del paciente para la institución que lo recibe.</p>	<p>Sistema integrado de información R-FAST</p>	<p>5</p>	<p>4</p>	<p>5</p>	<p>100</p>	<p>Verificar por medio de evaluación continua el proceso de unificación de la historia clínica tanto en medio magnético como física de toda la red</p>	<p>No hay sistemas de información en área rural.</p>
--	--	--	--	----------	----------	----------	------------	--	--

Estándar 82. Código: (DIR8) Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización.	Se realizaron las acciones en calidad	Contratación y programación de auditorias	Informes a la superintendencia de salud	5	4	5	100	Elaborar un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, con base en procesos de evaluación de la calidad en la ESE Salud Pereira	Posibilidad de continuidad de auditorias
Estándar 83. Código: (DIR9) La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.	Se hace inducción a los funcionarios	Realizar reinducción a todo el personal	Actas de reinducción	5	4	5	100	Evaluar si la orientación al personal está alineada con el direccionamiento estratégico de la ESE Salud Pereira	Personal variable
Estándar 85. Código: (DIR11) En las instituciones con sedes integradas en red, existe un proceso de direccionamiento estratégico central para la red, único, compartido entre todos, el cual incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la organización	Se cuenta con una red	Realizar seguimiento a la red	Portafolio de servicios	3	3	5	45	Evaluar si el proceso de direccionamiento estratégico central incluye la descripción clara de cuál es el papel de cada uno de los prestadores de la red en la ESE Salud Pereira	Falta de compromiso por parte de la red externa
Estándar 86. Código: (DIR12) Existe un proceso para establecer los parámetros de la relación docencia-servicio, alineados con el direccionamiento estratégico de la organización.	No se evidencia	Definición de políticas organizacionales	No se evidencia	1	2	2	4	Establecer un proceso de docencia - servicio, alineado con el direccionamiento estratégico	No existe aún un convenio docencia servicio con los parámetros definidos en la resolución 2003 de 2014

Estándar 90. Código: (GER. 3) Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.	Se cuenta con estudio de suficiencia patrimonial, capacidad instalada, se cuenta con apertura de servicios según el sistema único de habilitación para baja complejidad en la atención. Se cuenta con portafolio de servicios	Gestionar los recursos necesarios para el mantenimiento de la infraestructura y el recurso humano en los diferentes procesos	Suficiencia patrimonial, capacidad instalada, apertura de servicios	4	5	5	100	Establecer políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.	Aumento de cobertura, exige mayor capacidad en infraestructura y talento humano
Estándar 95. Código: (GER.8) La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y análisis	Autonomía de los subgerentes científicos en la organización de las unidades funcionales	Seguimiento	Proceso de organización de la nueva estructura y manual de funciones	5	5	5	125	Evaluar la gestión de la gerencia en fomentar el desarrollo autónomo de las políticas y objetivos organizacionales en cada unidad funcional	Personal renuente a acoger estas políticas.
Estándar 100. Código: (GER.13) Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar que este cumpla con los estándares de calidad establecidos por la organización	No se evidencia	Sistematizar los criterios de evaluación y seguimiento a los terceros	No se evidencia	5	5	5	125	Establecer procesos de evaluación a terceros basado en estándares de calidad,, para delegar la prestación del servicio	Red insuficiente, contratos sin parámetros bien definidos.

<p>Estándar 108. Código: (TH6) Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización, que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direccionamiento estratégico. • Inducción y reinducción. • Ambiente de trabajo y sus responsabilidades. • Regulaciones, estatutos, políticas, normas y procesos. • Código de ética y código de buen gobierno. • Modelo de atención. • Portafolio de servicios. • Estructura organizacional. • Expectativas del desempeño. • Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones. • Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología. 	<p>Avalado por la secretaría de salud</p>	<p>Aplicar el formato de evaluación e impacto de las capacitaciones. Para el próximo plan de capacitación incluir los ítems faltantes del estándar. Programar y dar cumplimiento al plan de capacitación anual tanto en la parte asistencial como en la administrativa</p>	<p>Hoja de vida de los funcionarios</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>64</p>	<p>Diseñar, implementar y evaluar un proceso de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la ESE Salud Pereira</p>	<p>Inasistencia del personal a las capacitaciones</p>
---	---	--	---	----------	----------	----------	-----------	--	---

- Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio.
- Requisitos para las actividades de docencia e investigación, si aplica.
- Conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos.
- Comisiones clínicas.

<p>Estándar 111. Código: (TH9) La organización promueve desarrolla y evalúa una estrategia de comunicación efectiva (oportuna, precisa, completa y comprendida por parte de quien la recibe) entre las unidades funcionales, entre sedes (si aplica) y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles. Los mecanismos son incorporados en la política de talento humano.</p>	<p>Actualmente se viene desarrollando el proyecto de gobierno en línea, el cual incluye comunicación y mercadeo. Se cuenta con la página web y la intranet por medio de las cuales se hace difusión de las comunicaciones en la entidad. Gestión documental</p>	<p>Documentar la estrategia de comunicación en la entidad. Adquirir equipos de cómputo para los centros y puestos de salud en los cuales no hay existencia de los mismos</p>	<p>Proceso documentado</p>	<p>4</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>48</p>	<p>Desarrollar una estrategia de comunicación efectiva entre las unidades funcionales, entre sedes y entre servicios clínicos y no clínicos de todos los niveles</p>	<p>Fallas en la red (internet)</p>
<p>Estándar 112. Código: (TH10) En la gestión del talento humano se analiza, promueve y gerencia la transformación cultural institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realiza evaluación de la cultura organizacional. • Se identifican los elementos clave de la cultura que deben ser mejorados. • Se priorizan acciones de mejora para impactar la transformación cultural. 	<p>Se aplican encuestas de clima organizacional, se tabulan y se interviene en los resultados de las mismas a través de la evaluación del desempeño. También se extraen de estas las necesidades de capacitación. Se realiza evaluación de desempeño 2 veces al año y si da lugar a bajas calificaciones se realiza plan de mejoramiento.</p>	<p>Elaborar encuesta de clima organizacional a los contratistas. Buscar estrategias para que el personal cumpla con los plazos estipulados de entrega de las encuestas a través de los jefes de área.</p>	<p>Proceso documentado</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>27</p>	<p>Elaborar mecanismos para analizar, promover y gerenciar la transformación de la cultura organizacional</p>	<p>Encuestas con respuestas subjetivas.</p>

<p>Estándar 114. Código: (TH12) La organización cuenta con un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional. Esto considera si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se incentiva y respeta la opinión de los colaboradores. • A partir de los resultados evaluados se generaran planes de mejoramiento, los cuales serán seguidos en el tiempo para verificar su cumplimiento. 	<p>Convocatoria a comités</p>	<p>Elaborar encuesta de clima organizacional a los contratistas. Buscar estrategias para que el personal cumpla con los plazos estipulados de entrega de las encuestas a través de los jefes de área.</p>	<p>Actas de los comités</p>	<p>4</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>36</p>	<p>Elaborar un proceso sistemático para evaluar periódicamente la satisfacción de los colaboradores y el clima organizacional</p>	<p>Inexistencia de la encuesta.</p>
<p>Estándar 117. Código: (TH15) Se tiene establecido el número de personas en prácticas formativas por usuario, teniendo en cuenta el respeto por los derechos del paciente, su privacidad, dignidad y seguridad.</p>	<p>Se cumple con los estándares</p>	<p>Socializar a los estudiantes que realicen prácticas formativas en la ESE la política de humanización, deberes y derechos de los usuarios, política de calidad y plataforma estratégica. Recibir retroalimentación de las prácticas formativas por parte de los funcionarios encargados de los grupos de estudiantes a la subgerencia de apoyo.</p>	<p>Está en la norma</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>12</p>	<p>Establecer manual de manejo de personas en práctica donde se defina cantidad por servicio, teniendo en cuenta el respeto por los derechos del paciente, su privacidad, dignidad y seguridad.</p>	<p>Falla en la delimitación y estudio de capacidad instalada para cumplir parámetros de convenio docencia servicio.</p>

<p>Estándar 119. Código: (GAF1) La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Se cuenta con plataforma estratégica * Comités de riesgo * Identificación de riesgo y desastres * Manual de mantenimiento * Inventario de sustancias químicas * Fichas de manejo de sustancia químicas * Personal de servicios generales capacitado * Manejo adecuado de residuos 	<p>Implementación, difusión, capacitación y evaluación de estrategias, planes y programas diseñados</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Misión * Visión * Principios corporativos * Valores institucionales * Matriz de riesgos críticos * SG-SST * PGIRS * Plan de emergencias * Plan de mantenimiento * Estrategias 5's * Programa capacitación cliente externo e interno en el manejo de residuos 	<p>4</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>100</p>	<p>Hacer seguimiento continuo al cronograma de mantenimiento correctivo y preventivo, con el fin de mantener el enfoque en la minimización del riesgo posible, en la ESE Salud Pereira</p>	<p>Interrupción de contrato con red externa.</p>
<p>ESTANDAR 120. Código: (GAF2) Condiciones para la humanización del ambiente físico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Estrategia 5's * Proceso esterilización 	<ul style="list-style-type: none"> * Trabajo conjunto con trabajadoras sociales, diseño de estrategias de apropiación del personal y usuarios de la entidad (integraciones) * Diseñar cuartos de aislamiento * Matriz de requisitos legales aplicados a la ESE * Planeación * Presupuesto 	<ul style="list-style-type: none"> * Plan de mantenimiento * Esterilización * Plan de reusó lavandería * Contrato alimentación * Contrato servicios generales 	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>5</p>	<p>125</p>	<p>Mantener y hacer seguimiento a la efectividad de la estrategia de limpieza y orden con las 5s y establecer la cultura de la protección al ambiente físico</p>	<p>Falta de compromiso en buenas practicas por parte de contratistas e red externa.</p>

<p>ESTANDAR 123. Código: (GAF5) La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo</p>	<p>*Plan de emergencias * Comité de emergencia activo * Brigada contra incendios * Punto de atención a usuarios y medios de comunicación para divulgar información de pacientes</p>	<p>* Rutas de evacuación ARL * Seguimiento * Control * Evaluación del plan * Articulación con todas las unidades * Área de expansión * Capacitación * Simulacros integrando a todos los clientes, interno y externo * Rutas de emergencia seguras evaluadas por ARL * adherir las unidades y puestos de salud a los formatos de registro de pacientes de emergencia * Protocolo de salida de pacientes hospitalizados * Mantenimiento de alarmas * Sistema de evaluación de simulacros</p>	<p>*Documento plan de emergencia * Resolución creación de comités * Creación de vínculos con agencias de emergencias y desastres * Formato de registro de pacientes lesionados y fallecidos en unidades intermedias * Resolución de conformación de brigadas de incendios</p>	5	5	5	125	<p>Hacer seguimiento a planes de emergencia y desastre, solicitando inspección continua de los entes de control en este campo e incluyendo a la ARL</p>	<p>Falta de recursos económicos y talento humano.</p>
<p>Estándar 124. Código: (GAF6) Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios</p>	<p>* Formato identificación de usuarios * Plan de emergencias</p>	<p>* Implementación del proceso de evacuación * Áreas de expansión</p>	<p>Documentos del plan de emergencia</p>	4	5	5	100	<p>Diseñar proceso para evacuación y reubicación de usuarios</p>	<p>Deficiencia de capacidad instalada en red externa.</p>

Estándar 127. Código: (GAF9) La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores.	No se evidencia	* Presupuesto para mantenimiento y personal * Diseños eléctricos, estructurales e hidráulicos	NO SE EVIDENCIA	5	5	5	125	Diseñar estrategias de mejoramiento del ambiente físico en pro del bienestar del usuario interno y externo	Falta de espacio en infraestructura
Estándar 128. Código: (GAF10) En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.	* Planes de mejora * Planes de contingencia	Difusión del plan de mejora	Documentos plan de mejora y plan de contingencia	5	5	5	125	Implementación de alarmas de seguridad	Falta de recursos económicos
Estándar 130. Código: (GT1) La organización cuenta con un proceso para la planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología.	* Mapa de riesgos sistemas * Plan estratégico de información PESI * Personal idóneo en el tema	* Comité de gestión de tecnologías * Documentar el proceso para la planeación, gestión y evaluación de las tecnologías	* Mapa de riesgos * PESI * Contratos	3	3	3	27	Establecer un proceso para la planeación, gestión y evaluación de las tecnologías en salud	Falta de Recursos Económicos
Estándar 131. Código: (GT2) La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología.	* Hoja de vida equipos * Manual de equipos * Soporte, mantenimiento y actualización de software * Cronograma mantenimiento * PESI	* Garantizar la definición de la vida útil de todos los equipos * documentar la política	* Hoja de vida * Manual de equipos * Contrato soporte software * Cronograma de mantenimiento * PESI * Plan de mantenimiento	3	4	4	48	Definir una política organizacional donde se defina la implementación y evaluación para la adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología en salud.	Falta de Recursos Económicos

Estándar 132. Código: (GT3) La organización cuenta con un proceso diseñado, implementado y evaluado para garantizar la seguridad del uso de la tecnología.	<ul style="list-style-type: none"> * Mapa de riesgos sistemas * Comité farmacovigilancia * Soporte y mantenimiento equipos * Eventos adversos reportados * COVE * Inventario equipos de computo 	<ul style="list-style-type: none"> * Capacitación seguridad en el uso de tecnologías * Actualización inventarios equipos biomédicos 	<ul style="list-style-type: none"> * Registro de mantenimiento * Mapa de riesgo * registro eventos adversos * Inventario equipos de computo 	4	4	3	48	Estableces un proceso para garantizar la seguridad del uso de la tecnología en salud.	Interrupción de contrato de mantenimiento
Estándar 150. Código: (GI11) Le corresponde a la gerencia de la información incorporar en los sistemas informáticos o computarizados todas las listas de acrónimos o siglas definidas por la organización en los procesos de atención médica, así como en la gestión de medicamento	No se evidencia	Definir el listado de siglas o acrónimos a utilizar	No se evidencia	3	3	1	9	Establecer lista de acrónimos con el área asistencial, con el fin de incorporarlos en el sistema	Personal no comprometido.
Estándar 129. Código: (GAFMCC1) La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares.	<ul style="list-style-type: none"> * Inspecciones * Visitas técnicas * Visitas de mantenimiento * Presupuestos 	<ul style="list-style-type: none"> * Seguimientos * Trazabilidad * Evaluación * Responsables visibles * Presupuesto 	Informes de inspección y visitas	4	5	5	100	Seguimiento a planes acción	Personal no dispuesto a ser auditado
Estándar 155. Código: (MCC2) La organización implementa las oportunidades de mejoramiento continuo identificadas en el proceso de planeación	Se cuenta con PAMEC y sus respectivos seguimientos	<ul style="list-style-type: none"> * Fortalecer la comunicación de los resultados de los planes de mejora * Involucrar en todo el proceso de mejoramiento al personal operativo 	PAMEC	2	2	1	4	Establecer un proceso de planeación e implementación de las oportunidades de mejora continua	Personal no comprometido en el cumplimiento de acciones de mejora.

En el documento PAMEC se puede evidenciar que no hay consistencia en la calificación de la priorización versus los estándares priorizados, ya que el manual único de acreditación sugiere priorizar criterios con calificación mayor a 70 y en este se encuentran criterios con calificación desde 4 sin una justificación clara del porque fueron incluidos.

Hay fallas en la identificación de soporte de fortalezas, ya que estas corresponden a acciones de mejora y los ítems de acciones de mejora corresponden a soporte de las fortalezas.

El documento PAMEC original ESE Salud Pereira no cuenta con líderes de procesos, barreras y oportunidades de mejoramiento ni cronograma, esto obedece a que en el momento se encuentra en construcción.

La priorización de estándares se debe desarrollar según los lineamientos de la resolución 123 de 2012 manual de acreditación, con el fin de orientar los esfuerzos de mejoramiento al desarrollo de acciones que impacten la calidad y contribuyan al cumplimiento de las metas propuestas.

Los grupos de estándares correspondientes a Mejoramiento, Gerencia de la información, Gestión de la tecnología tienen un mayor cumplimiento en sus criterios evidenciado en mayor calificación al momento de la autoevaluación, por lo tanto no requieren oportunidades de mejora en todos sus criterios.

El equipo investigador una vez verificada la calificación asignada a cada estándar en la fase de priorización encontró que 7 estándares fueron calificados con un total de 125, seguido de 5 estándares con una calificación de 100, 5 estándares con una calificación de 80 y 3 estándares con una calificación de 75, tomándose en cuenta que la calificación sugerida para priorizar los estándares debe ser 75 a 125, se sugiere que se enfoque el programa al impacto de estos.

El siguiente cuadro (Cuadro 1) clasifica el riesgo, costo y volumen por cada estándar que fue priorizado según el manual único de acreditación que reglamenta acciones de mejora inmediatas y de mayor interés para puntajes mayores a 70 en su autoevaluación, tal como lo propone el equipo de trabajo.

Cuadro 1. PRIORIZACIÓN DE ESTANDARES EN LA AUTOEVALUACIÓN

ESTANDAR	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
31. La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información necesaria	5	5	3	75
33. La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente	4	4	5	80
35. El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio interinstitucional o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario	5	5	3	75
37. La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información.	5	5	3	75
53. Procesos de referencia	5	4	5	125
64. Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención	5	4	4	80
65. Cuando se tengan varias sedes y el usuario pueda consultar en varias de ellas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta y se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información está en medio magnético o físico	5	4	5	100

70. La gerencia de la red debe articular las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.	4	4	5	80
78. La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.	4	5	4	80
82. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización	5	4	5	100
83. La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.	5	4	5	100
90. Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.	4	5	5	100
95. La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento	5	5	5	125
98. Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional	4	4	5	80
100. Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar requisitos, acuerdos de los servicios, procesos para la resolución de conflictos y los mecanismos de evaluación de la calidad de la prestación	5	5	5	125
120. Condiciones para la humanización del ambiente físico.	5	5	5	125

123. La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo	5	5	5	125
124. Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios	4	5	5	100
127. La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores	5	5	5	125
128. En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.	5	5	5	125

Fuente: Elaboración propia.

Después de actualizar la priorización e identificar los estándares más críticos, en la institución se proponen las siguientes acciones de mejora que pueden ser aplicadas después de ser aprobadas por el equipo directivo de la institución, descritas en el siguiente cuadro (cuadro 2).

Cuadro 2. Oportunidades de mejora

ESTANDAR	OPORTUNIDAD DE MEJORA
31. La organización tiene claramente definido el proceso de consecución y verificación del entendimiento del consentimiento informado. Al momento de solicitar el consentimiento, se le provee al paciente la información necesaria	Socializar y actualizar a los funcionarios la importancia de socializar el consentimiento a la hora de hacer firmar el usuario, también se realizara la revisión y actualización de los consentimientos informados de los procedimientos que la institución realiza y que lo requieran. De igual manera se realizara evaluación a los profesionales con relación al consentimiento informado y los ítems que solicita el estándar. Elaborar consentimiento informado para Rayos X
33. La organización garantiza que el plan de tratamiento contempla las necesidades de cuidados y asesoría farmacológica para cada paciente	Realizar auditoria mensual al servicio farmacéutico enfocándose en la asesoría a los usuarios sobre medicamentos y posibles eventos adversos
35. El laboratorio clínico, cuando la organización realice la toma de muestras para ser referidas a un laboratorio interinstitucional o interinstitucional, debe contar con procesos basados en buenas prácticas, que garanticen la seguridad, la conservación, la calidad, la confiabilidad y la confidencialidad de las mismas, de acuerdo con la condición clínica del usuario.	Evaluar la adherencia al protocolo del proceso de toma y transporte de muestras de laboratorio mediante las auditorías internas.
37. La organización cuenta con mecanismos estandarizados de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnósticas (laboratorio clínico, patología, imágenes) que garanticen la confiabilidad y la confidencialidad en el manejo de la información.	Estandarizar el procedimiento de reporte y entrega de resultados de ayudas diagnosticas incluyendo los ítems que refiere el estándar.

<p>53. Procesos de referencia</p>	<p>Socializar en las tres unidades intermedias de la ESE el proceso de remisiones con fin de estandarizar la información brindada al usuario y la familia, se incluirá en el documento de proceso de referencia. Diseñar estrategias que garanticen que el profesional que remite reciba retroalimentación del resultado de la atención, realizar seguimiento a la solicitud enviada a RFAST para la sistematización del anexo técnico 9. Estandarizar la información faltante solicitada en el estándar del documento sobre proceso de remisiones. Realizar auditoria de casos remitidos para revisar la pertinencia.</p>
<p>64. Los sistemas de información de la red deben garantizar que se cuenta con una base de datos unificada de los registros y las atenciones de los pacientes, a la cual puede tener acceso cada uno de los diferentes prestadores en el sitio donde se presta la atención</p>	<p>Implementar la historia clínica sistematizada en los centros de salud faltantes.</p>
<p>65. Cuando se tengan varias sedes y el usuario pueda consultar en varias de ellas, debe existir un sistema para que la historia clínica se comparta y se consolide luego de cada visita del paciente, sin importar si la información está en medio magnético o físico</p>	<p>Implementar un plan de contingencia documentado que incluya las actividades a realizar en caso de dificultades del funcionamiento de la historia clínica sistematizada, realizar el posterior ingreso de los registros clínicos que se elaboraron de forma manual a la historia clínica sistematizada cuando se restablezca el sistema. Implementar la historia clínica sistematizada en los centros de salud faltantes. Realizar seguimiento a la solicitud enviada a RFAST para la sistematización del anexo técnico 9 que hace parte del proceso de referencia y contrareferencia de modo que se garantice la información completa del paciente para la institución que lo recibe.</p>
<p>70. La gerencia de la red debe articular las tecnologías de soporte clínico (ej. laboratorio) y de soporte administrativo (ej. sistemas de facturación) y evitar la duplicación de información o el gasto innecesario de recursos.</p>	<p>Gestionar el módulo integrado entre el sistema de información RFAST, laboratorio clínico y facturación</p>
<p>78. La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.</p>	<p>La institución realizara capacitaciones sobre humanización del servicio, seguridad del paciente y realizara videos institucionales que brinde educación a los usuarios sobre autocuidado y la importancia de la adherencia a los programas de PYP.</p>

82. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización	Contratación y programación de auditorías con el fin de evaluar el modelo de prestación de la organización.
83. La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización.	Realizar reinducción a todo el personal enfocada al direccionamiento estratégico de la ESE.
90. Existen políticas organizacionales para definir tipo, suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.	Gestionar los recursos necesarios para el mantenimiento de la infraestructura y el recurso humano en los diferentes servicios ofertados a la población.
95. La gerencia de la organización garantiza una serie de procesos para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento.	Seguimiento a la gestión de cada unidad funcional con el fin de lograr objetivos institucionales.
98. Existe un proceso para la asignación y gestión de recursos financieros, físicos, tecnológicos y el talento humano, de acuerdo con la planeación de la organización, de cada proceso y de cada unidad funcional	Articulación del proceso con el plan estratégico NO SE
100. Cuando la organización decida delegar a un tercero la prestación de algún servicio, debe garantizar requisitos, acuerdos de los servicios, procesos para la resolución de conflictos y los mecanismos de evaluación de la calidad de la prestación	Realizar evaluación y seguimiento a los terceros para evidenciar la calidad de la atención.
120. Condiciones para la humanización del ambiente físico.	Realizar adecuaciones de la infraestructura con el fin de brindar bienestar a los usuarios y cumplir con la normatividad vigente.
123. La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos.	Se realizara seguimiento y control al plan de respuesta ante emergencias y desastres
124. Existen procesos diseñados, implementados y evaluados para evacuación y reubicación de usuarios	Implementación del proceso de evacuación. Áreas de expansión
127. La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores.	Realizar el presupuesto para diseños eléctricos, estructurales e hidráulicos para brindar una atención humanizada.

128. En las construcciones nuevas y en las remodelaciones se tienen en cuenta los avances en diseño, las tecnologías actuales, las condiciones de seguridad, el respeto del ambiente y las normas vigentes.

Se debe socializar con el área de mantenimiento y obras las actualizaciones en cuanto a normatividad, para que puedan ser aplicadas en la institución luego de ser aprobadas por la gerencia.

Se realizaron propuestas a cada estándar crítico que se evidencian en el Plan de mejoramiento continuo de la ESE Salud Pereira (PAMEC) ver anexo F, en las cuales se puede inferir que la institución requiere mejorar estrategias de comunicación de políticas institucionales sobre calidad del servicio a todos sus colaboradores, así como fortalecer los procesos de auditoria interna y externa.

Los criterios que se ven afectados en el grupo de estándares asistenciales son por falta de creación de consentimiento informado específico para cada servicio, el entendimiento del personal y la aplicación del mismo, el proceso de referencia sin funciones plenamente establecidas y no socializado a sus colaboradores y la falta de vinculación de los reportes de paraclínicos a la historia sistematizada, así como la implementación de esta historia en todas las sedes de la institución.

En cuanto a los estándares de gerencia y direccionamiento se evidencia que la falla en común está en la pobre comprensión Y/o conocimiento de los colaboradores en las políticas institucionales de calidad, trato humanizado y direccionamiento estratégico, perdiendo un gran valor como es el recurso humano integrado y comprometido en la misión institucional.

Para mejorar y cumplir los criterios correspondientes al ambiente físico la institución requiere realizar un estudio de viabilidad en su presupuesto ya que hay acciones de mejora urgentes y aún pendientes desde el punto de vista de habilitación y aún más lejanas a los criterios para acreditación, debe mejorar el plan de emergencias y desastres y adecuar áreas de aislamiento.

A partir de los hallazgos en la autoevaluación, se realizó la respectiva priorización de estándares y se realizaron adecuaciones en el PAMEC 2017-2018 en las cuales se asignan funciones a los líderes de procesos y sus respectivos colaboradores en la institución. Ver anexo F

Discusión

Estos resultados se hallaron en el estudio de las condiciones de estándares de calidad de la ESE Salud Pereira, empresa sin ánimo de lucro que garantiza la prestación de servicios de salud de baja complejidad a la población pobre y vulnerable del municipio de Pereira y capital del eje cafetero, lo que magnifica su compromiso social y la avala como institución pública a cumplir estándares de calidad orientados a la acreditación, teniendo en cuenta su trayectoria debería haber vencido las barreras para su acreditación.

Para consolidar los resultados se llevó a cabo la priorización de los estándares críticos que tenían un resultado de 75 a 125, lo que arrojó un total de cuatro estándares afectados, de los cuales el asistencial debe reforzar la importancia de la aplicabilidad del consentimiento informado desde el aspecto legal, realizar auditorías de seguimiento al servicio farmacéutico para verificar la aplicabilidad de protocolos, seguimiento a eventos adversos y comités de farmacia, al igual que al laboratorio clínico para evaluar el adecuado diligenciamiento de formatos y el proceso de entrega de resultados, se le debe hacer seguimiento al proceso de referencia, sistematizar la historia clínica en todas las ESE, centros y puestos de salud.

En el estándar de direccionamiento es pertinente capacitar al personal de la ESE en la política de seguridad del paciente y el trato humanizado hacia los usuarios, evaluar el modelo de prestación de servicios y la gestión clínica. En el estándar de gerencia, establecer políticas de la organización para definir la ampliación de servicios, cobertura, recurso humano y suficiencia patrimonial, adicionalmente evaluar a los terceros que presten servicios verificando que cumplan según la normatividad vigente. El estándar de ambiente físico debe realizar seguimiento a los planes de mantenimiento, emergencias y desastres, diseñar estrategias con el fin de conservar o mejorar el ambiente físico para dar cumplimiento a lo que exige la normatividad vigente.

Al reflexionar sobre las barreras y oportunidades de mejora, uno de los factores que contribuyeron con mayor relevancia para que en la actualidad no se haya logrado la acreditación de la institución, es la limitación de los recursos ya que dichos procesos requieren de gran inversión y siendo su fuente el presupuesto municipal se amplían los entes interesados, que al no ser profesionales en ciencias de la salud podrían no entender la importancia de fortalecer este plan de mejoramiento, e incurrir en largos periodos de negligencia frente a las condiciones urgentes que requiere ser resueltas en la institución.

Otro punto que se evidencia en las barreras del plan de mejoramiento es la rotación constante del personal que limita la continuación de las acciones de mejora propuesta a cada líder de proceso y cada colaborador, desarticulando las políticas de calidad y el compromiso de cada uno en estas, no se permite contar con un responsable que realice seguimiento continuo y se debilita la cultura institucional, además se requiere aumentar esfuerzos para reinducción constante que a la larga producen un déficit económico al requerir destinar tiempo del recurso humano en actividades de capacitación y no a la ejecución de sus labores.

Cumplir con los estándares de calidad en otras instituciones ha traído mayores beneficios, ya que la satisfacción de los usuarios y de los colaboradores aumenta su favorabilidad y prestigio, esto ha dado la posibilidad de ser reconocidas en el mercado y atraer a sus clientes externos con confiabilidad, ya que actualmente una institución que se encuentre acreditada debe tener un personal con excelente formación, establecer convenios con universidades y que se consolide como escuela y que cuente con elementos sustanciales en materia de investigación, es un proceso que evalúa productos o servicios respecto a la normatividad.

Otros estudios sobre calidad basados en habilitación y acreditación han evidenciado que fortalecer el recurso humano es de gran utilidad para dar cumplimiento al PAMEC ya que en una IPS de Risaralda la tercerización laboral fue un factor de mayor dificultad para cumplir estándares de habilitación, en la empresa objeto del estudio la dificultad fue dada por la vinculación laboral ya que en esta, la mayoría de personal está vinculado por prestación de servicios a término entre 4 a 6 meses, esto afecta la continuidad de los procesos.

Las instituciones de carácter público como en el caso de la ESE Salud Pereira están obligadas a trabajar con base a la acreditación, lo que difiere del a actualidad puesto que debería estar acreditada y trabajando bajos los más altos estándares de calidad enfocados en la acreditación, objetivo que se puede alcanzar si todas las áreas de la institución articulan los esfuerzos bajo la cultura de la calidad.

7. CONCLUSIONES

La institución requiere replantear la priorización de los estándares según lineamientos del Ministerio de protección social y definir en el documento extenso del PAMEC los criterios que aun sin un puntaje crítico va a ser priorizados para ser consecuentes con la normatividad del Manual Único de Acreditación.

Dentro de los veinte subgrupos de estándares que presentaron mayor afectación al momento de la autoevaluación los más críticos fueron el proceso de mantenimiento e infraestructura, encontrándose mayores implicaciones y riesgos para llevar a cabo la atención de los usuarios, costos para la institución y reportes negativos en el último año.

Se proponen oportunidades de mejora para el PAMEC 2017 con el fin de continuar trabajando en el logro de la acreditación.

Es pertinente para la empresa continuar con la implementación de la historia clínica sistematizada en las sedes rurales, ya que esto permite tener accesibilidad a la historia clínica en caso de prestar atención en una sede diferente.

Es de vital importancia que la institución continúe trabajando en la articulación del proceso de atención a emergencias y desastres, también en la adecuación de la infraestructura y ambiente físico según la normatividad vigente.

8. RECOMENDACIONES.

El equipo investigador recomienda:

Al coordinador de salud ocupacional: realizar un plan de emergencias y desastres efectivo y socializado en sus tres sedes principales.

Al subgerente financiero: realizar la gestión de recursos económicos para adecuar el ambiente físico siguiendo las políticas de seguridad del paciente y trato humanizado.

Al jefe de calidad: socializar las políticas de calidad de la institución a los contratistas de la red externa y al equipo de interventoría aumentar la frecuencia de auditorías a estos; adicionalmente socializar y garantizar la comprensión de la política organizacional a todos los funcionarios, clarificar funciones y estimular el cumplimiento de la misma.

Al auditor de concurrencia, jefe de referencia e ingeniero de sistemas: definir estrategias para garantizar que los profesionales que remiten a sus usuarios cuenten con retroalimentación del resultado de la atención y que dicha información quede incorporada en la historia clínica, además socializar en las tres unidades intermedias.

ANEXOS

Anexo A

ARBOL DEL PROBLEMA



Anexo B

MATRIZ DE OBJETIVOS

	CONCEPTO	DEFINICION	VARIABLE	INDICADOR
<p>Evaluar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad según parámetros establecidos por el ministerio de la protección social</p>	<p>Diagnosticar el estado de cada proceso.</p>	<p>Identificación de condiciones de cada proceso</p>	<p>Proceso de atención al cliente asistencial</p>	<p>Numero de socializaciones de derechos y deberes al mes</p>
				<p>% de eventos adversos reportados</p>
			<p>Direccionamiento</p>	<p>% de cumplimiento de políticas utilizadas para promover la salud en la población</p>
				<p>% de cumplimiento del direccionamiento estratégico</p>
			<p>Gerencia</p>	<p>% de cumplimiento de la normatividad en cada proceso</p>

				% de cumplimiento de los protocolos en cada proceso
			Gerencia de talento humano	Numero de hojas de vida completas
			Gerencia del ambiente físico	Numero de servicios que cuentan con la infraestructura adecuada
				% de cumplimiento del plan de emergencias y desastres
				Numero de servicios disponibles con otras instituciones
			Gestión de la tecnología	Numero de hojas de vida de equipos biomédicos completas
				% de cumplimiento del mantenimiento y calibración de equipos
			Gerencia de la información	Numero de procesos institucionales

				basados en la evidencia
				% e cumplimiento en la estandarización de la información.
			Mejoramiento de la calidad	% de cumplimiento de indicadores de calidad

	CONCEPTO	DEFINICION	VARIABLE	INDICADOR
Proponer acciones de mejoramiento al programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad, según los hallazgos	Identificar los estándares críticos.	Impacto de los estándares críticos en cada proceso	Ambiente físico	Numero de servicios que cumplen con la infraestructura de acuerdo a la normatividad vigente
			Gerencia	Número de procesos establecidos según el direccionamiento estratégico
			Asistencial	Numero de auditorías internas realizadas a cada proceso
			Direccionamiento	% de procesos evaluados

Anexo C

MATRIZ DE VARIABLES

MATRIZ DE VARIABLES.				
VARIABLE	DEFINICION	NIVEL DE MEDICION	FUENTE	INDICADOR
Debilidad	Dificultad encontrada en el proceso	Nominal	Lista de chequeo	Numero de debilidades encontradas
Fortalezas	Proceso con adecuado funcionamiento	Nominal	PAMEC	Numero de fortalezas encontradas
Normas aplicadas en cada proceso	Estándares que cumplen en cada proceso	Ordinal	Lista de chequeo	% de normas aplicadas en cada proceso

Acceso a servicios	disponibilidad de servicios para los usuarios	Ordinal	información de estadística	Oportunidad
Vulneración de derechos	Reportes de quejas por usuarios afectados.	Ordinal	información de SIAU	PQRS reportadas

Falta de recursos	déficit presupuestal	Ordinal	Información tesorería	Porcentaje de déficit presupuestal
Personal	Capacidad de talento humano	Nominal	Lista de chequeo en Gestión Humana	Número de personal contratado
Información	Reporte de eventos al COVE	Nominal	Casos reportados en COVE	Tasa de eventos reportados
Infraestructura	Capacidad instalada y en funcionamiento	Ordinal	Planeación	Numero de servicios habilitados

establecer funciones administrativas en la autoevaluación	Orientación y evaluación de los líderes de cada proceso, hacia el personal operativo	Ordinal	Lista de chequeo	% De procesos evaluados
Planificación de actividades de socialización de guías	Cumplimiento del cronograma de actividades educativas	Ordinal	Lista de chequeo	% De personal capacitado
Aplicar acciones correctivas según	Cumplimiento de acciones de	Ordinal	Lista de chequeo	Número de acciones correctivas aplicadas según

hallazgos	mejoramiento			hallazgos
Nivel de pertinencia de acciones de mejora	Permanencia de acciones correctivas	Ordinal	Lista de chequeo	% acciones de mejora aplicadas

Anexo C

CRONOGRAMA DE GANT

Actualización PAMEC 2017 ESE Salud Pereira		AÑO 2016						AÑO 2017					
		MES											
e	ACTIVIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1	Conformación del equipo de trabajo												
2	Definición del tema												
3	Revisión de la bibliografía												
4	Evaluación del anteproyecto												
5	Aplicación del instrumento												
6	Presentación de PAMEC 2017												
7													

Anexo D

PRESUPUESTO

ITEM	UNIDAD	VALOR UNITARIO	CANTIDAD	APORTES		TOTAL
				ANDINA	INVESTIGADORES	
TALENTO HUMANO						
Asesores (2)	HORA	45000	10 HORAS	20 HORAS		\$ 900.000
Investigadores	HORA	7000	120 HORAS		360 HORAS	\$ 2.520.000
RECURSOS LOGISTICOS						
Computador	HORA	1500	100 HORAS		300 HORAS	\$ 450.000
Biblioteca	HORA	2000	20 HORAS		60 HORAS	\$ 120.000
CD	2	1000	2		\$ 2.000	\$ 2.000
TOTAL						\$ 3.272.000