

AUDITORÍA “PAMEC RED MÉDICA VITAL Y DESARROLLO DE PLAN DE
MEJORA”

YANET ALEJANDRA AMAYA BRITO
MARIA VICTORIA ECHEVERRI MINA
INGRID GIRALDO QUICENO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD GRUPO 125
PEREIRA, AGOSTO 5 DE 201
NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Pereira, marzo de 2018

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Fundación Universitaria del Área Andina por la posibilidad de tener los recursos y las herramientas tecnológicas para realizar un trabajo investigativo, a la empresa RED MÉDICA VITAL S.A.S. por la confianza depositada y las puertas abiertas para poder desarrollar nuestro proyecto de grado. A nuestros docentes por el compromiso el seguimiento cercano y el interés de que tengamos un conocimiento completo y adecuado para desarrollar nuevo conocimiento, a nuestras familias por la comprensión y el apoyo para realizar nuestras actividades académicas.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	
1.PROBLEMA	6
1.1. 5	
1.2. 7	
2.JUSTIFICACIÓN	8
2.1. 9	
3.OBJETIVOS	11
3.1 OBJETIVO GENERAL	11
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
3.3. MATRIZ DE OBJETIVOS	12
4.MARCO TEORICO	19
4.1.1. 20	

4.2.	¡Error! Marcador no definido.	
4.2.1.	28	
	MISIÓN	20
	VISIÓN	20
	PRINCIPIOS CORPORATIVOS	20
	VALORES CORPORATIVOS	21
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO.	22
	PORTAFOLIO DE SERVICIOS	24
	PLANEACION OPERATIVA	27
	Plan de gestión de la prestación del Servicio de Ambulancia Prepagado	29
4.3.	¡Error! Marcador no definido.	
4.3.1.	39	
4.4.	39	
	5.METODOLOGÍA	35
5.1.	Tipo de diseño	35
5.2.	Población y muestra	35
5.3.	Marco Muestral	35
5.4.	Unidad de Análisis	35
5.5.	Criterios de inclusión	35
5.6.	Criterios de exclusión	35
5.7	Variables (ver anexo)	36
5.8.	Plan de análisis	36
	5.8.1. Recolección de datos:	36
	5.8.2. Validez de los Instrumentos:	36
	5.8.3. Tabulación de los datos:	36
	5.8.4. Pruebas estadísticas	36
5.9.	Presentación de la información (ver anexo)	36
5.10.	Compromiso Bioético	37
5.11.	Compromiso medioambiental	37
5.12.	Responsabilidad social	37
5.13.	Población beneficiada	37

5.14.1. Cronograma de Gantt (Anexo 4).	37
5.14.2. Presupuesto. (Anexo 5)	37
5.15. Difusión de resultados.	37
Anexo 1. Operalización de Variables.	38
Anexo 2. Presentación de la información	47
Anexo 4. Cronograma de Gantt (5.14.1)	49
Anexo 5. Presupuesto	50
BIBLIOGRAFIA	52

1. PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ministerio de Salud crea en Decreto 1011 de 2006 el SISTEMA OBLIGATORIO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD, el cual convergen varios principios y características como: Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad. Este sistema está constituido por instituciones, normas, leyes, mecanismos que se desarrollan en el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

Los planes de mejora se originan de las oportunidades de mejoramiento identificadas de la autoevaluación de los estándares de Acreditación por grupo de estándares. Las oportunidades de mejoramiento se deben priorizar por variables de alto riesgo, alto volumen y alto costo:

- **Riesgo:** Riesgo que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos si no se lleva a cabo el mejoramiento.
- **Costo:** Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
- **Volumen:** Alcance del mejoramiento o cobertura. (1)

El plan de mejoramiento de la calidad (PAMEC) es una herramienta de gestión que impacta en el desempeño y desarrollo del sistema y salud de la población. El título IV de decreto 1011 de 2006 reglamenta “el modelo de auditoria para el

mejoramiento de la Calidad de la atención en salud que será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades. Estas instituciones deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en lo cual se tomaran 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 el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, oportunidad, pertinencia y la continuidad de la atención y satisfacción de los usuarios”.

Dentro de los estándares de acreditación existen unos ítems encaminados a la seguridad del paciente y la humanización del servicio, los cuales crean una brecha importante e impactan en la salud y la calidad esperada dentro del desarrollo de un empresa prestadora de servicios de salud ya que el siglo XXI se ha encargado de buscar, y satisfacer al usuario en todas sus necesidades; detectar oportunamente la enfermedad y preservar la salud las políticas de humanización del servicio son muy importantes para brindar una atención integral, dignificando al paciente y su familia, buscando la no cosificación de los usuarios, basándose en el cumplimiento de derechos y deberes; y realizando estrategias para obtener una percepción positiva por parte de los usuarios que usan el servicio.

Que el Ministerio de Protección social implementará el programa de habilitación, Auditoria, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud en el Decreto 1011 de 2006, indiscutiblemente se convierte en una estrategia primordial para la mejora en la calidad de la atención en salud. La humanización surge como respuesta a la atención deshumanizada, por ende para concretar la humanización del servicio se debe iniciar desde el replanteamiento de políticas y la cultura del personal para brindar una atención óptima.

¿Qué hay detrás de toda esa mala atención que se brinda en los servicios de salud?, diferentes estudios han concluido que lo profesionales de la salud son elementos importantes en la política de humanización, esencial para promover la salud, pero estos señalan algunas insatisfacciones al laborar. En los desafíos señalados por ellos mismos están la falta de recursos, la sobrecarga de trabajo, dudas sobre cómo deberían actuar, enfrentamiento de intereses políticos que dificultan su actuación, entre otros.

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación identificada en la formulación del problema.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los procesos que requieren actualización y mejora continua del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad en la EAPB Red médica Vital en la ciudad de Pereira, Risaralda?

2. JUSTIFICACIÓN

En el concepto de calidad, la seguridad del paciente ha sido definida por el ministerio de Salud en Colombia, como la *“atención integral para minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso durante la atención, el cual implica una evaluación constante de los riesgos para poder implementar las barreras de seguridad que sean necesarias”*. [2]; Así, como el asesoramiento y el control, con el fin de agregar valor y mejorar el desempeño institucional en cuanto a calidad se refiere.

Para generar un control sobre la calidad es indispensable utilizar los indicadores, *“Expresiones generalmente matemáticas que señalan una parte importante del comportamiento de una situación, solo son una porción de un todo, pero que por sus características lo puede representar. Entre mayor sea el número de indicadores de una situación o institución, mejor conocimiento se tiene de esta”* [3]. Los indicadores de calidad van siempre ligados a la relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. *“La creación de una cultura institucional en seguridad del paciente conduce a implementar prácticas seguras y a trabajar para prevenir los errores que suceden a diario en las organizaciones sanitarias. Este debería ser un compromiso de todos los profesionales y una prioridad en la gestión sanitaria”* [4].

Es bueno tener claro que las cifras de estos indicadores son recogidas y examinadas por las propias instituciones, esto puede prestarse para discusión ya que pueden ser movidas con intereses para enseñar que hay servicio de calidad sin estarlo ofreciendo. Es pertinente que las instituciones estén capacitadas para recolectar adecuadamente la información, además de no falsificar o entorpecer dichos datos [5]

Es de mayor importancia saber y comprender que desea el usuario para llevar al éxito a una determinada empresa, además que el personal de salud y los prestadores de servicios tengan conocimientos de dicha importancia para así lograr una idea o un plan para llegar a cumplir las expectativas que el usuario espera y sobre todo los estándares de calidad que exige la ley hoy día.

Además, es claro que siempre y en todo lugar a donde vayamos, los clientes examinan y evalúan en qué lugar y como los atienden, ellos perciben y buscan su satisfacción total en un adecuado servicio. Se debe tener en una institución la idea de que lo más importante es que el paciente tenga un excelente beneficio y un lugar cómodo de atención para cumplir con los elementos de: Accesibilidad, pertinencia, continuidad, satisfacción.

A través de los años se han creado muchas leyes, decretos, artículos y demás, que le han dado forma al sistema de salud colombiano, con el fin de prestar un servicio con calidad.

El Ministerio de Salud en principio y luego su sucesor el de Protección Social, ha venido reglamentando la legislación al respecto, buscando darles aplicabilidad a las normas y sobre todo proporcionando parámetros para que las instituciones que prestan estos servicios, tengan elementos que les permitan generar un ambiente institucional que busque la calidad y como consecuencia logren la satisfacción de sus usuarios.[5] ; una de las tantas leyes y normatividades se han escuchado y una de estas es el famoso PAMEC, debe ser entendido como una herramienta de mejoramiento continuo, que permite mediante ciclos consecutivos de mejoramiento de la calidad de los procesos institucionales, alcanzar de manera más eficiente los estándares de habilitación y garantizan con mayor posibilidad el éxito hacia el proceso de acreditación [6]

La calidad y la humanización en la atención, deben ir articuladas, buscando dar respuesta a las necesidades de las personas y contribuir a la finalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por eso se debe tener en cuenta los elementos del Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud, los cuales pretenden convertir en temas prioritarios la humanización de los servicios, la seguridad, coordinación y transparencia, así como algunas orientaciones para la calidad y humanización de la atención integral en salud a gestantes, niños, niñas, y la implementación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes. [15]

Con lo anterior se pretende transformar la cultura de la sociedad hacia la búsqueda de consensos mínimos que produzcan un mejor ejercicio de los derechos y deberes de los ciudadanos y en especial de la población infantil. [15]

Sin embargo, el plan de mejoramiento de calidad deja muy claras las prioridades, por lo cual también se debería tener en cuenta el bienestar de quien presta el servicio, con el fin de brindar una atención integral y ética que constructivamente también se fortalezca desde la percepción del personal asistencial y administrativo, ya que son estos los principales responsables de brindar la

calidad esperada en la atención, con ética y seguridad ; “Todos estos contras que señalan los profesionales pueden ir mejorando cada día con la ayuda y el granito de arena de cada individuo tanto personas naturales, pacientes o como profesionales que brinda el servicio de salud”. [13]

Las formas de percibir o comprender la humanización del servicio no está dissociadas de sus prácticas. La humanización puede entenderse como un vínculo entre profesionales y usuarios, basado en acciones guiadas por la comprensión y apreciación de los sujetos, reflejando el comportamiento ético y humano. En otro sentido, la humanización está asociada con la calidad de la atención, que incluye la mejora de los trabajadores y el reconocimiento de los derechos de los usuarios. [13].

Es bueno tener el conocimiento que el enfoque de la humanización del cuidado varía en las diferentes culturas, basado en la historia, la ética, la religión y la economía de cada persona. En particular, al tiempo que se reconocen los principios transversales, las intervenciones de humanización a menudo nacen de las necesidades específicas de un país. [14].

Entonces por todo lo anteriormente dicho es necesario tener a nivel institucional programas de auditoría internos que ayuden a garantizar calidad en la atención en salud , para así contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de la población y a administrar de una manera más eficiente y eficaz los recursos asignados para para dicha atención con el fin primordial de llegar a solucionar en la presente empresa los aspectos a mejorar : ¿Cuáles son los procesos que requieren actualización de mejora continua del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad en la EAPB Red médica Vital en la ciudad de Pereira?

1.3. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de este proyecto de grado, es determinar los procesos que requieren actualización y mejora continua del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad (PAMEC) que se encuentren encaminados a conseguir el cumplimiento de estándares de calidad en la empresa de atención médica domiciliaria Red médica Vital en la ciudad de Pereira, Risaralda.

A nivel internacional y en Colombia se evidencian estudios que evalúan la satisfacción de los pacientes con la atención en salud, razón por la cual en el desarrollo de este trabajo, se buscó enfocar la satisfacción desde otra perspectiva; la percepción y satisfacción del personal asistencial frente a la calidad del servicio, con la finalidad, de llevar a cabo un plan de mejoramiento enfocado en la atención humanizada, articulada con los procesos que requieren actualización y mejora continua del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad (PAMEC).

La auditoría de servicio es esencial ya que este es uno de los temas más relevantes en la salud, a través de esta investigación, nos daremos cuenta de que el usuario busca que lo atiendan con calidad, esto solo se puede lograr con la prestación de un buen servicio y a su vez es el fundamento de la organización para alcanzar el éxito con una buena innovación del servicio. [7]

El interés lleva a ser evidente la problemática en la prestación de los servicios de salud con calidad en la mayoría de las instituciones a nivel de Colombia y del mundo entero, primordialmente en los aspectos relacionados con la satisfacción de los usuarios, el nivel de excelencia de los empleados y la utilización ineficiente de los recursos de las instituciones.

Los clínicos con un sistema más amplio y conceptualización de valores pueden identificar mejor las implicaciones morales, económicas y sociales del diagnóstico y el proceso de enfermedad en el bienestar del paciente y, por lo tanto, son más conscientes del impacto de la cantidad de información proporcionada y el camino el cual es entregado. Además, el eje de comunicación establecido entre el personal sanitario, el paciente y la familia se fortalece a través de redes más amplias de apoyo dentro del propio equipo de asistencia sanitaria. . [16]

2. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un plan de mejoramiento basado en los estándares de acreditación y el sistema de gestión de la calidad, para la humanización del servicio en la

institución RED MÉDICA VITAL S.A.S. ; teniendo como punto de partida el plan de auditoría para el mejoramiento de la Calidad; en el primer semestre del 2018.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICO

1. Caracterizar sociodemográficamente la población objeto de estudio.
2. Realizar el diagnóstico de la situación actual del PAMEC de la EAPB.
3. Evaluar la percepción del personal frente a la humanización del servicio, por medio de la aplicación de encuestas dentro de la institución.

3.3. MATRIZ DE OBJETIVOS

Objetivos	Conceptos	Definición	Variables	Definición	Indicadores
Realizar diagnóstico del PAMEC	Diagnóstico	Recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar una condición.	Alcance del mejoramiento continuo de la calidad.	Escrito incorporado en el documento PAMEC donde se evidencie el alcance y propósito del mejoramiento continuo de calidad emprendido por la empresa.	0= Cumple 1=No cumple
	PAMEC	Mecanismo sistemático y continuo de evaluación de cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan básicos.	Duración de la implementación del PAMEC	Periodo de implementación y duración del PAMEC debidamente documentado.	0= cumple 1= No cumple
			Autoevaluación	Enfoque es el sistema único de acreditación, con todos los estándares y formatos para la realización de esta.	0= Cumple 1= No cumple
			Resultado de las auditorías internas que realiza la IPS.	Principales hallazgos en la auditorías realizadas en el periodo	0= Cumple 1= No cumple
			Resultado de las auditorías externas	Principales hallazgos en la auditorías realizadas en el periodo	0= Cumple 1= No cumple

		Resultado de la gestión de comités institucionales a partir de sus planes de acción	Evidencia del análisis de la gestión de los comités institucionales	0= Cumple 1= No cumple
		Análisis de los resultados de los indicadores reglamentarios y de los institucionales que reflejen el estado de los mismos frente a los estándares o metas definidas.	Evidencia del análisis del resultado de los indicadores	0= Cumple 1= No cumple
		Análisis de la escucha de la voz del cliente que arroja resultados sobre el impacto en el usuario y su familia	Evidencia de los análisis de la voz del cliente.	0= Cumple 1= No cumple
	Procesos para mejorar	La entidad debe contar con una evidencia del listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso	Listado de procesos a mejorar	0= Cumple 1= No cumple

			de la ruta crítica del PAMEC		
		Priorización de procesos	Se debe evidenciar la priorización de oportunidades de mejoramiento de la calidad	Instrumento técnico con la priorización de oportunidades de mejoramiento formuladas en la autoevaluación.	0= Cumple 1= No cumple
			Evidenciar una metodología validada para la priorización de procesos, como matriz de factor crítico de riesgo	Metodología validada y aplicada para la priorización de procesos.	0= Cumple 1= No cumple
		Definición de la calidad esperada	Evidenciar donde se espera llegar con la implementación del PAMEC en la vigencia	Definición explícita del nivel al que se espera alcanzar en cada uno de los alcances definidos por el PAMEC	0= Cumple 1= No cumple

		Calidad observada	Listado de auditorías planeadas en vigencia del PAMEC	Listado de las auditorías internas a realizarse en el periodo del PAMEC	0= Cumple 1= No cumple
			Evidencian gradual de la implementación de las auditorías planeadas con identificación de hallazgos y oportunidades de mejoramiento recomendadas	Informe de las auditorías realizadas frente a las planeadas	0= Cumple 1= No cumple
		Formulación de los planes de mejoramiento	Evidencia documental de la formulación de planes de mejoramiento tendientes a alcanzar la calidad esperada.	Planes de mejoramiento formulados.	0= Cumple 1= No cumple
		Implementación de planes de mejoramiento	Evidencia documental de la implementación de los planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada	Implementación de las acciones de mejora para alcanzar la calidad esperada.	0= Cumple 1= No cumple

		Evaluación de la ejecución de los planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada	Evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada.	Evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada. Incluye el seguimiento desde el autocontrol y de auditoría interna. Semaforización del cumplimiento de los planes de mejoramiento.	0= Cumple 1= No cumple
		Aprendizaje organizacional	Documento que evidencie el análisis de la ejecución del PAMEC, luego de finalizado el periodo de implementación definido, con el fin de identificar las acciones que deben estandarizarse en la entidad	Documento de análisis de las acciones que deben estandarizarse en la entidad	0= Cumple 1= No cumple
Evaluar la percepción del personal frente a la humanización del servicio,	Evaluación percepción del personal	Grado de satisfacción laboral que tiene el personal del área operativa de red médica vital	Toma de decisiones	Calificación de la percepción y satisfacción que tiene el personal sobre la toma de decisiones y la oportunidad de hacer planteos de forma individual.	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde.

por medio de la aplicación de encuestas.			Carga laboral	Calificación de la percepción que tiene el personal sobre la carga excesiva de trabajo	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde.
			Tiempo de atención dedicado a los pacientes.	Calificación de la percepción y satisfacción que tiene el trabajador sobre el tiempo que se le otorga por la atención a cada paciente.	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde.
			Demandas de los pacientes.	Calificación de la percepción que tienen los trabajadores sobre las demandas excesivas de algunos pacientes	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde.
			Resolución de situaciones clínicas complejas.	Calificación de la percepción y satisfacción del personal sobre la posibilidad que le brinda la institución donde trabaja de resolver situaciones clínicas complejas.	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde.

			Apoyo de superiores	Calificación de la percepción y satisfacción de los trabajadores sobre el respaldo y apoyo que sienten por parte de los jefes.	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde.
			Valoración del trabajo	Calificación de la percepción y satisfacción que tienen los trabajadores sobre la valoración que le dan los jefes a su trabajo.	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde
			Grado de participación en toma de decisiones	Calificación que le da el personal a la percepción que tienen sobre el grado de participación que poseen en la toma de decisiones que comprometen al servicio.	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde
			Espacios de intercambio	Calificación de la percepción y satisfacción que tiene el personal sobre la existencia de espacios de intercambio para compartir con los colegas.	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde

			Perfeccionamiento de conocimientos y habilidades	Calificación de la satisfacción y conformidad que tiene el personal sobre las posibilidades de perfeccionamiento de conocimientos que le brinda su lugar de trabajo.	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde
			Investigación	Calificación de la percepción que tiene el personal sobre la posibilidad de realizar trabajos de investigación en su área de trabajo.	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde
			Competencias profesionales	Calificación del grado de satisfacción que considera tiene el personal sobre su formación profesional para enfrentar los problemas médicos habituales.	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde
			Trabajo en equipo	Calificación de la percepción que tiene el personal sobre la satisfacción de contribuir con la formación de otros profesionales en el lugar de trabajo.	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde

			Comodidad en el área de trabajo.	Calificación de la satisfacción y comodidad en el lugar en el que desarrolla tareas habituales	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde
			Salario	Calificación de la satisfacción que tiene con el salario que recibe (cubrimiento de necesidades)	1.Nada 2.Poco satisfecho 3.Moderadamente 4. En gran medida Ns/Nr: No sabe/No responde
			Percepción del superior (jefe)	Calificación sobre la percepción en la cual el personal tiene a su superior.	a. Líder natural b. Burócrata administrativo c. Autoritario d. Un ausente e. Otra característica.
			Experiencia laboral clínica	Calificación de la percepción que tiene el personal sobre su propia trayectoria hospitalaria.	a. Repetiría la historia b. Mejoraría la historia c. La cambiaría rotundamente.

	Humanización del servicio	Fundamento esencial del SGSSS para el mejoramiento de la calidad y atención integral.	Humanización y calidad de la atención en red médica vital	- Auditoría de la calidad - Calificación de percepción del personal sobre la humanización del servicio.	-PAMEC -Encuestas de satisfacción del personal.
Desarrollar un plan de mejoramiento enfocado a la política de Humanización del servicio.	Plan de mejora	Permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de los problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores) siguiendo la ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados	Seguimiento procesos de mejora	-Calidad de los planes de mejoramiento. - Cumplimiento de los planes de mejoramiento. - Estado de los planes de mejoramiento.	0= Cumple 1= No cumple

3. MARCO TEÓRICO

3.1.1. MARCO DE ANTECEDENTES

La auditoría en salud tiene como fin principal, garantizar la calidad en la atención en salud, para contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y administrar de una forma eficiente y eficaz los recursos asignados para dicha atención. [7]

En Colombia la primera vez que se encuentra la palabra auditoría y Calidad desde el año 1987 en el instituto de seguros sociales ISS, durante la constitución de 1991, se crean los primeros mecanismos de control y vigilancia y a raíz de la creación de la ley 100 de 1993 se crean programas de auditoría de calidad y mejoramiento continuo en el sector salud.

Posterior a esto en el año 1996, se crea el primer sistema de Garantía de la calidad, dando las pautas para la realización de las auditorías internas y externa y el mejoramiento continuo en los procesos de atención en salud, en el año 2002 se inicia el registro especial de prestadores de salud y los manuales para estos.

En el año 2006 por medio del Decreto 1011 de 2006 y la resolución 1043 de 2006 se establece el sistema obligatorio de para la Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) y en la actualidad pasando por varias reformas se toma la resolución 123 de 2012 donde se dictan las condiciones para realizar acreditación, y la resolución 256 de 2016 donde se reglamenta el sistema de información para la calidad en salud con sus estándares e indicadores así como la circular 012 de 2016 creada por la superintendencia de salud para la regulación de y el monitoreo del PAMEC.

La auditoría en salud tiene como fin principal, garantizar la calidad en la atención en salud, para contribuir con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y administrar de una forma eficiente y eficaz los recursos asignados para dicha atención. [12]

Auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención: mejor conocido como PAMEC, es una herramienta documental que deben implementar obligatoriamente todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las entidades de Transporte especial de Pacientes, que contribuye a brindar una atención en salud con excelencia, y que se fomente la cultura de la seguridad y el autocontrol en las instituciones prestadoras de salud, garantizando así el cumplimiento de estándares superiores a los de habilitación, que son de carácter obligatorio, lo cual permite identificar las fallas en el proceso de atención y que son competentes para mejorar, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de los clientes – usuarios que acceden a los servicios de salud que oferta la entidad [11].

Historia de la Calidad

William Deming es uno de los primeros individuos en hablar de calidad del servicio; Deming fue quien describió el proceso de “Calidad Total”; y demostró que en cuanto un proceso es de mayor calidad menos es el uso de los recursos lo cual disminuye costos y conquista el mercado; su nombre se encuentra asociado al desarrollo de

Japón posterior a la segunda guerra mundial, es considerado como el máximo experto en calidad el fue el que describió el ciclo PHVA: Planear, Hacer, Verificar y Actuar y expuso 14 enunciados que son importantes para lograr el desarrollo de la Calidad Total:

1. Crea una constancia del propósito para el mejoramiento del producto.
2. Adopte una nueva filosofía.
3. Deje de depender de la inspección para lograr la calidad.
4. Minimice el coste total operando con un solo proveedor.
5. Termine con la práctica de asignar operaciones solo sobre la base del precio.
6. Mejore constantemente y para siempre cada proceso.
7. Elimine el temor, derribe las barreras entre las áreas del personal.
8. Elimine los eslóganes, las exhortaciones y los objetivos para la plantilla.
9. Elimine cuotas numéricas para los trabajadores y las metas numéricas para la dirección.
10. Elimine las barreras que impiden que el personal experimente orgullo por las tareas.
11. Elimine el sistema de calificación anual.
12. Instituta un vigoroso programa de capacitación y superación para todos.
13. Transformación del personal.
14. Haga trabajar a todo el personal de la compañía para lograr la transformación (5)

Todo lo que se hace en el ciclo es un proceso de mejoramiento continuo donde se detectan los errores se buscan las soluciones para no volver a cometerlos nuevamente y se realizan las reestructuraciones necesarias para que el servicio cada día sea de mayor calidad. [7]

La medicina se sustenta en el principio de servir en función de la salud, es decir, de propiciar bienestar físico y mental, tratar de curar las enfermedades, aliviar las dolencias y, si es posible, prolongar un poco más la vida de las personas con dignidad y calidad. Esto no se daría si no se tiene todo lo necesario, requerido y dispuesto desde la vocación misma del servicio que exige la profesión, y desde las políticas de Estado, e internas de las instituciones que, según su plan administrativo y gerencial y, por supuesto, desde su ética, cumplen con su responsabilidad. Así, la medicina con todo su servicio asistencial, constituye al enfermo en una persona digna de consideración y respeto.[17]

Humanización

Según los antecedentes de vivir dignamente, o tener una vida digna, se pone de manifiesto que la vida o existencia no se da sino en las diferentes situaciones de la misma historia humana. Hoy, a todo lo que le resta importancia a la vida del ser humano se le denomina deshumanización y, se comprende entonces, que su

vida tampoco puede ser digna; por el contrario, cuando se toma conciencia de la importancia de la vida y del bienestar del paciente, e incluso de su muerte, se lo define como humanización, y con ello, la dignidad es la máxima expresión de respeto.[17]

En Colombia, este panorama se ensombrece cada vez más, porque el sistema convirtió a la salud en un «negocio», y a los enfermos en «clientes», aun así, no son satisfechos, pues una empresa siempre lucha por satisfacer todas las necesidades de sus clientes. De igual manera, se desmejoran las condiciones y calidad de vida y trabajo del recurso humano asistencial; el derecho a la asistencia se convirtió en un laberinto caudal de trámites y requisitos exigidos, e insatisfechos, debido a la precariedad de los servicios. Existen tantos problemas en el manejo de la salud, dice Asenjo [18] [citado en (17 p52)], que los derechos de petición y la tutela, un mecanismo de protección de los derechos individuales creado por la Constitución de 1991, se han constituido en el gran medio de ayuda para los colombianos que al ver afectado su derecho a la salud y a una correcta y oportuna atención médica, recurren a ella como exigencia, pero ni esto, es todavía suficiente. [17]

Cada vez las reflexiones sobre el tema de la humanización de los servicios asistenciales en el campo de la salud, se ha vuelto un imperativo, y exige más fuerza de comprensión y acción. El concepto humanización de la salud, es toda una filosofía basada en la relación agente de salud- paciente. Así, humanizar es una cuestión ética que tiene que ver con los valores que conducen la conducta en el ámbito de la salud. [17]

Historia de la humanización

Los inicios de la humanización en Colombia , se evidencia en la resolución 13437 de 1991, por el cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Se adoptó como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los Derechos de los Pacientes que posteriormente se establecieron en la Ley 100 en artículo 160.

El decreto 1011 del 2006, expedido por el Ministerio de Protección Social, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y en su artículo cuarto define como uno de sus componentes al “SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN”, el cual incluye un grupo de estándares transversales los cuales buscan que la organización tenga definida una política respecto a los derechos y deberes de los

pacientes, acorde al direccionamiento estratégico, los cuales deben ser difundidos y conocidos por todos en la organización.

¿Qué está pasando con la humanización actualmente?

La situación actual de la deshumanización de los servicios asistenciales en la salud, es un tema de interés que ha motivado la investigación para la organización de programas y políticas estratégicas de cómo hacer más humano este servicio al enfermo. En este sentido, el respeto, un sentir más humano y una actitud de hospitalidad más acogedora, es la práctica que hoy se exige en los servicios de la salud. Cuando se trata de asistir a la persona enferma que, siendo vulnerable ante la enfermedad, también sufre el dolor del rechazo, la indiferencia y la violación de sus derechos que afectan su dignidad humana, su bienestar, su calidad de vida y su existencia. La persona humana siempre estará en búsqueda de su sentido existencial, y hoy se desea vivir la existencia de un modo auténticamente humano.[17]

Humanizar los servicios asistenciales en el campo de la salud, es al mismo tiempo dignificar a la persona humana en su estado de enfermedad. La humanización es un resultado de la puesta en acción, en primer lugar, de la reflexión ética y bioética, que trata y exige la relación de las ciencias con el humanismo, y en segundo lugar, desde el ejercicio administrativo y hospitalario, teniendo en cuenta que, toda acción y decisión recae en el funcionamiento de las instituciones prestadoras de los servicios de salud.

En las instituciones, hoy, la humanización debe hacer parte de la misión, visión y objetivos generales, de las políticas administrativas, estratégicas, transversales, de sus códigos de buen gobierno, y sobre todo de los comités éticos y bioéticos. Todos estos procesos deben permitir un adecuado servicio para cuidar y velar que la asistencia a los enfermos sea con prontitud y respeto, hacer todo lo posible y necesario para la mejoría de la salud. Todo este modelo de humanización debe tener al enfermo como su centro, y cumplir con un derecho asistencial que, para que sea práctico y viable, como escribe Redrado [19] [citado en (17 p 49)], se necesita de una organización, de recursos económicos distribuidos equitativamente, y de un personal con una profunda vocación de servicio, formado y preparado en sus saberes, capaz de ofrecer al enfermo, desde el ejercicio de su profesión y su sentido humano, unos medios técnicos y necesarios para su pronta recuperación. Ese mismo servicio asistencial debe llevar una atención integral: conocer las necesidades reales de la persona enferma, implica conocer también su biografía, sus afanes, sus preocupaciones, sus angustias, etc. Esto hace que la asistencia se humanice y se dignifique. [17]

Algunas acciones y decisiones que se toman desde la administración en relación con los servicios asistenciales, se exigen desde su ámbito ético y bioético. Las instituciones pretenden que la humanización de la asistencia de los servicios en el campo de la salud, sea también un tema asumido con la responsabilidad ética administrativa; de ahí que, aparezca una política interna de atención humanizada al personal, tanto interno como externo, para regular la calidad y calidez de la atención y el servicio.

Así, para humanizar la administración demanda ser éticamente responsable en la toma, de decisiones y acciones. Por supuesto, los administradores no ponen en riesgo el buen funcionamiento de las instituciones a su cargo. Por dichas razones, humanizar una institución prestadora del servicio asistencial, y calificarla como éticamente responsable, implica velar y cuidar porque cada decisión y acción respete la dignidad, la calidad de vida y el bienestar de todos sus colaboradores y la de los enfermos, para no ser vulnerados por el incumplimiento de satisfacer sus necesidades. [17]

La humanización de los servicios asistenciales en la salud sigue siendo un problema y un reto que reclama ser incluido en la dinámica que las instituciones asistenciales ofrecen, ya que los servicios de la salud dejan insatisfechos a los enfermos, y ellos o sus familiares, reclaman por ser maltratados, por no ser atendidos con prontitud y respeto, porque sus derechos son violados, ignorados y porque la actitud, la indiferencia y la insolidaridad hacen más vulnerable su estado de enfermedad.

La humanización la concebimos como un imperativo ético para el Sistema, más allá de ser tan solo un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman.

El análisis de la situación de calidad y humanización de la atención, a partir del seguimiento a las personas y a la valoración de la percepción de la satisfacción de la atención, permite identificar vacíos de política, técnicos, administrativos y organizacionales, así como a los actores responsables de los mismos, facilitando el ejercicio de toma de decisiones basado en evidencia. Este proceso de análisis deberá llevarse a cabo en el marco de un espacio formal en el que participen los diferentes actores que intervienen en el proceso de Atención Integral en Salud, a nivel territorial o institucional según sea el caso. [20]

Servicio de ambulancia prepagada

Red Médica Vital S.A.S es una empresa de Servicio de Ambulancia Prepagado , guiado por su objetivo de prestar servicio de Atención Médica Domiciliaria 24

horas al día, 365 días al año, fundamentada en un trato digno y humano a los pacientes, con ambulancias medicalizadas , equipadas , con uso de GPS y Georeferenciación para conocer en tiempo real la localización de los equipos asistenciales para calcular así los desplazamientos, brindándole mayor comodidad y seguridad al paciente; una de sus metas es renovar el concepto del médico de familia, el médico “de la casa”.

La medicina en urgencias como se encuentra descrita en la literatura occidental la cual por registros se encuentra evidenciada en imágenes historias de carros ambulancias en el periodo griego y romano y posterior el sistema de recogida y transporte de pacientes creado por el ejército napoleónico, son los que marcan el inicio de esta práctica asistencial. [8] Dentro de los avances más significativos que tuvo la medicina extrahospitalaria fue en 1960 con el desarrollo de el masaje cardiaco descrito por Kouwenhoven y las maniobras de reanimación cardiopulmonar.

La primera ambulancia con desfibrilador portable fue puesta en marcha por Frank Pantridge en 1965 creando así la primera unidad de cuidados coronarios extrahospitalaria; EE. UU. y Europa posteriormente se dedican a la implementación de unidades asistenciales de todo tipo para la emergencia médica. En 1960 se reglamenta las normas para el personal paramédico y en 1962 se abre el primer curso de capacitación para técnicos en emergencias médicas en los Estados Unidos. [9]

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia SGSSS, se ha definido la atención prehospitalaria según el resolución 2003 de 2014 como: Al conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéuticas extrahospitalarias encaminadas a prestar atención en salud a aquella personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir complicaciones y los riesgos de invalidez o muerte, en el sitio de ocurrencia de un evento y durante su traslado hasta la admisión de un centro asistencial, que puede incluir acciones de salvamento y rescate.¹

La historia de la medicina prehospitalaria en Colombia inicia con la prestación de primeros auxilios y la Cruz Roja y la defensa civil eran los organismos encargados de atender en sitios extra institucionales los eventos catastróficos, ya fuera por desastres naturales o por accidentes, al inicio no existía un medio organizado para el traslado de pacientes, estos debían llegar por sus propios medios hasta los centro de atención hospitalaria, los primeros cursos que fueron dictados de primeros auxilios estuvieron a cargo de la Cruz Roja seccional Antioquia, posterior a esto se crea en enero de 1988 en Santiago de Cali por un grupo denominado G.E.R. (Grupo Especial de Rescate) el primer programa de

¹ Resolución 2003 de 2014

capacitación en atención prehospitalaria, con el que se obtenía el título de Paramédico Especialista. Posterior a esto el ministerio de Salud otorgó el permiso para que más instituciones de educación superior hicieran la formación en los Técnicos en atención Prehospitalaria. [10]

Red Médica Vital S.A.S. se protocoliza como empresa en junio de 2013, en Pereira. Los socios de la empresa y el personal directivo principal tienen experiencia previa como socios y directivos de otra empresa de Servicio de Ambulancia Pre-pagado. Sin desconocer la buena calidad y trayectoria de la otra empresa SAP que opera en Pereira y Dosquebradas, los socios y los directivos de Red Médica Vital consideran que existe espacio en el mercado y que se van a ofertar servicios con énfasis en la calidez y oportunidad.

3.2. MARCO REFERENCIAL

La mejora de la calidad necesita de la concurrencia sinérgica de todos los niveles de responsabilidad, y también de una sensibilización y formación básica para quienes desempeñarán servicios de salud, sin olvidar que el principal servicio es la atención clínica en amplio sentido.[23] Las fases del cambio para lograr la calidad son: convicción de la dirección, compromiso de la alta gerencia y de todo el personal y conversión de la cultura organizacional. [24]

Lo que se evalúa , se controla; Por eso, la evaluación de los indicadores de cumplimiento según las estrategia PAMEC, son la clave para darle seguimiento a la calidad organizacional ; “Un sistema de información, es un conjunto de procedimientos ordenados, que proporcionan información efectiva para apoyar la toma de decisiones y asegurar el control de la organización, por ende, el sistema de monitoreo constituye el eje central de los programas de garantía de calidad, al permitir evaluar comportamientos en el tiempo e identificar problemas oportunamente y realizar seguimiento a las actividades desarrolladas en cada servicio de salud”. [25]

Un sistema de información competente no basta por sí solo, debe ir acompañado de una cultura adecuada de generación, procesamiento, análisis y utilización de la información.[25]

Una de las mayores preocupaciones que afrontan los profesionales, gestores y usuarios de los sistemas de salud, es la humanización de los servicios de salud, tal y como lo plantean las diferentes normativas y documentos. La enfermedad y la atención de ésta constituyen hechos estructurales en toda sociedad; expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir.

La atención en salud implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir la intervención médica, el plan de cuidado de enfermería y/o de otros profesionales de la salud, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas. [22]

3.2.1. Plataforma Estratégica Red médica vital

MISIÓN

Red Médica Vital, será el modelo para seguir en atención médica prehospitalaria (Servicio de Ambulancia Prepagado) por la alta calidad de sus servicios. Satisfacer las necesidades de atención prehospitalaria de sus usuarios prestando sus servicios con énfasis en calidad y calidez, soportados por una organización institucional que busque continuamente la excelencia.

VISIÓN

Red Médica Vital, estará comprometida con la excelencia de la atención médica prehospitalaria, fundamentada en un trato digno y humano a nuestros pacientes y nuestro talento humano. Para 2016 Red Médica Vital será la empresa líder en prestación de Servicio de Ambulancia Prepagado en medianas y pequeñas ciudades.

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

Se entiende por principios Corporativos el primer instante de la existencia de algo, lo que se acepta en esencia, origen y fundamento. Son las bases o normas que deben existir en toda empresa, unidos a valores comunes y a una misión institucional, siendo claramente identificados se logrará el desarrollo organizacional, los principios adoptados por RED MÉDICA VITAL S.A.S. son:

Mejoramiento Continuo: La entidad aplicará todos los procedimientos técnicos instrumentos gerenciales que le permitan responder oportunamente a los cambios del entorno, contando con un personal comprometido en la búsqueda de resultados excelentes en su gestión, mediante el cumplimiento de sus deberes con competencia, diligencia y calidad.

Desarrollo del Talento Humano: Proceso mediante el cual Red Médica Vital crea las condiciones necesarias para que los Empleados tengan garantías para

el desempeño de sus funciones y competencias y se pueda tener un mejor desempeño laboral, como también se estima el rendimiento global del servidor o servidora en su puesto de trabajo.

Cumplimiento de la normatividad: Toda estrategia, programa y proyecto tiene como consideración fundamental el cumplimiento de todas las normas vigentes en todos los ámbitos de su actividad. Dentro de este principio se enmarcan los programas de Aseguramiento de Calidad y de Auditoría médica.

VALORES CORPORATIVOS

Se entiende por valor Corporativo todo lo favorable que tiene el ser humano y que permite su evolución y realización, es tomar conciencia de la importancia de los valores y propiciar su desarrollo. Los empleados de RED MÉDICA VITAL, se comprometen a orientar su trabajo bajo los siguientes valores corporativos:

PERTENENCIA: Considerar la empresa como propia por el cliente interno y por lo tanto asumir y afrontar sus éxitos y adversidades como un compromiso personal de satisfacción y mejora continua. La Pertenencia no se razona, se siente.

SOLIDARIDAD: Tomar como propios la Misión, Visión y los Objetivos Institucionales. Es la esencia tanto del trabajo en equipo eficiente y productivo como de una actitud proactiva frente a las necesidades de los usuarios. Alcanzar un objetivo en la búsqueda del bien común, mediante el acuerdo de voluntades y esfuerzos.

COMPROMISO: Involucrando al cliente interno con responsabilidad en los objetivos de la empresa, crear una actitud de servicio y colaboración para el logro de los objetivos empresariales.

RESPECTO: Reconocer el valor propio, el de las instituciones, leyes y normas, con el propósito de desempeñarnos en el mundo que nos rodea con optimismo y positividad.

HONESTIDAD: Actuar con rectitud e integridad, manteniendo un trato equitativo con todos nuestros semejantes. Transparencia en todos los procesos y actuaciones individuales y empresariales.

EFICIENCIA: Producir el máximo de resultados con calidad, optimizando los recursos humanos, técnicos y administrativos.

CONFIANZA: Reafirmar la credibilidad personal e institucional a través de su construcción colectiva.

TOLERANCIA: Tener la capacidad y habilidad de aceptar y manejar las maneras de actuar, pensar y sentir de los demás.

LEALTAD: Compromiso implícito de actuación solidaria y comprometida en la búsqueda de objetivos comunes, aplicable tanto al cliente externo como al interno.

ÉTICA: Todas las actuaciones empresariales de Red Médica Vital, en todos los campos, se enmarcarán dentro de la ética y estos valores corporativos.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO.

El Direccionamiento Estratégico garantiza el logro de la Visión, el cumplimiento de la Misión y la efectiva vigencia de los Principios Corporativos. En su conjunto representan las Áreas en las cuales se concentrarán la atención y las acciones de la Empresa y en las cuales se dedicarán los esfuerzos y los recursos.

Red Médica Vital, está organizada en diferentes áreas básicas: Dirección, Servicio al Cliente, Comercial, Talento Humano y Operativa.

Área de Dirección

Es la encargada de los procesos destinados a dirigir, orientar y tomar decisiones en la Empresa, en función del cumplimiento de la misión y el logro de la visión. Los procesos básicos de esta área es dirigir y conducir la Institución, involucrando las acciones que conduzcan a decisiones efectivas, tanto estratégicas como tácticas, traducidas en acciones concretas y posibles, que permita prestar servicios con calidad, eficiencia y efectividad.

El área de Dirección es responsable de identificar las necesidades esenciales y las expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir las estrategias del servicio, organizar y asignar recursos y adoptar normas de eficiencia y calidad, controlando su aplicación en la gestión institucional dentro del marco jurídico vigente.

En Red Médica Vital el área administrativa es igualmente área financiera y en general participa del desarrollo de la Empresa, según los parámetros del presupuesto general y llevando los controles respectivos de cada área, Aporta los conocimientos para la planeación contable de la institución, elaborando el plan de ingresos y de egresos general y velando porque el plan anual de caja se cumpla.

Dentro de los procesos responsabilidad del Área Administrativa se deben resaltar los de coordinar, ejecutar y controlar las actividades contables, financieras, presupuéstales y de pagaduría, de conformidad con las políticas de

la Empresa y las disposiciones legales vigentes; el de planear, organizar, coordinar y ejecutar los programas selección, promoción, capacitación, inducción, desarrollo, evaluación y bienestar social del personal que labora en la institución y de velar por el cumplimiento de las normas legales y reglamentarios en materia de administración de personal; el de atender las actividades relacionadas con la adquisición, almacenamiento y suministro de los elementos, materiales y equipos que requieran las diferentes dependencias.

Área de Servicio al Cliente.

Esta área comprende las acciones orientadas a asegurar al cliente/usuario la satisfacción en sus relaciones con Red Médica Vital. Comprende la atención, seguimiento y evaluación, desde esta perspectiva, de todos los procesos que involucren al cliente externo, buscando siempre una relación armónica y equitativa. Esto incluye de manera importante la recepción, trámite y respuesta de todas las quejas que pudiesen presentarse. Otro objetivo importante es la fidelización del cliente, buscando valores agregados que se puedan ofrecer como adición dentro de los servicios contratados. Igualmente, Servicio al Cliente en Red Médica Vital funciona como defensor del cliente interno, ayudando en la construcción y consolidación de la cultura y el tejido empresarial.

Área Comercial.

Comprende todas las actividades dirigidas a la promoción y captación de usuarios, y participa activamente de su fidelización. Incluye en conjunto con la Presidencia el direccionamiento eficiente y ágil de las políticas de mercadeo y ventas. Da énfasis a la correcta información y educación del usuario potencial sobre los beneficios, alcances y limitaciones del servicio ofertado, iniciando de esta manera una relación empresa-usuario basada en la transparencia y honestidad. Es responsable de ejecutar sus objetivos con estricta observancia de la ética y de los principios de sana competencia comercial. Es responsable de reclutar y capacitar adecuadamente a los asesores comerciales.

Talento Humano

La administración del Talento Humano consiste en la planeación, organización, desarrollo y coordinación, así como también como control de técnicas, capaces de promover el desempeño eficiente del personal, a la vez que el medio que permite a las personas que colaboran en ella alcanzar los objetivos individuales relacionados directamente o indirectamente con el trabajo.

Esta área comprende todos los aspectos de la relación entre la empresa y sus clientes internos. Si bien es responsable de los procesos de reclutamiento,

captación, contratación y relaciones laborales con el cliente interno, en Red Médica Vital se da igual importancia a la creación y consolidación de un excelente tejido y cultura empresarial. Su filosofía básica está orientada más a la capacitación y al buen ajuste laboral que a las acciones punitivas, presuponiendo siempre la buena fe y el compromiso.

Área Operativa

Es el área directamente encargada de la prestación directa del servicio y de los procesos necesarios que deben cumplirse antes, durante y después de la atención médica. De esta manera tiene injerencia y debe actuar coordinadamente con otras áreas para asegurar la suficiencia del equipo humano, farmacológico, tecnológico y vehicular ante las necesidades del servicio.

PORTAFOLIO DE SERVICIOS

Red Médica Vital es una empresa conformada con el objetivo de prestar Servicio de Ambulancia Prepagado de acuerdo con la normatividad vigente y aplicable, siendo esta una actividad vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud.

El Servicio de Ambulancia Prepagada (SAP) es una modalidad de medicina prepagada cuyo ámbito de acción es la atención prehospitalaria. El servicio de Ambulancia Prepagada se encuentra definido y reglamentado principalmente por el Decreto 1570 de 1993 de la Presidencia de Colombia, el Decreto 1486 de 1994 de la Presidencia de Colombia, el Decreto 800 de 2003 del Ministerio de la Protección Social, el Decreto 308 de 2004 de la Presidencia de Colombia y la Circular Externa 047 de 2007 de la Superintendencia de Salud (Circular Única). Estos y otros adicionales definen lo relativo al servicio a prestar, la modalidad de prepago y la organización general y particular de las empresas que lo van a prestar.

Descripción del Portafolio de Servicios

El Servicio de Ambulancia Prepagado tiene pues como ámbito de acción la prestación de la atención prehospitalaria y es definida genéricamente en la Circular Externa 047 (Circular Única) como:

“2. Atención prehospitalaria. Es el conjunto de acciones y procedimientos extrahospitalarios, realizados por personal de salud calificado, a una persona limitada o en estado crítico, orientadas a la estabilización de sus signos vitales, al establecimiento de una impresión diagnóstica, y a la definición de la conducta médica o paramédica pertinente o su traslado a una institución hospitalaria.”

En la práctica, además de cumplir con estos preceptos, la atención prehospitalaria tiene un concepto más amplio para involucrar adicionalmente la atención prehospitalaria de Urgencias de menor complejidad que no necesariamente implican que el paciente objeto de la atención se encuentre en un estado crítico o requiera el traslado a una institución hospitalaria, pero se benefician de la atención médica oportuna, son urgencias de menor complejidad o diferibles. Tiene como efecto indirecto disminuir la carga asistencial de las IPS y otras instancias institucionales del sistema general de salud.

Estos servicios se prestan por parte de médicos graduados con cursos adicionales en temas específicos de atención médica crítica y prehospitalaria, entrenamiento en APH (Atención Prehospitalaria), Soporte Básico y Avanzado de Vida y otros pertinentes; enfermeras o tecnólogos en atención prehospitalaria igualmente con entrenamientos similares a su nivel; y conductores calificados con capacitación en temas de primeros auxilios y asistencia a la atención prehospitalaria.

Estos recursos humanos se desplazan en ambulancias medicalizadas (TAM) para situaciones de emergencia y urgencia y en ambulancias de transporte básico (TAB) para traslados y atención de situaciones médicas de menor complejidad. Estas ambulancias cumplen con los requisitos de la NTC 3729 revisión cuarta y de la Circular Única (anexos técnicos) para cada una de estas tipologías y los consignados en la Resolución 1441 de 2013 del Ministerio de la Salud y Protección Social.

RED MEDICA VITAL contará inicialmente con 2 ambulancias tipo TAM de acuerdo con lo dispuesto en el Decreto 800 de 2003. Se dispone de recursos adicionales farmacológicos y algunos exámenes de especial pertinencia para este tipo de atención como, por ejemplo, pero no exclusivamente, electrocardiogramas, glucómetros y pulso-oxímetros entre otros.

Se trata de un servicio prehospitalario, comprendiendo este término, cualquier ubicación geográfica dentro de un área de cobertura en las zonas urbanas, y no únicamente la residencia habitual del usuario. Esta área de cobertura es determinada primordialmente por capacidad de respuesta en tiempo para situaciones de emergencia determinados por distancia y accesibilidad. Esta Área de Cobertura es informada a la Superintendencia de Salud, forma parte integral del contrato de afiliación, estará disponible por medios digitales y físicos para los usuarios, y podrá modificarse de acuerdo con el crecimiento de la empresa y las necesidades del servicio.

El servicio se presta 24 horas al día, 365 días al año, excepto obvias excepciones por razones de fuerza mayor, orden de autoridad, calamidad pública y/o situaciones anómalas de orden público; climático o ambiental. Estos servicios se prestan a personas de cualquier edad, con excepción y exclusión expresa de neonatos. Es requisito para su afiliación pertenecer al Sistema Contributivo.

Para solicitar y obtener el servicio de atención prehospitalaria, el usuario en goce de sus derechos contractuales u otro en su nombre debe comunicarse con una central de atención de solicitud de servicio y despacho de la empresa por medios telefónicos fijos o celulares, ampliamente publicados e informados a los usuarios.

El servicio, una vez se entre en contacto físico con el usuario, comprende las siguientes posibilidades: 1) Reconocimiento e impresión diagnóstica de las solicitudes de servicio; 2) atención prehospitalaria de acuerdo a su clasificación y complejidad que puede progresar a : i) estabilización, superación de la situación aguda de afectación de la salud en el domicilio, o ii) atención pre-hospitalaria y traslado a instituciones de salud IPS de acuerdo a la complejidad, urgencia y/o EPS de afiliación del usuario, para su tratamiento, iii) relevado de la atención por otro médico a solicitud de familiares o responsables directos, iv) alta voluntaria del usuario, o v) muerte del paciente. El servicio se inicia con la solicitud y termina cuando se cumple alguna de las opciones anteriores.

No se aplican copagos, cuotas moderadoras, preexistencias, con excepción expresa de neonatos.

Las relaciones empresa-cliente están reguladas por un contrato pecuniario cuya carátula y clausulado son aprobados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud.

El Objeto Social principal es por tanto la prestación del Servicio de Ambulancia Prepagado. No obstante, dentro del objeto social general se contemplan otras opciones de prestación de servicios relacionados con salud que no corresponden a prepago y todas aquellas actividades comerciales que permitan el normal y adecuado desarrollo de la empresa y su interacción con su entorno.

Usuarios

Podrá ser afiliado (consumidor) cualquier persona sin limitación de edad, con excepción expresa de neonatos, que desee contar con el Servicio de Ambulancia Prepagado de la Empresa, dentro de los límites de su área de cobertura, bajo las modalidades de contratación disponibles. Por razones legales el afiliado debe pertenecer al sistema contributivo del Sistema General de Seguridad Social y por su condición de prepago, el mercado objetivo se orienta a consumidores con capacidad de pago que cumplan las premisas anteriores.

PLANEACIÓN OPERATIVA

Plan de gestión general

Son acciones y actividades derivadas de la función diferenciadora de la dirección y gerencia, se caracterizan porque a través de ellas se operacionaliza y se ejecuta directamente la misión institucional. Se materializan con el seguimiento al

desarrollo estratégico de la entidad, el análisis financiero, operacional y presupuestal de la misma y con el seguimiento al comportamiento en el mercado de la prestación de servicios de salud, la aplicación del Sistema de Control Interno y la garantía de una adecuada unidad de intereses de la entidad. En el Plan de Gestión para el desarrollo de la Gerencia Estratégica, se plantean seis (6) objetivos, con los cuales se aspira a dirigir la empresa y coordinar el cumplimiento de su Misión: prestar servicios de salud oportunamente, con calidez y calidad.

Primer objetivo

Consolidar un sistema de gerencia por procesos.

Estrategias

1. consolidando el sistema de planeación y administración por procesos.
2. Implantando la cultura de la Gerencia por procesos.
3. Generando y evaluando indicadores de gestión.

Segundo objetivo

Gestionar el fortalecimiento Financiero y Administrativo de Red Médica Vital, para alcanzar un equilibrio operacional mediante la optimización de sus recursos físicos, financieros y su talento humano.

Estrategias

1. Desarrollando un proceso de evaluación permanente de costos por producto y servicio.
2. Implementando un sistema automatizado de costos confiable y oportuno.
3. Capacitando a todos los empleados y trabajadores pertinentes en los temas relacionados con la facturación de servicios y captura de la información.
4. Fortaleciendo el proceso de gestión de cartera mediante la depuración permanente y el cobro oportuno de la misma.

Tercer objetivo

Fortalecer todos los sistemas de control interno, de aseguramiento de calidad de prestación de los servicios y de auditoría médica.

Estrategias

1. Implementando los modelos de control interno, calidad y auditoría médica, según la normatividad correspondiente.
2. Capacitando a todo el personal sobre estos temas de control interno favoreciendo la cultura del autocontrol.

3. Creando mecanismos de evaluación permanente para el mejoramiento de los sistemas de control y cumplimiento de la normatividad.

Cuarto objetivo

Fortalecer el sistema de información de la entidad.

Estrategias

1. Desarrollando un sistema de información integrado que involucre las dependencias y servicios, permitiendo brindar información confiable, oportuna e integral.
2. Desarrollando un sistema de recolección evaluación y análisis permanente de la Información generada por la entidad.
3. Capacitando a todo el personal en informática y en desarrollo de procesos de información.
4. Evaluando mensualmente los Centros de costos y la situación financiera de la entidad.

Quinto objetivo

Desarrollar una estrategia de mercadeo encaminada a implantar la imagen institucional.

Estrategias

1. Creando y fortaleciendo la imagen corporativa de la empresa (logo, slogan, etc.).
2. Fortaleciendo los servicios rentables de la empresa.
3. Generar respuestas eficientes y ágiles frente a las condiciones del mercado.

Sexto objetivo

Crear un excelente ambiente organizacional, mediante el fortalecimiento de su talento humano, para crear una cultura organizacional fuerte y hacer de Red Médica Vital un lugar excelente de trabajo.

Estrategias

1. Estimulando el desarrollo personal y profesional del talento humano de todas las áreas, a través de los programas de capacitación, inducción-re inducción, bienestar social, estímulos laborales.
2. Estableciendo mecanismos de participación de los trabajadores en la evaluación de los servicios, evaluación de costos, detección de riesgos y estrategias de mejora.
3. Mejorando continuamente las competencias del talento humano mediante un programa permanente de capacitación.
4. Desarrollando el sistema de comunicación Organizacional.

Plan de gestión de la prestación del Servicio de Ambulancia Prepagado

La Gestión de la Prestación del Servicio de Ambulancia Prepagado es la relacionada con el conjunto de procesos orientados a la prestación de servicios a los usuarios, en concordancia con su nivel de complejidad, alcances y limitaciones del servicio definidos legal y contractualmente. Se materializan con el seguimiento a la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud con enfoque en seguridad al paciente y de Auditoría Médica.

Objetivo

Cumplir con los estándares definidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud SOGCS.

Estrategias

1. Verificando y manteniendo las condiciones de habilitación.
2. Diseñando, elaborando e implementando todos los documentos, manuales, planes y programas que exige el sistema único de habilitación, para los procesos asistenciales ofrecidos por la empresa.
3. Implementando los comités de obligatorio cumplimiento y otros que se consideren necesarios y pertinentes.
4. Capacitación continuada.

4.3. MARCO CONCEPTUAL

Definición de Calidad

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. (art. 2.5.1.1.3. decreto 780 de 2016).

Empresas Administradoras de planes de Beneficios

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

Definición de Servicio

Se define como “el producto primordial” de calidad y confiabilidad en la atención, que busca la satisfacción total del cliente, este tiene unos principios u objetivos que deben cumplirse para hablar de un servicio de “Alta Calidad”, los cuales [12] son: La accesibilidad, la oportunidad, La seguridad, Pertinencia, Continuidad y la satisfacción del usuario. Esta es la razón por la cual se indica la importancia de la auditoría debido a que con ella es la manera adecuada para verificar cada uno de estos ítems y tener claro que se cumplan a cabalidad y que si alguno no se encuentra dentro de los estándares se inicien procesos de mejora para obtener un servicio seguro, con buenas prácticas, costo- efectivo y que responda a las necesidades del usuario y en que en lo ideal supere sus expectativas de atención.

Funciones del PAMEC

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

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. [12]

Humanización

Humanizar es un verbo activo y transitivo que significa «hacer humano», ayudar a los demás a ser humanos, ayudarles a realizar sus propios objetivos. Desde esta óptica, la enfermedad y su proceso de cuidado y atención pueden llevarse a cabo. «Humanizar» la salud alcanza su máximo sentido cuando la persona, en

su estado de vulnerabilidad dado por la enfermedad, y dada la dificultad intrínseca para vivir humanamente, necesita de una asistencia. [17]

La palabra humanizar y el concepto de humanización tienen una pluralidad de definiciones, e incluso aquel significado que se pudiese aceptar como correcto, queda a la discusión. Todas las definiciones de esta categoría aportan a comprender su ejercicio en el campo de la salud; por ello, toda reflexión de la humanización y de cómo humanizar corresponderá al objetivo de dignificar al ser humano, sobre todo en su estado vulnerable de enfermedad. Para terminar, vale traer una definición: «humanizar una realidad quiere decir hacerla digna del hombre, es decir, coherente con unos valores que el hombre siente como peculiares e inalienables. Si en nuestra sociedad contemporánea se siente cada día más la necesidad de hablar de humanización del servicio al enfermo, si se insiste en este término y en la realidad que sustenta, quiere decir que seguramente será necesario intervenir para mejorar la calidad humana de la asistencia y para que la dignidad humana de quien sufre no se sienta herida» [17]

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, *“La humanización es concebida como un imperativo ético para el Sistema de Salud, y no solamente como un atributo del servicio, producto o información, de cada una de las organizaciones o actores que lo conforman”* [21]

Si hay algo que pone de acuerdo a la mayor parte de los investigadores y analistas de la humanización de la salud es que el significado de este genitivo (salud) no se reduce a una mera ausencia de enfermedad. La salud tiene un sustento antropológico consolidado que la hace referir a toda la realidad humana y de esta manera se reflexiona sobre la integralidad del ser humano. La reflexión y la sistematización sobre la humanización de los servicios asistenciales en el campo de la salud, no constituye un discurso y una praxis reciente; hoy se argumenta desde los diferentes saberes, disciplinas y ciencias del conocimiento, que se han ido articulando a partir de las investigaciones para reflexionar y sustentar la humanización de la salud. [17]

4.3.1. Palabras Clave

Quality of health care, Patient safety, Humanization of Assistance, Quality management, quality assurance, healthcare quality assessment.

4.4. Marco legal

Leyes	Descripción
Ley 23 de 1981	<p>Por la cual se dictan normas en materia de Ética Médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modificado por el Decreto 19 de 2012, publicado en el Diario Oficial No. 48.308 de 10 de enero de 2012, "Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública" - Modificada por el Decreto 131 de 2010, publicado en el Diario Oficial No. 47.599 de 21 de enero de 2010, "Por medio del cual se crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones". Decreto expedido bajo el estado de emergencia social decretado mediante el Decreto 4975 de 2009. INEXEQUIBLE.
Ley 100 de 1993	Se crea el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, se indican que los planes de beneficios están creados en cinco ejes de políticas, promoción de la salud y calidad de vida, prevención de riesgos, vigilancia en salud, plan de salud pública.
Ley 872 de 2003 (Ley derogada y; actualizado por Decreto 1499 de 2017)	<p>Donde se creaba el sistema de Gestión de la Calidad teniendo como base fundamental el diseño de indicadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ley derogada de acuerdo a lo dispuesto en el inciso final del Artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, con la expedición del Decreto 1499 de 2017> Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país" - Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión.
Decreto 4110 de 2004	Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.
Decreto 1011 de 2006	Se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud (SOGCS); que define normas, requisitos, mecanismos y procesos desarrollados en el sector salud para mantener y mejorar la calidad de servicios en salud y define a los prestadores de servicios en salud como la vía de acceso los cuales deben brindar atención con calidad

	y mínimos riesgos, así como los estándares para realizar los procesos con la mayor calidad.
Resolución 1043 de 2006	Se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementación del PAMEC
Primeras guías 2007	Se protocolizan las guías para la habilitación y acreditación en salud para los prestadores de servicios de salud.
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.(Metas e indicadores de resultados en salud que incluyan a todos los niveles de gobierno, instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema)
Resolución 2003 de 2014	Se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Adopción del manual de prestadores de servicios de salud, específica las condiciones de habilitación. Y se establece el sistema único de habilitación.
Resolución 123 de 2012 (Resolución derogada y; actualizado por el Artículo 14 de la resolución 2082 de 2014)	<p>Establece los manuales y estándares para la acreditación.</p> <p>< Resolución derogada, salvo el anexo técnico 1, y el manual adicionado por la Resolución 123 de 2012, por el artículo 14 de la Resolución 2082 de 2014 > < Artículo modificado por el artículo <u>1</u> de la Resolución 123 de 2012. El nuevo texto es el siguiente: Para efecto que el ente acreditador evalúe el nivel de calidad en la atención alcanzada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Direcciones Territoriales de Salud, se adoptan los manuales de estándares que se señalan a continuación:</p> <p>1. Manual de Estándares de Acreditación para las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -</p>

	<p>EAPB.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Manual de Estándares de Acreditación para los Laboratorios Clínicos. 3. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de Imagenología. 4. Manual de Estándares de Acreditación para las Instituciones que ofrecen servicios de salud de Habilitación y Rehabilitación. 5. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario.
<p>Decreto 780 de 2016</p>	<p>Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social</p> <p>(Modificado por el Decreto 2265 de 2017, Decreto 2228 de 2017, Decreto 1848 de 2017, Decreto 1765 de 2017, Decreto 1297 de 2017, Decreto 923 de 2017, Decreto 866 de 2017, Decreto 762 de 2017, Decreto 718 de 2017, Decreto 613 de 2017, Decreto 294 de 2017, Decreto 2152 de 2016, Decreto 2117 de 2016, Decreto 2083 de 2016, Decreto 1990 de 2016, Decreto 780 de 2016, Decreto 1937 de 2016, Decreto 1829 de 2016, Decreto 1550 de 2016, Decreto 1495 de 2016, Decreto 1427 de 2016, Decreto 1370 de 2016, Decreto 1184 de 2016).</p> <p>-Simplifica todas las normas existentes en el sector salud.</p> <p>Para el caso del presente trabajo se deben tener en cuenta, las cuales no han sido modificadas desde su expedición a la fecha:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art. 2.2.4.1.1.1. Aplica a las entidades de medicina prepagada que adicional incluyan el transporte de pacientes en ambulancia y/o la atención prehospitalaria, que dentro de su modalidad de servicio contemple los sistemas de prepago. - Art. 2.2.4.1.1.4. Denominación social; a la razón social o a la denominación social de las entidades de transporte de pacientes en ambulancia prepago se deberá adicionar la expresión de servicio de ambulancia prepago (Art. 18 de Decreto 1486 de 1994). - Art. 2.2.4.1.1.5. Objeto Social. El objeto social de las

	<p>entidades que presten servicio de ambulancias prepagado será la gestión para la prestación de servicios de transporte de pacientes en ambulancia bajo el sistema de prepago de forma directa o en las modalidades autorizadas según lo especifica la presente sección.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Art 2.2.4.1.1.8. Desarrollo de la atención. Deberán suministrar información sobre el desarrollo de su objeto social, la ubicación de sus unidades a cubrir, con el fin de verificar su cumplimiento de las cláusulas estipuladas y que la atención al usuario es oportuna, eficaz, eficiente y de calidad.
Resolución 256 de 2016	Se reglamenta el sistema de información para la calidad en salud con los respectivos indicadores de monitoreo para la misma
Circular 012 de 2016	De la superintendencia de salud que realiza adiciones, eliminaciones y modificaciones a la Circular 047 de 2007 (Circular Única) en lo relacionado con el programa de PAMEC (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en salud), determinadas para los sistemas de información e indicadores de calidad.

5. METODOLOGÍA

5.1. Tipo de diseño

El presente es un estudio descriptivo retrospectivo observacional de corte transversal que busca establecer un diagnóstico posterior a la realización de la Auditoria del Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad, PAMEC de la empresa de ambulancia prepagada RED MÉDICA VITAL en la ciudad de Pereira, Risaralda dentro del primer semestre del año 2018.

5.2. Población y muestra

El universo de muestra es de 41 empleados, se tomaron aquellos que trabajaran en la empresa de ambulancia prepagada RED MÉDICA VITAL en la ciudad de Pereira , Risaralda desde hace más de tres meses , de acuerdo a esta información se aplica el instrumento arrojando los siguientes datos:

Tamaño de muestra: : 41 empleados

- La prueba piloto se realizó en la Clínica Odontológica Corpodent Norte en la ciudad de Armenia, Quindío con un universo de muestra de 5 empleados.

5.3. Marco Muestral

Corresponde al instrumento aplicado a los empleados o colaboradores a los Aplicación del instrumento por medio de las encuestas realizadas a los empleados que laboran desde hace tiempo en la servicio de la empresa de ambulancia prepagada RED MÉDICA VITAL en el primer trimestre de año 2018.

5.4. Unidad de Análisis

Cada una de las encuestas aplicadas al personal de la empresa.

5.5. Criterios de inclusión

Ser empleado de la empresa Red Médica Vital

5.5. Criterios de exclusión

Se excluyó de esta investigación el personal que llevaba laborando menos de 3 meses en la empresa.

5.7 Variables (ver anexo 1)

5.8. Plan de análisis

Se analizaron las variables de tipo descriptivo, realizando un univariado con la información encontrada en las encuestas. Se utilizaron medidas de estadísticas descriptiva en el programa Epi info 7.2 de versión libre para el área de la salud de la salud

5.8.1. Recolección de datos:

-Se solicitó estadísticas indicadores y últimos reportes del PAMEC al encargado de esto en la empresa para realizar un diagnóstico sobre el estado actual del PAMEC y sus planes de mejora.

- Se utilizó como instrumento auditable las listas de chequeo generadas por el Ministerio de Salud Colombiano donde se indican todos los estándares evaluables y auditables en el PAMEC (Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud), componente de habilitación y acreditación en salud.

-Se realizó en conjunto con la alta gerencia de Red Médica Vital , la revisión de la ruta crítica del PAMEC obteniendo procesos a priorizar y un plan de mejoramiento para desarrollar en los próximos año; de esta evaluación se eligió los indicadores relacionados con el talento humano y clima organizacional .

-Se realizó la evaluación de la percepción del personal frente al clima organizacional y humanización del servicio, utilizando un instrumento validado el cual nos permite evidenciar la percepción de la satisfacción del cliente interno con la labor desarrollada y en base a ello formular un plan de mejoramiento.

- La información recolectada en las encuestas durante el primer trimestre del 2018 se construyó en EPIINFO 7.2 para su posterior análisis.

5.8.2. Validez de los Instrumentos:

-La validez del instrumento para evaluar la ruta crítica del PAMEC se encuentra ya realizado, declarado y aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Colombiano.

-La validez del instrumento para evaluar la percepción del personal frente a la humanización del servicio y el grado de satisfacción en el personal de área operativa de Red Médica Vital se encuentra validado por??

5.8.3. Tabulación de los datos:

El grupo investigador, realizó una base de datos en EPIINFO 7.2, alimentando los instrumentos elaborados por el grupo.

5.8.4. Pruebas estadística

Se aplicará estadística descriptiva y univariado

5.9. Presentación de la información (ver anexo)

5.10. Compromiso Bioético

Los investigadores se comprometen a cumplir con lo establecido en la resolución 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

5.11. Compromiso medioambiental

Los investigadores se comprometen a salvaguardar las normas medioambientales nacionales e internacionales, cuidando el entorno, haciendo mínimo uso de papel y utilizando medios magnéticos para la información.

5.12. Responsabilidad social

A través de los años se han creado muchas leyes, decretos, artículos y demás, que le han dado forma al sistema de salud colombiano, con el fin de prestar un servicio con calidad, por lo cual se crea la necesidad de Realizar auditoría a los procesos que requieren actualización de mejora continua del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad en la EAPB Red médica Vital en la ciudad de Pereira con el fin de lograr el uso eficiente de los recursos que se brindan cautivando así la satisfacción del paciente como las expectativas, peticiones pero sobre todo la seguridad del paciente.

5.13. Población beneficiada

La auditoría realizada, pretende beneficiar tanto a los trabajadores, profesionales de la salud y pacientes de la Empresa Red Médica Vital, Sede Pereira, Risaralda para así generar actualización del plan mejora continua del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad en la EAPB de dicha institución, enfocado en la política de humanización del servicio.

5.14. Aspectos administrativos.

5.14.1. Cronograma de Gantt (Anexo 4).

5.14.2. Presupuesto. (Anexo 5)

5.15. Difusión de resultados.

Los resultados de la investigación se expondrán en una socialización en la institución investigada, un evento académico en la fundación universitaria del área Andina, Sede Pereira Risaralda al terminar la especialización y en la Empresa de atención médica domiciliaria Red Médica Vital de la ciudad de Pereira Risaralda.

Anexo 1. **Operalización de Variables.** (adjuntar)

Objetivos	Conceptos	Definición	Variables	Definición	Nivel de medición	Indicadores
Realizar diagnóstico del PAMEC	Diagnóstico	Recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite	Alcance del mejoramiento continuo de la calidad.	Escrito incorporado en el documento PAMEC donde se	Nominal	0= Cumple 1= No cumple.

		evaluar una condición.		evidencie el alcance y propósito del mejoramiento continuo de calidad emprendido por la empresa.		
	PA ME C	Mecanismo sistemático y continuo de evaluación de cumplimiento de estándares de calidad	Duración de la implementación del PA ME C	Periodo de implementación y duración del PA ME C debidamente documentado.	Nominal	0= cumple 1= No cumple
			Aut o e v	En f o q u	No m i n	0= C u

		comple mentario s a los que se dete rmin an básicos.	alua ción	e es el sist ema único de acre dita ción , con todo s los está nda res y for mat os par a la reali zaci ón de esta .	al	mpl e 1= No cum ple
			Res ulta do de las audi torí as inter nas que reali za la IPS.	Prin cipa les hall azg os en las audi torí as reali zad as en el peri odo	No min al	0= Cu mpl e 1= No cum ple
			Res ulta do de	Prin cipa les hall	No min al	0= Cu mpl e

			las audi toria exte rnas	azgos en las audi torías reali zadas en el peri odo		1= No cum ple
			Res ultado de la gest ión de com ités insti tucional es a parti r de sus plan es de acci ón	Evid enci a del anál isis de la gest ión de los com ités insti tucional es	No min al	0= Cu mpl e 1= No cum ple
			Anál isis de los resu ltados de los indi cadores regl amentari	Evid enci a del anál isis del resu ltado de los indi cadores	No min al	0= Cu mpl e 1= No cum ple

			os y de los institucionales que reflejen el estado de los mismos frente a los estándares o metas definidas.			
			Análisis de la escucha de la voz del cliente que arroja resultados sobre el impacto	Evidencia de los análisis de la voz del cliente.	Nominal	0= Cumple 1= No cumple

			en el usuario y su familia			
		Procesos para mejorar	La entidad debe contar con una evidencia del listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico	Listado de procesos a mejorar	Nominal	0= Cumple 1= No cumple

			ico o auto eval uaci ón reali zad a en el prim er pas o de la ruta críti ca del PA ME C			
		Prio riza ción de proc eso s	Se deb e evid enci ar la prio riza ción de opo rtuni dad es de mej ora mie nto de la cali dad	Instr ume nto técni co con la prio riza ción de opo rtuni dad es de mej ora mie nto for mul ada s en la auto eval uaci	No min al	0= Cu mpl e 1= No cum ple

				ón.		
			Evidenciar una metodología válida para la priorización de procesos, como matriz de factor crítico de riesgo	Metodología válida y aplicada para la priorización de procesos.	Nominal	0= Cumple 1= No cumple
		Definición de la calidad esperada	Evidenciar donde se espera llegar con la impl	Definición explícita del nivel al que se espera alca	Nominal	0= Cumple 1= No cumple

			eme ntac ión del PA ME C en la vige ncia	nzar en cad a uno de los alca nce s defi nido s por el PA ME C		
		Cali dad obs erva da	List ado de audi torí as plan ead as en vige ncia del PA ME C	List ado de las audi torí as inter nas a reali zars e en el peri odo del PA ME C	No min al	0= Cu mpl e 1= No cum ple
			Evid enci an gra dual de la impl eme ntac ión de las	Info rme de las audi torí as reali zad as fren te a las	No min al	0= Cu mpl e 1= No cum ple

			audi toria s plan ead as con iden tific ació n de hall azg os y opo rtuni dad es de mej ora mie nto reco men dad as.	plan ead as		
		For mul ació n de los plan es de mej ora mie nto	Evid enci a doc ume ntal de la for mul ació n de plan es de mej ora mie nto tend ient es a alca nzar	Pla nes de mej ora mie nto for mul ado s.	No min al	0= Cu mpl e 1= No cum ple

			la calidad esperada.			
		Implementación de planes de mejoramiento	Evidencia documental de la implementación de los planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada	Implementación de las acciones de mejora para alcanzar la calidad esperada.	Nominal	0= Cumple 1= No cumple
		Evaluación de la ejecución de los planes de mejoramiento	Evidencia documental del seguimiento realizado o a	Evidencia documental del seguimiento realizado o a	Nominal	0= Cumple 1= No cumple

		<p>ora mie nto par a alca nzar la cali dad esp era da</p>	<p>la ejec ució n de las acci one s de mej ora mie nto doc ume ntad as en los plan es de mej ora mie nto for mul ado s par a alca nzar la cali dad esp era da.</p>	<p>la ejec ució n de las acci one s de mej ora mie nto doc ume ntad as en los plan es de mej ora mie nto for mul ado s par a alca nzar la cali dad esp era da. Incl uye el seg uimi ento des de el auto cont rol y</p>	
--	--	---	--	--	--

				de auditoría interna. Se maforización del cumplimiento de los planes de mejoramiento.		
		Apr endi zaje org aniz acio nal	Doc ume nto que evid enci e el anál isis de la ejec ució n del PA ME C, lueg o de final izad o el peri odo de impl	Doc ume nto de anál isis de las acci one s que deb en esta nda rizar se en la enti dad	No min al	0= Cu mpl e 1= No cum ple

			<p>ementación definido , con el fin de identificar las acciones que deben estandarizarse en la entidad</p>			
<p>Revisar la documentación para el desarrollo de indicadores de calidad .</p>	<p>Indicadores</p>	<p>Medidas estadísticas de desempeño institucional , reportados por los Prestadores de Ser</p>	<p>Efectividad</p>	<p>Involucra la eficiencia y la eficacia , es decir el logro de los resultados programados en</p>	<p>Nominal</p>	<p>0= Cumple 1= No cumple</p>

		<p>vicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio en cumplimiento de lo ordenado por la Resolución 1446 de 2006 brindan la información más actualizada que está disponible</p>		<p>el tiempo y con los costos más razonables posibles. Supone hacer lo correcto con gran exactitud y sin ningún desperdicio de tiempo o dinero.</p>		
			Experiencia en la atención	Evalúan la medida en la cual la atención en salud ha	Nominal	0= Cumple 1= No cumple

		<p>le en fuentes de datos de dominio público.</p>		<p>satisfecho las percepciones del usuario y esto ha generado lealtad en éste (tasa de satisfacción, proporción de quejas resueltas, percepción de la efectividad y la calidad)</p>	
--	--	---	--	---	--

			Gestión del riesgo	Caracterización poblacional, y análisis de las amenazas, las vulnerabilidades y el nivel de riesgo de emergencias y desastres que afectan la salud de la población (Caracterización de la mor	Nominal	0= Cumple 1= No cumple

				bilidad, caracterización de mortalidad, caracterización de los determinantes sociales, caracterización territorial y demográfica, estructura demográfica)		
			Seguridad	Identifican en qué medida la atención	Nominal	0= Cumple 1= No cumple

				se ha dado o con seguridad minimizando el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Tasas de mortalidad, vigilancia de eventos		
--	--	--	--	--	--	--

					adversos, proporción de riesgos, caídas etc..)		
	Calidad	Documento explícito donde se evidencia el plan de mejoramiento continuo de la calidad (Servicios accesibles y equitativos, con un nivel	Eficiencia	Efectividad	Anejos técnicos y planes de mejoramiento que se encuentran reglamentados en el PAMEC	Nominal	0= Cumple 1= No cumple

		profesional óptimo, que tenga en cuenta los recursos disponibles)				
Identificar los procesos que requieren un desarrollo de mejora continua.	Mejora continua	Planes de mejora que se han puesto en marcha previamente, donde se evidencian qué indicadores son los que tienen mayor dificultad	Auditorías internas	Número de auditorías	Nominal	0= Cumple 1= No cumple
				Datos obtenidos de las auditorías		
				Datos obtenidos de las auditorías		

		ulta d par a su cum plim ient o y de los está nda res plan tead os.				
Dis eña r pla n de mej ora seg ún los hall azg os enc ontr ado s.	Pla n de mej ora	Per mite visu aliz ar el proc eso de mej ora que se inici a, a parti r de los pro ble mas iden tific ado s (res ulta dos no des ead os de los indi cad	Seg uimi ento proc eso s de mej ora	- Cali dad de los plan es de mej ora mie nto. - Cu mpli mie nto de los plan es de mej ora mie nto. - Est ado de los plan es de mej	No min al	0= Cu mpl e 1= No cum ple

		ores) siguiendo la ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados		ora mie nto.		
--	--	---	--	--------------------	--	--

Anexo 2. Presentación de la información

Se borra el cuadro, Cambiar por las graficas y los resultados de epiinfo y los resultados

OBJETIVO ESPECIFICO	RESULTADO ESPERADO
1. Realizar el diagnóstico de la situación actual del PAMEC de la EAPB.	Se pretende con este estudio realizar un diagnostico actual del plan de mejoramiento continuo de la calidad y sus planes de mejora actuales para poder esbozar los puntos prioritarios a los cuales aplicar el ciclo PHVA

<p>2. Evaluar la percepción del personal frente a la humanización del servicio, por medio de la aplicación de encuestas dentro de la institución</p>	<p>Evaluar la percepción del personal operativo, permite evidenciar las principales dificultades en la relación que se establece entre el trabajador y la institución, arrojando porcentajes en base a las encuestas en cuanto a los niveles de motivación, satisfacción con la institución y sentido de pertenencia; permitiendo identificar los factores prioritarios y urgentes a intervenir en el plan de mejora enfocado en el fortalecimiento de la humanización del servicio y los empleados , los cuales son la puerta de entrada para los usuarios y determinan la calidad en la atención.</p>
<p>3. Desarrollar un plan de mejoramiento enfocado a la política de humanización del servicio.</p>	<p>Se pretende presentar los resultados y a partir de estos formular medidas de prevención para incentivar y generar un avance institucional el plan de mejoramiento continuo de la Calidad, de igual manera aportar conocimiento científico desde la facultad de salud de la Fundación Universitaria del área Andina a partir del conocimiento y los resultados obtenidos.</p>

Anexo 4. Cronograma de Gantt (5.14.1)

Anexo 5. Presupuesto

TALENTO HUMANO				VALOR TOTAL
Item	Unidad	Cantidad	Valor Unitario	
Asesores (2)	Hora	4	\$50.000	\$200.000
Investigadores (3)	Hora	120	\$20.000(2) \$500.000(1)	\$9.600.000
Digitador	Hora	50	\$5.000	\$250.000
Asesor Externo	Hora	4	\$150.000	\$600.000
TOTAL, TALENTO HUMANO				\$10.650.000
RECURSOS FÍSICOS				
Fotocopias	pesos (\$)	2000	\$50	\$100.000
Otros	Gasolina (Galón)	30	\$8.200	\$246.000
Pasajes	pesos (\$)			

Viáticos	Media Mañana y/o media tarde	80	\$3.000	\$240.000
	Almuerzo	80	\$8.000	\$640.000
TOTAL, RECURSOS FÍSICOS				\$1.226.000
GRAN TOTAL				\$13.076.000

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de la protección social. Proyecto de preparación par IPS para la acreditación y adopción del componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad. Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá D.C. 2012. [internet].
2. Seguridad del paciente [Internet]. [cited 2017 Nov 9]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>
3. Francisco Álvarez Heredia. In: Calidad Y Auditoría En Salud. 2da Edición. ECO Ediciones; 2007. p. 147.
4. DiCuccio MH. The Relationship Between Patient Safety Culture and Patient Outcomes: A Systematic Review. J Patient Saf. 2015 Sep;11(3):135–42.
5. Enrique Contreras Cuesta J. Evaluación de la calidad del servicio de salud en Bogotá ¿Realidad o ficción? Academia Y Virtualidad [serial on the Internet]. (2013, Apr), [cited November 10, 2017]; 6(1): 181-201. Available from: Academic Search Premier.
6. Betancur D.2006, 3 de abril. Decreto 1011 de 2006 título 2 articulo 3. Ministerio de la Protección Social. Diario Oficial. Recuperado <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Forms/AllItems.aspx>
7. Blanca, P. C. (2015). Auditoría del servicio. Revista CES Salud Pública, 6(1), 100-113. Retrieved from <http://proxy.bidig.areandina.edu.co:2048/login?url=https://search.proquest.com/ocview/1734284178?accountid=50441>.
8. Zurita PSA, Martínez RM, Salas RG, Martín GM, Pérez DJC. Atención prehospitalaria en emergencias por el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911. Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión [Internet]. 2017 jun 27;2(2, Jun):50–3. Available from: <https://enfermeriainvestiga.uta.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/63>.
9. Ugarte Taboada C. Historia de los Servicios de Emergencia de Lima y Callao. Rev. Medica Hered [en línea]. 2000 [citado 19 de mayo de 2017];11(3):97–106. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018->
10. Ramos Katherine, Santiago Quintero, Sergio Gómez. Tomado y adaptado de documento en PDF. Historia de la Atención Prehospitalaria. Trabajo de grado Universidad adventista Medellín, Colombia. 2016.

11. Alan J. Juan M. diseño de una metodología que permita apoyar la acreditación internacional de la fundación hospitalaria bajo los estándares de la Joint Commission. 2011. Cali. [citado 17 ago.]. Disponible en: biblioteca2.icesi.edu.co/cgi-olib/?infile=&source=webvh&sobj
12. Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, D. C., 2007. ISBN: 978-958-98220-7-4.
13. Marcia Adriana Dias, M. M., Abdon, M. L., Dutra, F., Eveline, d. B., Jaqueline Brito, V. B., & Marcella Costa, S. D. (2015). Public humanization policies: Integrative literature review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.1046201>.
14. País.Tripodi, M., Siano, M. A., Mandato, C., Anna Giulia Elena, D. A., Quitadamo, P., Salvatore, G. N, Vajro, P. (2017). Humanization of pediatric care in the world: Focus and review of existing models and measurement tools. *Italian Journal of Pediatrics*, 43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13052-017-0394-4>.
15. Calidad y humanización de la atención [Internet]. [citado 2018 Feb 16]. Disponible en : <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PI/Paginas/calidad-humanizacion-atencion.aspx>
16. Sueiras, P., Romano-Betech, V., Vergil -Salgado, A., de Hoyos, A., Quintana-Vargas, S., Ruddick, W., Altamirano-Bustamante, M. (2017). Today's medical self and the other: Challenges and evolving solutions for enhanced humanization and quality of care. *PLoS One*, 12(7). Disponible en : <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0181514>
17. Acosta CAA. Bioética y humanización de los servicios asistenciales en la salud. *Revista Colombiana de Bioética* [Internet]. 2015 Oct 22 [cited 2018 Feb 9]; 10(1):38–64. Availablefrom: <http://dx.doi.org/10.18270/rcb.v10i1.684>
18. ASENJO, Sebastián. «Los derechos del enfermo y la organización hospitalaria». En *Derechos del Enfermo*. Bogotá: Selare, 1982, pp. 19-24 [citado en (17 p52)].
19. REDRADO, José. «Derecho del hombre a la salud». En *Humanización en Salud*. Bogotá: San Pablo, 2003, p. 18. [citado en (17 p52)].
20. Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes [Internet]. [cited 2018 Feb 21]. Available from:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>

21. Observatorio de calidad de la atención en salud. [Consultado Marzo 2018]. Disponible en: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/>
22. Zambrano MLC. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Revista Cuidarte [Internet]. 2016 Jan 5 [cited 2018 Mar 7];7(1):1227–31. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732016000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=es
<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/300>
23. Saturno-Hernández PJ, Hernández-Avila M, Magaña-Valladares L, Garcia-Saisó S, Vertiz-Ramírez J de J. Organizational capacity for continuous improvement of health services. Salud Pública de México [Internet]. 2015 Jun;57(3):275–83. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0036-36342015000300017&lng=en&nrm=iso&tlng=en
24. Cifuentes BP. Auditoría del servicio. CES Salud Pública [Internet]. 2015 Sep 30 [cited 2017 Nov 14];6(1):102–15. Available from: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3274
25. Restrepo-Sierra LH, López-Ríos MM. Sistema de información para la calidad en salud: una realidad por explorar, para conocer y decidir responsablemente. CES Salud Pública [Internet]. 2015 Sep 30 [cited 2017 Nov 14];6(1):54–64. Available from: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/2979