

Auditoria de la Calidad I

Autor: Diana Bricyid Sánchez Cote



Auditoria de la Calidad I / Diana Bricyid Sánchez Cote / Bogotá D.C., Fundación
Universitaria del Área Andina. 2017

978-958-8953-90-8

Catalogación en la fuente Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá).

© 2017. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
© 2017, PROGRAMA AUDITORIA EN SALUD
© 2017, DIANA BRICYID SÁNCHEZ COTE

Edición:

Fondo editorial Areandino

Fundación Universitaria del Área Andina

Calle 71 11-14, Bogotá D.C., Colombia

Tel.: (57-1) 7 42 19 64 ext. 1228

E-mail: publicaciones@areandina.edu.co

<http://www.areandina.edu.co>

Primera edición: octubre de 2017

Corrección de estilo, diagramación y edición: Dirección Nacional de Operaciones virtuales

Diseño y compilación electrónica: Dirección Nacional de Investigación

Hecho en Colombia

Made in Colombia

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra y su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin autorización escrita de la Fundación Universitaria del Área Andina y sus autores.

Auditoria de la Calidad I

Autor: Diana Bricyd Sánchez Cote





Índice

UNIDAD 1 Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud

Introducción	6
Metodología	7
Desarrollo temático	8

UNIDAD 2 Sistema Único de Habilitación

Introducción	12
Metodología	13
Desarrollo temático	14

UNIDAD 3 La Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud

Introducción	20
Metodología	21
Desarrollo temático	22

UNIDAD 4 Auditoría en las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

Introducción	31
Metodología	32
Desarrollo temático	33

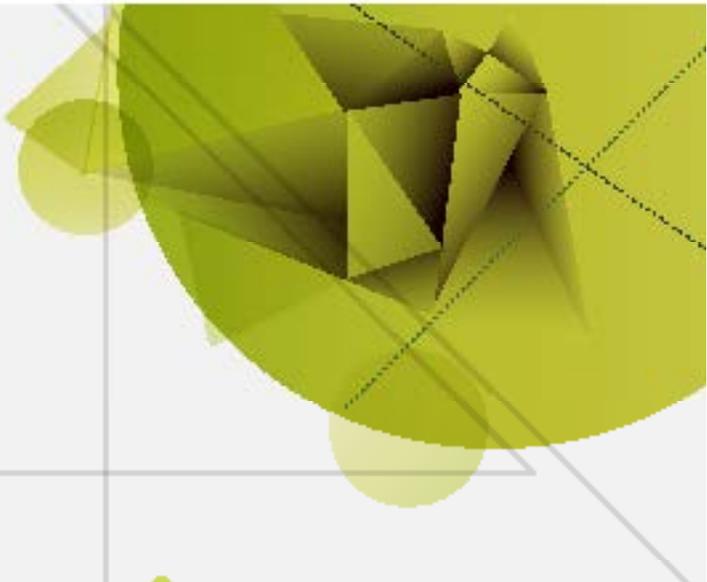
Bibliografía	37
--------------	----



1

Unidad 1

Sistema Obligatorio
de Garantía de la
Calidad en Salud



Auditoría de la calidad 1

Autor: Diana Bricyid Sánchez Cote

Introducción

Dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad se encuentran los componentes que hacen que las Entidades Promotoras de Salud, (EPS) las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada, los Prestadores de Servicios de Salud y las Entidades departamentales, distritales y municipales mantengan unos estándares de calidad esperados para dar cumplimiento a la buena atención a los afiliados y el buen funcionamiento del sistema de acuerdo a las directrices del Ministerio de Protección Social.

Desde los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad, podemos llegar a la prestación adecuada de la atención con una minimización de los riesgos en salud acordes con lo que esperan los entes de control desde la estructura del recurso humano, tecnológico, administrativo y estructural. Un sistema de información acorde con el desarrollo de la atención a nuestros afiliados, y una auditoría que oriente a la buena práctica en salud desde las directrices de un sistema de organización; guías y protocolos de manejo apoyados de un sistema periódico de evaluación, seguimiento y mejoramiento de la atención en salud acorde con la calidad esperada dentro del Sistema de Salud, y dentro de unos estándares de calidad y una buena práctica en salud orientada a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Dentro del ejercicio de la auditoría es importante entender los conceptos del presente módulo, teniendo en cuenta que es el diario del gestor de Salud dentro del Sistema de Seguridad Social, así como lo es concientizarse del impacto que se tiene para el manejo de las entidades de salud desde el rol de Asegurador y desde el Rol de prestador de servicios de salud.

Dar lectura a:

- Decreto 1011 de 2006.
- Guía práctica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS.
- Calidad en Salud en Colombia de Carlos Alfonso Kerguelen Botero, recopilado por el Ministerio de protección Social.

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud

En el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención de Salud, el Sistema general de seguridad social en salud, se define con el Decreto 1011 de 2006 como “Conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.”

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

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

Los responsables de la ejecución del Sistema general de seguridad social en Salud, son las Empresas Administradoras de Planes

de beneficios (EAPB), que son las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada y los prestadores de servicios de salud que se consideran las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes.

El objetivo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad es orientar a los mejores resultados de la atención en Salud al usuario como centro de las EAPB, y los prestadores de servicios de Salud, para los cuales deben asegurarse el cumplimiento de unos requisitos mínimos dentro de la estructura física, tecnológica, administrativa y clínica de las instituciones.

Dentro del SOGCS se encuentran las acciones que desarrollan y que se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario; que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos, los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención de salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios requeridos sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización en la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basado en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico (Decreto 1011 de 2006).

Dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud es importante conocer y entender la importancia de los 4 componentes como son el Sistema Único de Habilitación, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud PAMEC, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de información; a los cuales las entidades de Salud deben asegurar su

desarrollo y cumplimiento; y en este módulo se desarrollará el Sistema Único de Habilitación, y el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la Atención en Salud PAMEC.

Cada uno se definirá para entender su importancia:

Dentro del Sistema Único de Habilitación es importante tener en cuenta que su objetivo es el definir las condiciones mínimas de calidad, para que un prestador de servicios de salud pueda ofrecer la atención a nuestros pacientes. Estas condiciones son especialmente de tipo estructural; desde diferentes aspectos como son desde el recurso humano, infraestructura, dotación básica, de mantenimiento, insumos básicos para su manejo, documentación y registros clínicos, de acuerdo a la prestación de servicios de los pacientes a nivel nacional.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud, se orienta a la realización de actividades enfocadas en una calidad total dentro de las organizaciones, como son actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento; así como, medir con herramienta la calidad observada y la calidad esperada dentro de las organizaciones, la orientación y acompañamiento para realizar acciones de mejora y corregir estas desviaciones detectadas buscando un mejoramiento continuo de las organizaciones.

Dentro del sistema único de acreditación se entiende como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y

Las entidades departamentales, distritales y municipales de salud deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción y estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación. Cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud deberán adoptar un programa de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

2

Unidad 2

Sistema Único de
Habilitación



Auditoría de la calidad 1

Autor: Diana Bricyid Sánchez Cote

Introducción

Dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, la Habilitación es un componente obligatorio y es la puerta de entrada para la atención de salud adecuada dentro de las normas, requisitos y procedimientos, para verificar las condiciones tecnológicas y científicas de suficiencia patrimonial, financiera y capacidad técnico – administrativa para mantenerse en el sistema. En este contexto, debemos conocerlo adecuadamente y tenerlo en cuenta ya que es de obligatorio cumplimiento.

Dar lectura a:

- Ley 715 de 2001.
- Decreto 1011 de 2006.
- Resolución 1448 de 2006.
- Resolución 1441 de 2013.
- Resolución 2003 de 2014.
- Resolución 3678 de 2014.

Dentro del Sistema Único de Habilitación encontramos la importancia en la orientación sobre la seguridad del paciente en relación a los potenciales riesgos relacionados con su atención; y son exigidos a los prestadores y Empresas Administradoras de planes de Beneficios, para ser cumplidos de acuerdo a la normatividad vigente. Los que se habilitan son los prestadores de servicios de salud considerados como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los profesionales independientes de salud, los servicios de transporte especial de pacientes y entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que presten algún servicio de salud, y las Empresas Promotoras de Salud del Régimen contributivo y subsidiado.

Dentro de la Habilitación de los prestadores de servicios de salud existen unas condiciones de capacidad tecnológica y científica, que serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de Protección Social, y los profesionales independientes están obligados a cumplir con las normas de la capacidad tecnológica y científica.

Hay unas condiciones de suficiencia patrimonial y financiera, en las que se indica la estabilidad financiera, su competitividad, cumplimiento, y liquidez para operar dentro de la atención en salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud

deben tener una capacidad técnico-administrativa y unas condiciones como son el cumplimiento de requisitos legales exigidos por la normatividad con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica; además del cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud, cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

De igual manera, se debe tener un registro especial de los prestadores de servicios de salud habilitados y revisar si se encuentran registrados y consolidados por el Ministerio de Protección Social.

Las Entidades departamentales y distritales de salud realizarán el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud que es donde se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación, mientras que los profesionales independientes que prestan servicios de salud, sólo estarán obligados a cumplir con las normas relativas a la capacidad tecnológica y científica.

La autoevaluación de los requisitos de habilitación se debe realizar antes de la presentación del formulario de inscripción, buscando verificar su cumplimiento y en caso

de que encuentren algún incumplimiento no deberá prestar el servicio hasta tanto no asegure cumplir con los requisitos.

Con relación a la inscripción del registro especial de prestadores de Servicios de Salud, una vez realizada la inscripción por el prestador en la Entidad departamental o distrital de salud, el Prestador de Servicios de Salud se considera habilitado para ofertar y prestar los servicios declarados contando que cumple con todos los requisitos de habilitación. Si hay servicios que se atienden de manera ocasional, los prestadores informarán la situación a las entidades departamentales y municipales.

Es importante tener en cuenta que los prestadores son los responsables de la veracidad de la información registrada en el formulario de inscripción, y estarán pendiente de la realización de la correspondiente verificación y renovación de la inscripción cuando cambie o pierda su vigencia. La inscripción, el reporte de novedades y la visita de verificación son gratuitos. La habilitación comprende los procesos de autoevaluación y declaración, registro, verificación y conductas.

Por otro lado, el reporte de novedades se diligenciará en un formulario con el objetivo de actualizarlo ante la entidad departamental y distrital de Salud. Es importante tener en cuenta que para la verificación, las entidades contarán con un equipo humano de carácter multidisciplinario para evaluación de las actividades, requisitos con el cumplimiento de los requisitos de habilitación, y es muy importante tener en cuenta que se dispone para los verificadores, de una capacitación y entrenamiento para realizar dicha actividad.

Para el plan de visitas, las Entidades departamentales y distritales de salud deben elaborar y ejecutar un plan de visitas, verificando que cumplan con las condiciones tecnológicas y científicas, técnico administrativas y suficiencia patrimonial y financiera de habilitación, que les son exigibles, las cuales levantarán las actas respectivas y los demás soportes documentales.

Es importante tener en cuenta que en los siguientes 15 días hábiles contados a partir de la fecha de la visita, enviarán la certificación de cumplimiento de los requisitos de habilitación. Se puede revocar la habilitación cuando incumpla las condiciones o requisitos.

Para la Habilitación a centros de atención de drogadicción y servicios de farmacodependencia o la modalidad de telemedicina, se tendrá en cuenta además, las Resoluciones 1315 y 1448 de 2006 respectivamente; si el prestador va a utilizar la modalidad de telemedicina adjuntará también lo solicitado en la Resolución 1448 de 2006.

Para los usuarios es importante tener en cuenta que se notifica en un lugar visible al público; el distintivo es definido por el Ministerio de Protección Social y el certificado de habilitación una vez sea expedido.

El distintivo de habilitación es un símbolo dirigido a los usuarios, garantizando que el prestador se encuentra inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud de la entidad territorial correspondiente, y que será objeto de verificación para obtener el certificado de habilitación. Un ejemplo del símbolo es:



<http://bit.ly/1uZSkgx>

Una vez que el prestador de servicios de salud ha realizado correctamente la inscripción o habilitación de sus servicios, vigilancia y control de la oferta de la Secretaría Distrital de Salud (SDS de Bogotá), esta entidad le entregará inmediatamente el o los distintivos de habilitación correspondientes al o los servicio(s) habilitado(s).

Los prestadores deberán brindar los soportes ante la Dirección departamental o distrital de salud; si el prestador corresponde a una IPS, entre los soportes además deberá presentar el PAMEC (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud) y es conveniente llevarlo en medio magnético para que pueda leerse según el aplicativo desarrollado por el Ministerio para tal fin. La Dirección departamental o distrital de salud entonces le asigna un código y la fecha de radicación del mismo, con lo que se considera inscrito para posteriormente proceder a registrarlo en la base de datos de prestadores de servi-

cios de salud y entregar el distintivo de habilitación. (SOCIAL, 2010).

Cuando el prestador de servicios de salud brinde sus servicios a través de dos o más sedes, en dos o más departamentos (o distrito) deberá presentar el formulario de inscripción en cada una de las jurisdicciones departamentales (o distrital) de salud en las cuales presta sus servicios, declarando en cada sede una como principal.

Para la Habilitación de las empresas administradoras de planes de beneficios, las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa de obligatorio cumplimiento para la entrada y permanencia de las EAPB, serán los estándares que para el efecto establezca el Ministerio de la Protección Social.

La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EAPB. (Entidades Administradoras de Planes de beneficios) tanto a las entidades nuevas como a las antiguas.

La habilitación se otorgará a las EAPB por un término indefinido y deberá mantener y actualizar permanentemente los requisitos exigidos por el Gobierno Nacional. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de vigilancia, inspección y control, verificará el mantenimiento de las condiciones de habilitación por parte de estas entidades.

Se puede revocar la habilitación de las EAPB por la Superintendencia Nacional de Salud, cuando incumpla las condiciones o requisitos y puede dar lugar a sanciones previstas por la ley.

Dentro de la resolución 1441 de 2013, se definen los procedimientos y condiciones que deban cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios, y dentro de la misma se indica que debe ajustarse periódicamente de acuerdo al decreto 1011 de 2006 artículo 4, de conformidad con el desarrollo del país y los avances del sector. Describe el Manual Único de Habilitación de prestadores de servicios de salud, las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud desde la capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y financiera, y la capacidad tecnológica y científica.

Por otro lado, se resalta la importancia de la autoevaluación de las condiciones de habilitación y el reporte en el registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS). La vigencia de la habilitación se realizará por 4 años a partir de la inscripción y una vez cumplido se renueva automáticamente por un año. Es importante aclarar que la habilitación renovada tendrá vigencia hasta el 31 de mayo de 2014.

La visita de verificación previa a la habilitación, también se debe realizar previamente a los servicios oncológicos, servicios de urgencias, obstetricia, traslado especial de pacientes, medicina estética, y a toda nueva institución prestadora de servicios de salud en general.

De acuerdo a las novedades del prestador, se puede presentar: cierre, disolución o liquidación, cambio de domicilio, cambio de nomenclatura, cambio de representante legal, cambio de acto de constitución, cambio de datos de contacto o cambio de razón social.

Dentro de las novedades de la sede se pue-

de dar: cierre de la sede, cierre de algún servicio, cambio de domicilio, de nomenclatura, sede principal, de contacto, de director, de nombre de la sede, de horario de atención. Asimismo, se tienen en cuenta las novedades en la capacidad de la sede instalada para prestar los servicios.

Es importante tener en cuenta la nueva norma de la resolución 2003 de 2014, advirtiendo que dentro del proceso de implementación de la resolución 1441 de 2013, se presentaron inquietudes sobre aspectos técnicos y dando alcance a la verificación periódica se crea esta norma. Dentro de la misma existen inclusiones como:

- Artículo 1. Objeto.
- Artículo 2. Campo de aplicación.
- Artículo 3. Condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de Servicios de Salud.
- Artículo 4. Inscripción y habilitación.
- Artículo 5. Autoevaluación de las condiciones de habilitación.
- Artículo 6. Requisitos para la inscripción de prestadores y habilitación de servicios en la Entidad Departamental o Distrital de Salud.
- Artículo 7. Procedimiento de inscripción de prestadores y habilitación de servicios en la Entidad Departamental o Distrital de Salud.
- Artículo 8. Responsabilidad.
- Artículo 9. Vigencia de la inscripción en el REPS.
- Artículo 10. Consecuencias por la no autoevaluación por parte del prestador.
- Artículo 11. Aplicación del término de vi-

gencia de la inscripción renovada.

- Artículo 12. Novedades de los prestadores.
- Artículo 13. Visita de Verificación Previa.
- Artículo 14. Plan de Visitas de Verificación.
- Artículo 15. Garantía de la prestación de servicios.
- Artículo 16. Transporte Especial de Pacientes.
- Artículo 17. Gratuidad.
- Artículo 18. Vigilancia y control.
- Artículo 19. Procedimiento para la actualización de la Norma.
- Artículo 20. Transitoriedad.
- Artículo 21. Vigencia y derogatorias.

La resolución 2003 de 2014 incluye algunos aspectos como la inclusión de las entidades departamentales y distritales, amplía los requisitos para habilitar los tiempos de vigencia, aclara las visitas de verificación, la generación de distintivo, y certificado de habilitación, la responsabilidad del cumplimiento de estándares, las novedades entre prestadores, el cierre temporal de servicios, novedades en los servicios oncológicos, la garantía de la prestación de servicios, etc.

Se expide una última resolución 3678 de agosto de 2014, donde basado en el cumplimiento de la resolución 2003 de mayo de 2014, se debería haber actualizado el portafolio de servicios hasta el 30 de septiembre de 2014. Y revisando con corte al 14 de agosto de 2014, solamente el 23, 48 % ha realizado la actualización del portafolio, lo que conllevaría a la imposibilidad de la prestación del servicio por lo cual se modifica el

numeral 5.5 del artículo 5 de la resolución 2003 de 2014 donde quedaría hasta el 30 de Enero de 2015, para renovar la habilitación por un año más.

3

Unidad 3

La Auditoría para
el mejoramiento
de la calidad de la
atención en salud



Auditoría de la calidad 1

Autor: Diana Bricyd Sánchez Cote

Introducción

Dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, el componente de la Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, es superior e importante para el buen desarrollo de las entidades prestadoras de servicios de salud; buscando siempre minimizar los riesgos. Debe ir acompañado del Sistema único de acreditación y del Sistema único de información, para lo que se definen diferentes estrategias de calidad.

Dar lectura a:

- Ley 100 de 1993.
- Decreto 1011 de 2006.

La Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud

Es necesario dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, tener clara la importancia de la auditoría, definiéndola como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, entendida como el “mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superior a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación” (Social, 2010). La auditoría es un articulador de los demás componentes del SOGCS.

La articulación del componente de auditoría para el mejoramiento con los demás componentes es:



Figura 1. Articulación para la auditoría
Fuente Propia. Adaptada de <http://boyaca.gov.co>

Es importante tener en cuenta la definición de la auditoría desde La Ley 100 de 1993, artículo 227, definiéndose como el control y evaluación de la calidad del servicio de salud; texto en el que también se aclara que es facultad del Gobierno expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

Dentro del módulo es importante tener en cuenta que la auditoría no debe ser punitiva sino de acompañamiento dentro del Sistema de calidad, buscando siempre un mejoramiento continuo, pues no se trata de buscar culpables, sino de cumplir con ciertos requisitos para la evaluación de procesos específicos.

Las implicaciones de la auditoría según el Decreto 1011 de 2006 son:

1. La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
2. La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
3. La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

Una representación gráfica de la estrategia de mejoramiento que tal planteamiento de la norma incentiva es la siguiente:

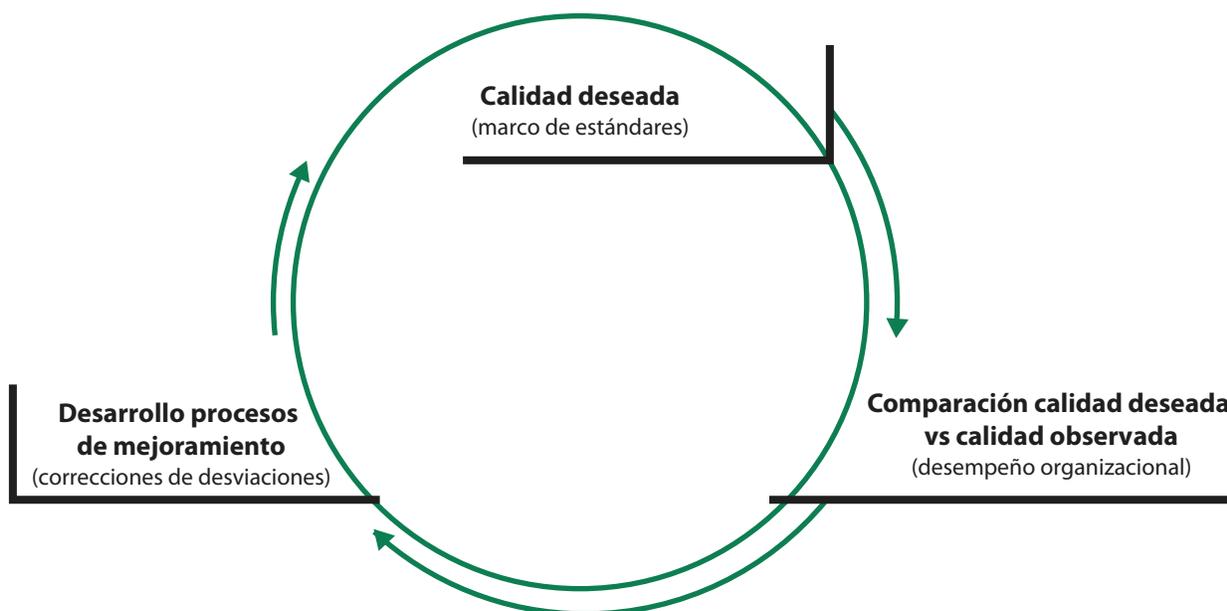


Figura 2. Estrategia de mejoramiento
Fuente Propia. Adaptada de <https://docs.google.com>

Dentro de los focos de auditoría para el mejoramiento priorizado están el Sistema único de acreditación, el Sistema de información, la Gestión de seguridad del paciente, y la Gestión de los riesgos identificados.

Dentro de los niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud de acuerdo al Decreto 1011 de 2006, en cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, el modelo que se aplicará en los siguientes niveles:

Planteamiento general del modelo

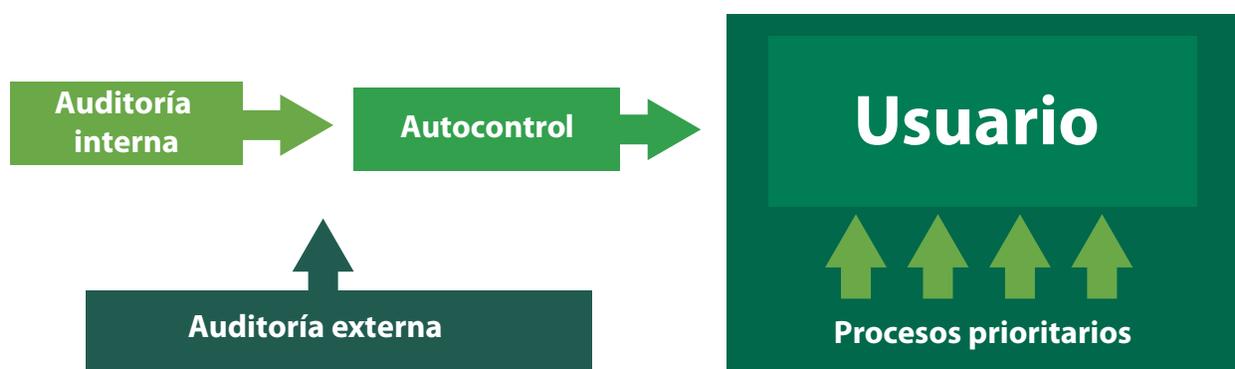


Figura 3. Planteamiento general del modelo de auditoría de los servicios de salud
Fuente Propia. Adaptada de <http://es.slideshare.net>

- **Autocontrol.** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
- **Auditoría interna.** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.
- **Auditoría externa.** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden, por parte de las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud. Dentro de la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía del Decreto 1011 de 2006, se encuentran tres tipos de acciones.

1. Acciones preventivas. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.
2. Acciones de seguimiento. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.
3. Acciones coyunturales. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

Es importante que la institución tenga claro que la Auditoría para el mejoramiento de la calidad es toda una estrategia del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y no debe confundirse con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) que es la forma a través de la cual se operativiza el modelo en una institución determinada.

Esta operativización del modelo se realiza mediante la ruta crítica, así:

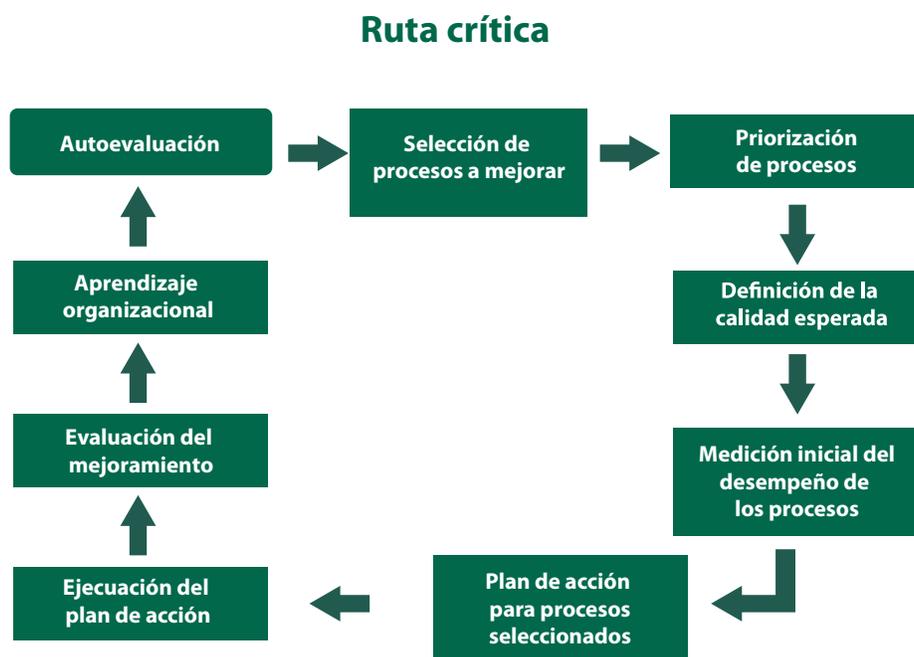


Figura 4. Ruta crítica para el desarrollo de la auditoría en salud
Fuente Propia. Adaptada de <http://www.minsalud.gov.co>

Primer paso: autoevaluación

- Revise, de acuerdo al enfoque institucional del PAMEC, el resultado alcanzado.
- Revise el resultado de las auditorías internas relacionadas.
- Revise el resultado de las auditorías externas relacionadas.
- Revise el resultado de los comités institucionales relacionados de acuerdo al cumplimiento de sus planes de acción.
- Revise los resultados de los indicadores reglamentarios y los institucionales relacionados.
- Revise los resultados de la escucha de la voz del cliente.

Segundo paso: selección de procesos a mejorar

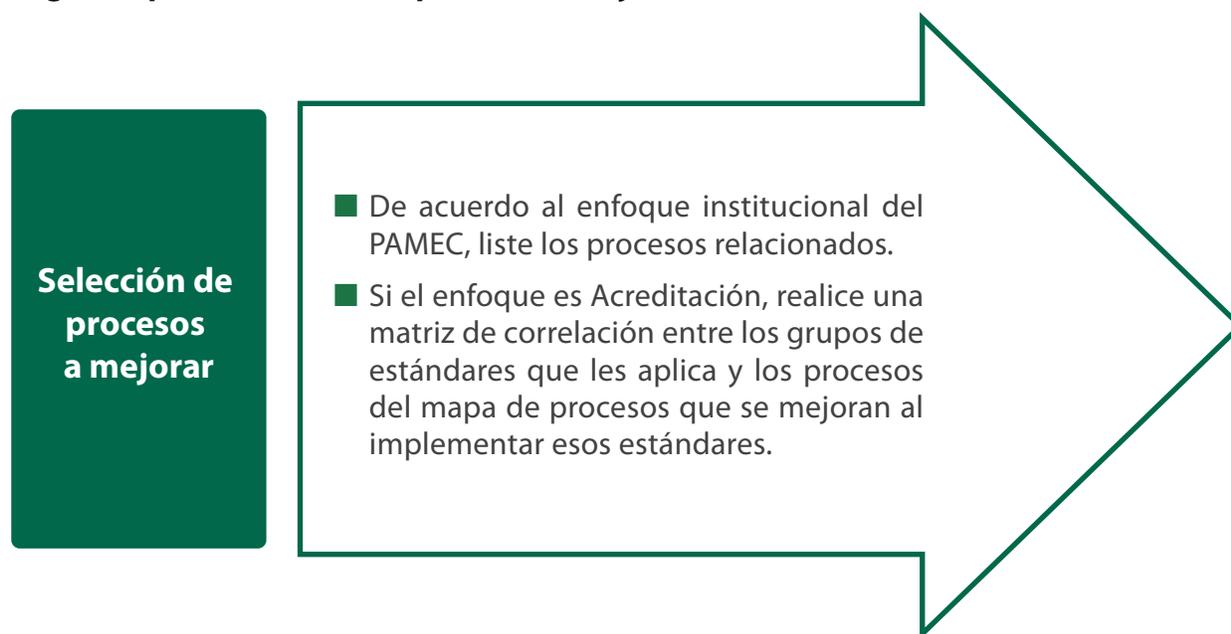


Figura 5. Selección de procesos a mejorar
Fuente Propia. Adaptada de <http://boyaca.gov.co>

Tercer paso: priorización de procesos a mejorar

La priorización de procesos permite a la entidad focalizarse en los procesos más críticos para lograr las mejoras más inmediatas. Si el enfoque del PAMEC es el Sistema Único de Acreditación priorice así:

Recuerde los procesos asociados a los grupos de estándares de Acreditación que trabajó en la matriz de correlación realizada anteriormente.

Priorice las oportunidades de mejora que obtuvo en la autoevaluación con estándares de Acreditación.

Los factores críticos de éxito son entendidos como aquellos aspectos que si todos los miembros de la institución contribuyen a cumplir, permitirán el logro de los objetivos y metas institucionales. Pueden ser:

- Sostenibilidad financiera (resaltando los costos de la no calidad).
- Rentabilidad social.
- Satisfacción del cliente externo.
- Satisfacción del cliente interno.

Cuarto paso: definición de la calidad esperada

La institución debe tener definido explícitamente los resultados esperados para lo siguiente:

- Cumplir los estándares del sistema único de acreditación.
- Cumplir las metas de los indicadores corporativos y de procesos.
- Gestión esperada de los comités institucionales.
- Resultados esperados de la Auditoría interna y externa.
- Resultados esperados en la escucha de la voz del cliente.

Quinto paso: medición inicial del desempeño de los procesos e identificación de la calidad observada

En este paso se debe evidenciar los resultados de la gestión de la entidad así:

Desde la calidad observada y calidad esperada y se definen las brechas sobre las que se debe trabajar para llegar a la calidad esperada. La diferencia entre la calidad observada y esperada, se llama brecha y estas originan las acciones de mejora.

Sexto, séptimo y octavo: formulación, implementación y seguimiento de los planes de mejoramiento

La garantía del mejoramiento continuo se logra con el cumplimiento de los pasos 6, 7 y 8.

Formulación de planes de mejoramiento

- Formule planes de mejora con enfoque en cada uno de los procesos priorizados.
- Si el enfoque del PAMEC es la Acreditación, formule planes de mejora para cada grupo de estándares correlacionándolos con los procesos que se mejoran (Matriz de correlación).
- Los líderes de procesos son los dueños del plan de mejora.

Implementación de planes de mejora

- Asegúrese que cada plan de mejora tenga un responsable.
- Cada plan de mejora debe tener un cronograma cumplible.
- Convierta sus planes de mejora en una gestión sistemática y continua.

Seguimiento a los planes de mejora

- Los planes de mejora deben tener seguimiento periódico que involucre el nivel del auto-control y de auditoría interna.
- Es recomendable tener planificado el cumplimiento de las acciones de mejora de acuerdo al cronograma asignado.
- Asigne indicadores de impacto al plan de mejora que pueden ser los indicadores del proceso que mejora.

Seguimiento del mejoramiento

- Programe las auditorías institucionales para evaluar el progreso institucional o para detectar oportunidades de mejora.
- Oriente las auditorías a lo que se requiere verificar en el proceso de mejoramiento continuo.

Noveno paso: aprendizaje organizacional

El aprendizaje organizacional hace referencia a la toma de decisiones definitivas, elabora estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para evitar que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad

Es la herramienta para identificar las brechas entre la calidad esperada y la observada, a través de la verificación continua de la atención clínico - administrativa del paciente y su familia, con el fin de promover la realización de acciones de mejoramiento que busquen mejorar, mantener o incrementar la calidad de la prestación de los servicios de salud (Social, 2010).

Desde el Ministerio de Protección Social, se ofrece una caja de herramientas y su acceso se realiza por la página web de la entidad cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento continuo en la prestación y administración de servicios de salud. Esta caja de herramientas del SOGCS dispuesta por el Ministerio, es la recopilación de metodologías e instrumentos puestos a disposición de las IPS y sus colaboradores.

<http://www.minsalud.gov.co>

Las características de la caja de herramientas son:

- Estar a disposición de las IPS y de todos los actores.
- Ser un modelo de auto aprendizaje y autogestión para la implementación de las herramientas.
- Estar apoyada en tecnologías virtuales.
- Contener instrumentos pedagógicos prácticos.
- Fundamentarse en mejores prácticas nacionales y/o internacionales.

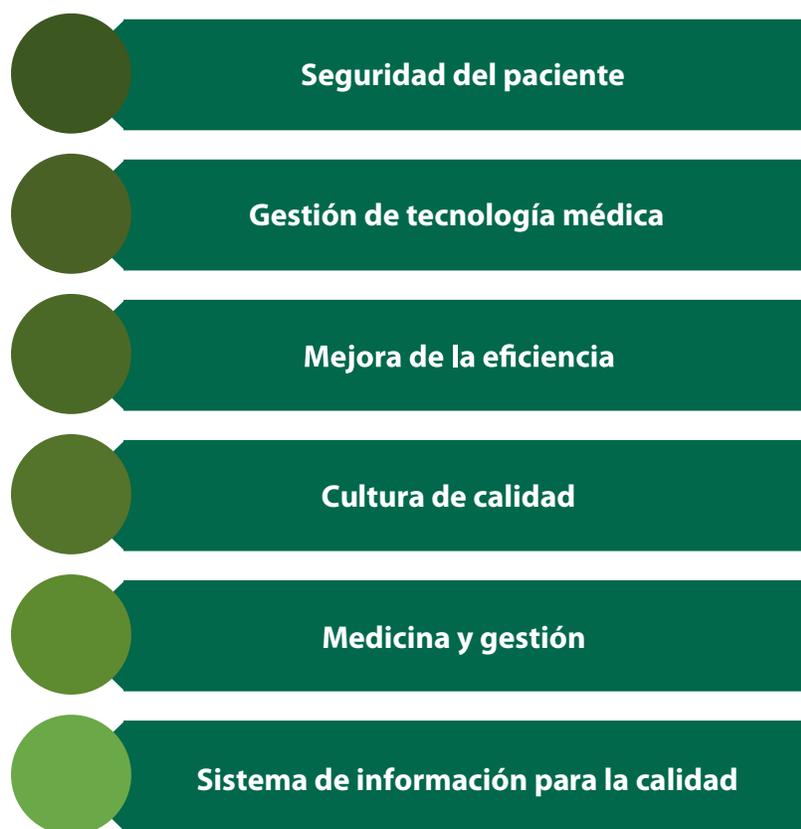


Figura 6. Características de la caja de herramientas del Minsocial
Fuente Propia. Adaptada de <http://boyaca.gov.co>

4

Unidad 4

Auditoría en
las Empresas
Administradoras
de Planes de
Beneficios (EAPB)



Auditoría de la calidad 1

Autor: Diana Bricyid Sánchez Cote

Introducción

Dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, para el buen desarrollo el componente de La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en las diferentes entidades, debe ser muy importante conocer el alcance y las obligaciones que se tienen con cada una de ellas para asegurar la buena ejecución y atención con calidad a los usuarios.

Dar lectura a:

- Ley 100 de 1993.
- Decreto 1011 de 2006.

Auditoría en las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)

De acuerdo al Decreto 1011 de 2006, **según el tipo de entidad, la auditoría será implementada así:**

Deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales, consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

Instituciones Prestadoras de Servicios de salud

Deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales, consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los

resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Entidades departamentales, distritales y municipales de salud

Deberán asesorar a las EAPB y a las IPS, en la implementación de los programas de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, deberán adoptar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, así:

- Desde los procesos de auditoría en las EAPB, el Ministerio de Salud deberá indicar las pautas del modelo el cual debe contener los procesos de auditoría así como la autoevaluación de la red de prestadores de servicios de salud y atención al usuario.
- Desde la autoevaluación, las EAPB evaluarán sistemáticamente la suficiencia de red, el desempeño del sistema de referencia y contra referencia y que la atención se brinde con oportunidad, continuidad, pertinencia, accesibilidad y seguridad.

- Desde atención al usuario, la entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios a partir de diferentes atributos.
- Desde los procesos de auditoría para las IPS, se deberán establecer los procesos de la autoevaluación del proceso de atención en salud, y la atención al usuario.
- Desde la autoevaluación del proceso de atención en salud, se deberá evaluar sistemáticamente los procesos desde el cumplimiento de los atributos de la calidad.
- Desde atención al usuario, la entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios a partir de la prestación de los servicios que el paciente espera que se realicen, de acuerdo al nivel de complejidad requerido.

Ahora debemos revisar los procesos de las EAPB sobre las IPS, donde las EAPB deberán incluir en el programa de auditoría, los procesos de evaluación de auditoría externa que permitan evaluar periódicamente la prestación de los servicios por las IPS. Es muy importante tener en cuenta que se deben orientar a los procesos prioritarios de las instituciones, incluyendo la evaluación de las características o atributos de la calidad y sobre un esquema previamente acordado por la EAPB y las IPS.

Desde los procesos de auditoría en las entidades departamentales, distritales y municipales, se encuentran en la condición de compradores de servicios de salud, y son quienes establecerán un programa de auditoría orientado a la aplicación del cumplimiento por las EAPB. Adicionalmente a esta evaluación tienen la obligación de asesorar a las EAPB y a los prestadores de servicios de salud, sobre los procesos de Auditoría para el mejoramiento de la calidad.

En el contexto de la responsabilidad de la Auditoría dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, se tiene el Decreto 1011 de 2006 el artículo 40 que indica “La Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente”.

Es claro que dentro del Sistema de Salud, el SOGCS y la auditoría son una excelente herramienta a través de la cual se busca que el estado cumpla los objetivos de calidad de la atención en salud, velando por la efectividad de los derechos del usuario desde la administración de servicios de las EAPB, y los prestadores de servicios de salud.

Con lo anterior se establece que la auditoría

es de obligatorio cumplimiento para las IPS y las EPS, entendiéndose para los usuarios que la salud es un derecho fundamental prestacional y un servicio público que está a cargo la coordinación y control del estado. De esta manera, el objetivo de todos es la contribución a la calidad de la atención bajo un mejoramiento continuo.

Lamentablemente en Colombia, para muchos, la auditoría de las EAPB y de los prestadores se ha considerado como revisor de cuentas médicas, y es para utilizar dentro de un mejoramiento continuo de calidad más desde el punto de vista de acompañamiento y no punitivo, bajo un marco de respeto y confianza entre EAPB y prestadores, y diversos integrantes del sistema.

En este orden, la auditoría se considera como una herramienta evaluativa sistemática, y es muy importante el enfoque de salud y auditoría dentro de las EAPB y prestadores desde los que se definen las políticas, se asignen los recursos que dirigen la organización y prestan el servicio. Por ello la auditoría debe ser planeada, basada en criterios claros y explícitos mediante herramientas de auditoría y dentro de una periodicidad establecida.

El campo de la auditoría comienza con el aseguramiento y prestación de los servicios de salud, en sus fases de promoción, pre-

vención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; por lo cual, la auditoría debe considerarse en beneficio de las organizaciones buscando los mejores beneficios para el usuario, con la reducción de riesgos.

Debe existir la aplicación de las implicaciones de la auditoría dentro del Decreto 1011 de 2006 como es la medición entre la calidad observada y la calidad esperada, lo cual implica tener normas administrativas y técnico-científicas bien definidas, y esta calidad esperada se debe definir previamente mediante manuales, normas, guías, protocolos, indicadores, entre algunos instrumentos importantes.

Desde la auditoría de la red de servicios, se trabaja en la realización de las acciones de autocontrol: auditoría interna y auditoría externa, dirigidas a mejorar la calidad de la atención desde los procesos de su red de prestadores y el sistema de referencia y contra referencia. Además, debe contar con mecanismos para alertar a los directivos de cada organización sobre fallas en su red, proponiendo oportunidades de mejora y acciones correctivas o preventivas que mitiguen el riesgo y el resultado.

El requisito para las organizaciones es que definan una serie de estándares e indicadores de calidad que le permitan medir la calidad de la atención en salud.

Cada una debe contar con un modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, teniendo en cuenta que los prestadores son la cara al usuario desde el sistema de prestación de servicios de salud definidos por el gobierno y los entes de control. Asimismo, deberán asegurar acciones coyunturales o correctivas dentro de las EAPB y los prestadores evaluando retrospectivamente posibles fallas en la prestación de los servicios

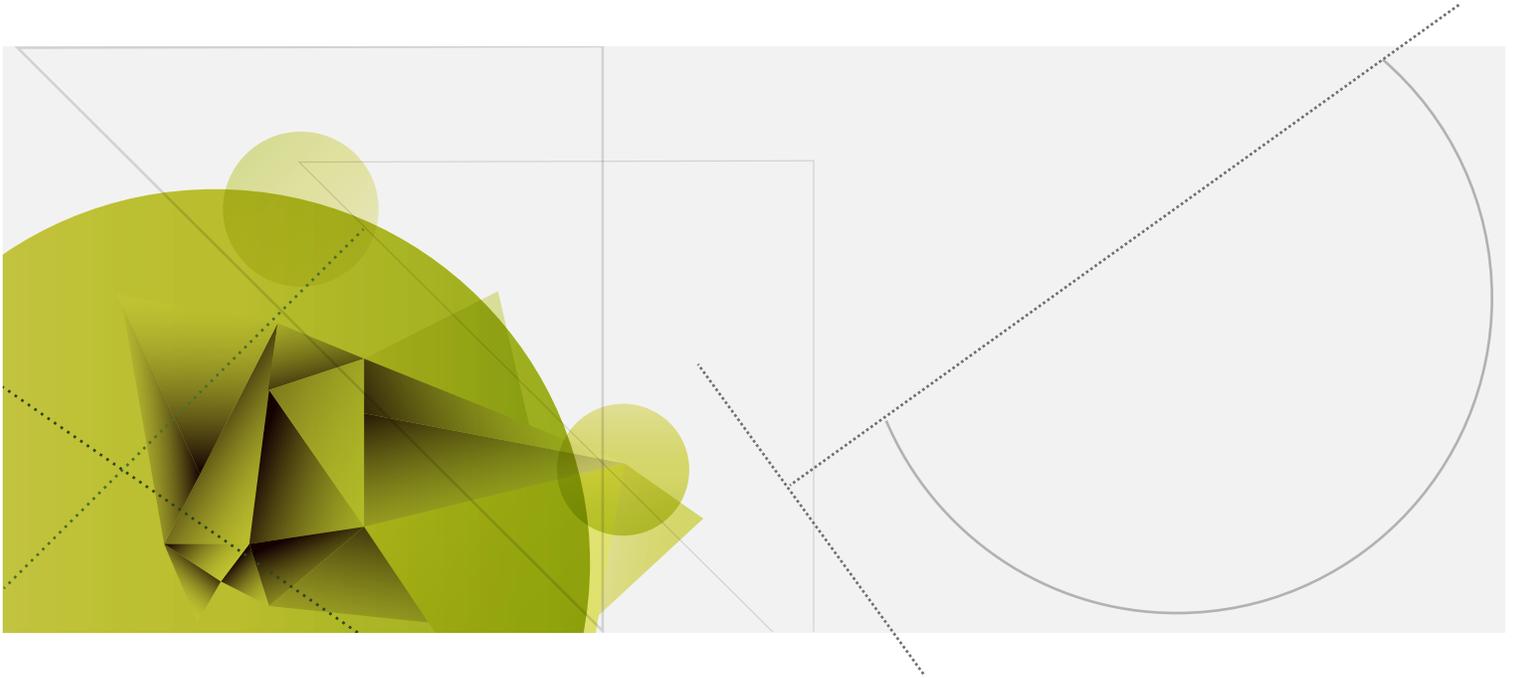
Existen mecanismos de auditoría para el desarrollo de la misma dentro de las entidades responsables de aseguramiento y prestación, como los comités ad-hoc o análisis de eventos adversos.

Es importante la capacitación e implementación de un sistema de calidad con el propósito de orientar a los prestadores, así como el autocontrol, la prevención la confianza, el respeto, la sencillez, fiabilidad y validez.

Bibliografía

- **Decreto 1011.** (2006). *Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*
- **Resolución 1043 de 2006.**
- **Resolución 1441.** (2013). *Procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y otras disposiciones.*
- **Resolución 2003.** (2014). *Procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.*
- **Social, M. D.** (2010). *Guía práctica del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud. Colombia.*

Esta obra se terminó de editar en el mes de octubre
Tipografía Myriad Pro 12 puntos
Bogotá D.C.,-Colombia.



AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED
ILUMNO