

**EVALUACIÓN DE DESARROLLO DEL PAMEC,
"IPS CENTRO DE ESPECIALISTAS ORTHOESTETIC SAS", LA UNIÓN VALLE 2016**

DIANA MARYORI HERNÁNDEZ ESTRADA
CLAUDIA XIMENA OVALLE AGUDELO
CARLOS FERNANDO SOLARTE LÓPEZ
ANGELA VIVIANA ZAPATA GARCÍA

RED ILUMINO
Fundación Universitaria del Área Andina
Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Pos Grados
Especialización en Auditoría en Salud
Pereira, mayo de 2016

**EVALUACIÓN DE DESARROLLO DEL PAMEC,
"IPS CENTRO DE ESPECIALISTAS ORTHOESTETIC SAS", LA UNIÓN VALLE 2016**

Trabajo de grado para obtener el título de Especialista en Auditoría en Salud.

DIANA MARYORI HERNÁNDEZ ESTRADA
CLAUDIA XIMENA OVALLE AGUDELO
CARLOS FERNANDO SOLARTE LÓPEZ
ANGELA VIVIANA ZAPATA GARCÍA

ASESORES:

JOSE EDISON ECHEVERRY QUINTERO
Médico especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Auditoría Médica
CARMEN LUISA BETANCUR PULGARÍN
Ms en Enfermería, especialista en Epidemiología y Docencia Universitaria

RED ILUMINO
Fundación Universitaria del Área Andina
Facultad de Ciencias de la Salud
Centro de Pos Grados
Especialización en Auditoría en Salud
Pereira, mayo de 2016

NOTA DE JURADOS

Presidente:

Jurado 1:

Jurado 2:

Jurado 3:

Ciudad, fecha



AGRADECIMIENTOS

A:

En primera instancia, agradecemos a Dios, por ayudarnos y guiarnos día a día.

Nuestras familias, por su apoyo incondicional, comprensión y confianza.

Nuestros docentes por la motivación, el apoyo, la paciencia y el compromiso que tuvieron con el desarrollo del cada trabajo y, por sus conocimientos compartidos.

La Fundación Universitaria del Área Andina de Pereira y al centro de pos grados por la formación recibida.

La IPS Centro de Especialistas Orthoesthetic SAS. Prestadora de servicios de Salud, por el acceso a la información.

Todas las personas que de una u otra forma participaron en el desarrollo de este proyecto.

LISTA DE CONTENIDO

	Págs.
1 PROBLEMA	7
1.1 Descripción del problema	7
1.2 Formulación del problema	8
	9
2 JUSTIFICACIÓN	
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo general	12
3.2 Objetivos específicos	12
4 MARCO TEÓRICO	13
4.1 Marco contextual	13
4.2 Marco institucional	16
4.3 Marco de antecedentes	23
4.4 Marco de referencia	25
4.5 Glosario	36
4.6 Marco jurídico	39
5 METODOLOGIA	43
5.1 Tipo de trabajo	43
5.2 Abordaje del proceso	43
5.3 Herramienta utilizada	44
5.4 Referente bioético	45
5.5 Compromiso medioambiental	46
5.6 Responsabilidad social	46
5.7 Población y/o institución beneficiada	47
5.8 Aspectos administrativos	48
5.8.1 Cronograma	48
5.8.2 Presupuesto	49
6 RESULTADOS	50
7 CONCLUSIONES	54
8 RECOMENDACIONES	55
9 BIBLIOGRAFIA	56
10 ANEXOS	58

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1: Carta de Autorización de la IPS Orthoestetic SAS. PAG 57

ANEXO 2: Lista de Chequeo para la Evaluación del programa de Auditoria para el mejoramiento continuo de la Calidad en la atención en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social PAG 58

ANEXO 3: Herramienta, Formato de Autoevaluación de Estándares de Acreditación del Ministerio de Salud y Protección Social. Anexo técnico nº 7 PAG 58

ANEXO 4: Herramienta del Formato de Priorización de Estándares de Acreditación del Ministerio de Salud y Protección Social. Anexo técnico nº 8 PAG 58

ANEXO 5: Herramienta del Formato de Priorización de Estándares de Acreditación del Ministerio de Salud y Protección Social consolidado PAMEC. Anexo técnico nº 8 PAG 58

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Desde el nacimiento del actual sistema de seguridad social en salud implementado mediante la ley 100 de 1993, se ha planteado la necesidad de trabajar en la calidad de la prestación de los servicios de salud. La última reglamentación en este sentido se encuentra definida en el decreto 1011 de 2006¹

En Colombia, todas las instituciones de servicios de salud que ingresen al sistema general de seguridad social en salud deben cumplir con unos estándares únicos de habilitación establecidos en la resolución 2003 de 2014, para poder funcionar como aseguradora, cada vez es mayor la exigencia en la prestación de servicios de salud; por esto se crea el sistema único de acreditación basada en el decreto 1011 de 2006 y resolución 123 de 2012 como última actualización y con diferentes normativas que rigen y apoyan un sistema de gestión de calidad con el propósito de implementar un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad que reciben los usuarios mejorando la atención en salud, por este motivo es ahora de gran importancia para el funcionamiento de las entidades prestadoras de los servicios de salud, demostrar que tiene implementado un proceso de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, siendo éste el modo particular en que cada institución pone en marcha, operativiza o implementa un sistema de calidad.²

El concepto de calidad ha evolucionado, y hoy se entiende como el conjunto de características de un producto o un servicio que satisfacen las necesidades y expectativas del cliente. Por lo tanto, calidad significa situar al cliente en el centro de la actividad de las organizaciones, que deberán escucharle para diseñar sus servicios de acuerdo a esas necesidades y expectativas.³

Con base en esto la IPS CENTRO DE ESPECIALISTAS ORTHOESTETIC S.A.S de la Unión Valle, creada en agosto de 2005 como entidad privada y habilitada tiene como misión prestar los servicios especializados de salud de baja y mediana complejidad de una forma integral, con calidad y humanización generando un mejor vivir, para el cumplimiento de esta misión y visión de la IPS, es necesario definir una calidad esperada en la prestación del servicio y compararla con una calidad observada, basados en la implementación de una herramienta evaluativa

¹ Decreto 1011/2006 de 3 de abril, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en (Diario Oficial No 46.230 del 03/04/2006).

² ² Ministerio de salud y protección social [internet] Bogotá, ministerio de salud y protección social 2015 [actualizado 13 abr 2016]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/Sistema-Obligatorio-Garant%C3ADa-Calidad-SOGC.aspx>

³ Cifuentes Blanca Piedad, auditoría del servicio, CES salud pública. 2015; 6(1):102-115.

como es el PAMEC; es por esto que la IPS para mantenerse en el mercado debe ajustarse a ese modelo con una mira hacia la excelencia garantizando así la prestación de servicios de forma integral y con calidad.

Actualmente la IPS cuenta con un PAMEC que se generó en el 15 de enero de 2013 sin embargo no se ha realizado actualizaciones y/o evaluaciones en el desarrollo del mismo, teniendo un déficit en el recurso humano y en el control de la vigilancia de los procesos de calidad e inyección económica para esta política de calidad; al tener en cuenta las consideraciones anteriores el presente trabajo pretende realizar la evaluación del desarrollo del programa de Auditoria del mejoramiento de la calidad en IPS CENTRO DE ESPECIALISTAS ORTHOESTETIC S.A.S, en la Unión Valle durante el primer trimestre del año 2016, para obtener estándares de calidad basados en el Sistema Único de ACREDITACION.

1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el desarrollo del programa de Auditoria del mejoramiento de la calidad en IPS CENTRO DE ESPECIALISTAS ORTHOESTETIC S.A.S, en la Unión Valle durante el primer trimestre del año 2016, para obtener estándares de calidad basados en el Sistema Único de Acreditación?

2. JUSTIFICACIÓN

Al ser ORTHOSTETIC una IPS ubicada en la Unión Valle del Cauca, la cual brinda atención en servicios de salud a población de la región, es deber de la institución garantizar el óptimo desempeño de su atención en todos los aspectos relacionados con los servicios que presta, cumpliendo con la normatividad legal vigente, además de optimizar el desarrollo de sus procesos institucionales en beneficio de sus usuarios.

La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), es un componente del sistema de la garantía de la calidad que normativiza los procesos de mejora continua en las instituciones prestadoras de servicios de salud, garantizando con su desarrollo a los usuarios que recurren estas instituciones garantías para su atención, buscando mejorar los resultados del impacto en la salud y la satisfacción de los ciudadanos.

La IPS CENTRO DE ESPECIALISTAS ORTHOESTETIC S.A.S en búsqueda de la prestación de servicios de salud con calidad y con un enfoque basado en procesos, tomaría como referente el Decreto N° 1011 del 3 abril de 2006, resolución 123 de 2012 que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en el cual se relaciona el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC)

Calidad en salud tiene muchos significados y es probable que no se llegue a una única definición, pero cada definición deberá estar ligada a la influencia del enfoque y métodos que se empleen para la evaluación de la atención en salud, y que se vean reflejados en la recuperación y restauración de la salud y que pueda utilizarse como indicador de la calidad, sustentado en los estudios epidemiológicos. Es por ello que nos vemos enfrentados a diversas situaciones que nos plantean metas difíciles de alcanzar en la realidad, en vista de lo cual se debe de adoptar diversas estrategias para lograr el mayor grado de satisfacción de los usuarios ya que de ello depende conseguir los más altos rendimientos en la medición de la calidad que se ofrece por parte de la IPS.⁴ Y para ello la organización trabaja desde diversos aspectos que involucran todo el proceso de atención en la búsqueda de la calidad total, como los siguientes:

- Alto nivel de excelencia profesional
- Uso eficiente de los recursos
- Mínimo de riesgo para el paciente

⁴ Donabedian Avedis, Evaluación de la calidad de la atención médica, calidad asistencial. 2001; 16 (1):11-27.

- Un alto grado de satisfacción por parte del cliente
- Impacto final en la salud

Siempre que se analice la calidad se observa diferentes categorías en la atención en salud, que pueden abordarse de acuerdo a las diferentes dimensiones: eficiencia, calidad técnico científica, accesibilidad y satisfacción y cualquiera de las dimensiones se puede mirar en forma separada o en conjunto. La IPS Orthoesthetic tiene en sus objetivos lograr que todas las dimensiones se articulen entre sí, para que los procesos de la institución fluyan de forma sincronizada logrando un mayor impacto en la calidad y el servicio que se presta.⁵

Cuando hablamos de gerencia de la calidad nos referimos a un esquema que permite analizar el enfoque de la IPS, desde el conjunto formado por la estructura organizacional que a su vez pueda impactar en los procesos que ofrecen soluciones a las necesidades de la gestión de la calidad y responder a las necesidades de los clientes, quienes en últimas son la base de la sostenibilidad de las empresas, siendo así, todas las actividades generadas en una empresa deben de ir encaminadas a buscar la satisfacción de los consumidores, logrando así hacer la diferencia en el mercado con respecto a los competidores y garantizando la supervivencia de las empresas a través del tiempo.⁶⁻⁷

La necesidad de revisar, evaluar y modificar el PAMEC actual de la IPS Orthoesthetic significa el primer paso con miras a una calidad con altos estándares, implementando los planes de acción derivados de la evaluación del cumplimiento de los estándares y así revisar detalladamente las tareas resultantes, cumpliéndolas en los tiempos establecidos, para ser más competitivos en el mercado.⁸

La aplicación del PAMEC para la IPS Orthoesthetic significaría una oportunidad de sobresalir entre otras instituciones prestadoras de salud, al ser una herramienta que permite evidenciar la diferencia entre la calidad observada y la calidad

⁵ Losada Otálora Mauricio; Rodríguez Orejuela Augusto, calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing, Cuad. Adm. 2007; 20(34):237-258.

⁶ Aguirre García Ma. Soledad, Aparicio de Castro Ma. Gloria. La gestión de calidad y el marketing interno como factores de competitividad en empresas de servicios: El caso de empresas vascas de servicios con gestión avanzada. Cuadernos de gestión.2002; 2(2):27-49

⁸ Ministerio de la protección social, Manual de acreditación en salud, ambulatorio y hospitalario. Versión 3. Bogotá: Colombia; 2011.

deseada permitiendo implementar planes de acción en todas las áreas susceptibles de mejora, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de los usuarios. Convirtiendo a la IPS en una institución pionera, comprometida con el bienestar de sus usuarios y fortalecida institucionalmente.⁹

El presente trabajo busca que la IPS CENTRO DE ESPECIALISTAS ORTHOESTEITIC S.A.S, no solo cumpla con el PAMEC como un requerimiento legal, sino que sea establecido de tal forma que genere los procesos que aseguren el desarrollo de la empresa dentro de su contexto actual y amplíen su panorama para seguir creciendo como empresa.

⁹ Cabello Morales Emilio. Calidad de la Atención Médica: ¿ Paciente o cliente ?. Rev Med Hered; 2001; 12(3): 96-99.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el desarrollo del PAMEC en la IPS Centro de Especialistas Orthoestetic S.A.S, de la Unión, Valle, durante el primer trimestre del 2016, para proponer estrategias de fortalecimiento, en avances hacia la obtención de estándares de calidad basados en el Sistema Único de Acreditación.

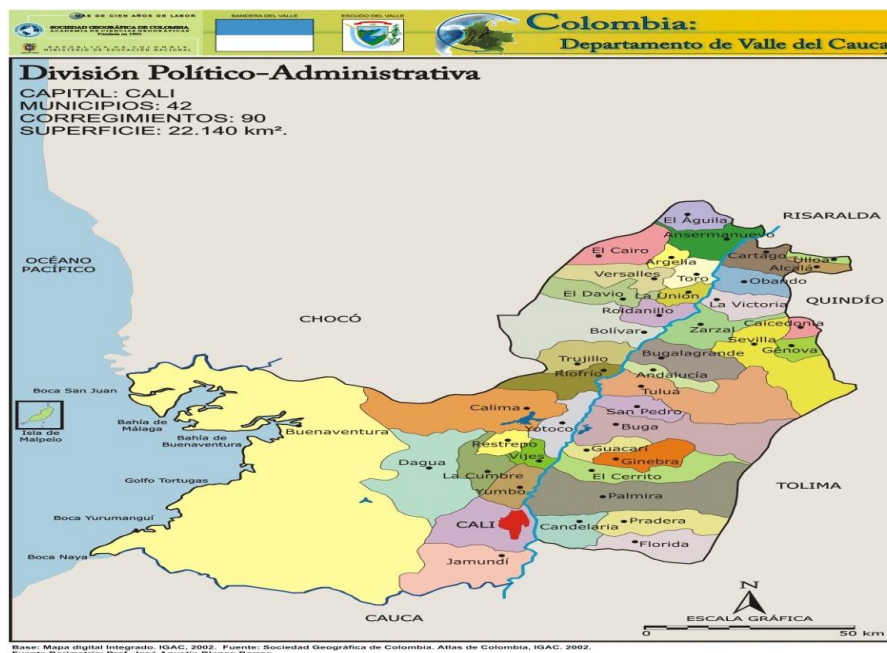
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar el desarrollo del PAMEC actual, en la IPS Orthoestetic.
2. Proponer la metodología para el desarrollo del PAMEC en la IPS Orthoestetic.
3. Formular el plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos encontrados en el PAMEC de la IPS, a través de la autoevaluación en el formato # 7 y Priorización en el formato #8 de los Estándares de Acreditación planteados por el Ministerio de Protección Social.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 MARCO CONTEXTUAL:

IPS Centro de Especialistas Orthoestetic SAS. se encuentra ubicado en el Norte del Valle del Cauca en La Unión, Roldanillo y La Victoria municipios vecinos entre sí, ubicados en la zona centro de cada uno donde ofrecen sus servicios en salud y son de fácil ubicación



FUENTE: http://www.sogeocol.edu.co/dptos/valle_05_division.jpg

La Unión Valle:

Municipio de Colombia ubicado al Norte del departamento del Valle del Cauca, cuenta con una población aproximada de 37.703 habitantes y donde se encuentra la sede principal de IPS Orthoestetic SAS.

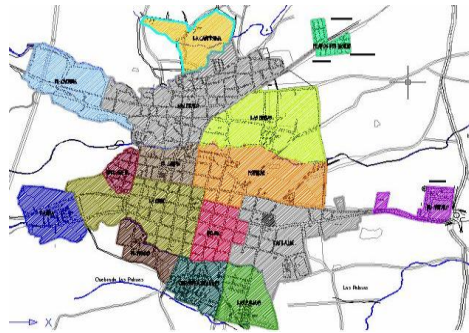
Fundada el 28 de enero de 1604, por Jacinto Palomino y vecinos de toro y en 1890 se convirtió en municipio. Conocido en el pasado con el nombre de Hato de Lemos, ya que en los terrenos donde se levantó el municipio eran propiedad del señor Pedro de Lemos, hoy catalogada como la ciudad vitivinícola de Colombia

debido a la boyante industria vinícola gracias al desarrollo de la industria del vino.¹⁰

Gentilicio: Unionense y Hateño.

Economía: cuenta con una agricultura altamente diversa, pues se cultiva gran cantidad de frutas tropicales como papaya, uva, maracuyá, melón, mora, lulo, cacao, el café y la guayaba entre otros, a diferencia de las demás localidades su eje hortofrutícola no se centra en la caña de azúcar como en el 80% de todo el departamento.

Zona Geográfica: al Norte con el municipio de Toro, al Sur con el municipio de Roldanillo, al Oriente con el Rio Cauca y los municipios de la Victoria y Obando, al Occidente con los municipios de El Dovio y Versailles.



FUENTE: www.launion-valle.gov.co/escudo, www.launion-valle.gov.co/mapa

Roldanillo Valle:

Municipio de Colombia ubicado al Norte del departamento del Valle del Cauca, cuenta con una población aproximada al 2015 de 32.778 habitantes. Tiene una extensión superficial de 217 Km², fundado el 20 de enero de 1576, por Francisco Redondo Ponce de León, quien le dio el nombre de Villa de Cáceres, debido a la aguerrida resistencia de los indígenas, la población tuvo que trasladarse en 1602 a terrenos de estancia de Roldanillo donde esclavos africanos trabajaban en trapiches para caña de azúcar y ganaderías a finales del siglo XVI se conocía con

¹⁰ Alcaldía de La Unión - Valle del Cauca. [internet]. La Unión. Alcaldía la Unión Valle; s f; [última actualización 15 de abril del 2016]; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.launion-valle.gov.co/condicionesUso.shtml>.

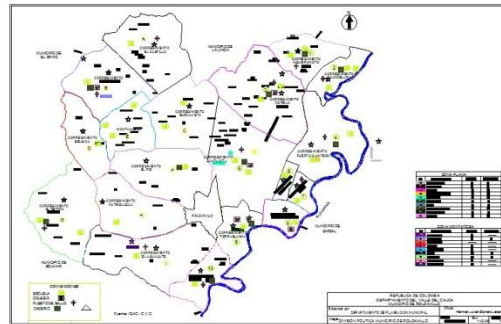
el nombre de San Sebastián de Roldanillo también llamado: como tierra del alma, tierra del arte o tierra de Omar rayo.¹¹

Gentilicio: Roldanillense.

Composición Etnográfica: blancos y mestizos 97,3%, afrocolombianos 2,6% e Indígenas 0,1%.

Economía: sobresale la agricultura con cultivos como caña de azúcar en un 65% de la economía, plátano, maíz, café, maracuyá y hortalizas; la ganadería y el comercio en menor grado de importancia.

Zona geográfica: al este u oriente queda la zona plana conformado por el 30,7% del total del hectáreas y donde se ubica la zona urbana ocupando el 1,3% de esta zona, al occidente rodeado por ladera montañosa con el 68% del área total (21.147 hectáreas) del municipio, sobre la vertiente oriental de la cordillera occidental de los Andes, elevándose paulatinamente hasta 2100 m.s.n.v, bañado por los ríos cauca, Roldanillo, el Rey y Cáceres, forma parte de la vertiente del rio cauca y del sistema de drenaje del rio garrapatas(pacífico)



FUENTE: www.roldanillo-valle.gov.co/escudo, www.roldanillo-valle.gov.co/mapa

La Victoria Valle:

Municipio de Colombia localizado en el Norte del Valle, fundado el 12 de agosto de 1835 bajo el nombre de la cañada, anteriormente pertenecía jurisdiccionalmente al municipio de el naranjo (hoy conocido como Obando), el 23 de diciembre de 1850 fue erigida como Distrito donde quedo con el nombre actual con una población total de 13253 habitantes según DANE y que según proyección va decreciendo

¹¹ Alcaldía de Roldanillo - Valle del Cauca. [internet]. Roldanillo. alcaldía Roldanillo; s f; [última actualización 15 de abril del 2016]; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.roldanillo-valle.gov.co/index.shtml#3>.

poblacionalmente. En los periodos del 2000 al 2008 se presentó un desplazamiento de personas buscando empleo hacia otros municipios vecinos debido al desarrollo de la autopista panamericana, cuya troncal pasa por el área rural del municipio ocasionando la interrupción del puerto fluvial que allí funcionaba y generaba entradas de dinero al municipio puesto que era un paso estratégico y obligado entre los municipios y ciudades de Cartago, Pereira, La Unión, Roldanillo y zarzal.

Composición Etnográfica: la mayoría de la población es de raza mestiza, siendo este producto de la colonización Antioqueña, aunque poco se conserva el acento paisa a diferencia de poblaciones vecinas, con un número reducido de poblaciones afrodecendientes, existe una destacada población indígena en las zonas más alejadas del corregimiento Táguales y Cuevaloca (tribu Embera Chamí).¹²

Gentilicio: Victoriano.

Límites: ubicado en la ribera derecha del río Cauca y entre la Cordillera Occidental, la Cordillera Central.



FUENTE: www.lavictoria-valle.gov.co/escudo, www.lavictoria-valle.gov.co/mapa

4.2 MARCO INSTITUCIONAL:

La IPS Centro de Especialistas Orthoestetic SAS es una empresa prestadora de servicios de salud que en su portafolio ofrece odontología de baja y mediana complejidad como Ortodoncia, Endodoncia, Periodoncia Cirugía, Rehabilitación e Implantología Oral y de baja complejidad en Terapia Física, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y Psicología.

¹² Alcaldía de La Victoria - Valle del Cauca. [internet]. LA Victoria; S f [última actualización 15 de abril del 2016]. [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.lavictoria-valle.gov.co/index.shtml#5>.

En la actualidad existen 3 sedes; la sede principal se encuentra ubicada en el municipio de la Unión ya que presenta todos los servicios mencionados anteriormente, la sede de la Victoria tiene habilitado el servicio de fisioterapia y terapia respiratoria y la sede de Roldanillo tiene habilitado todo el servicio de odontología de baja y mediana complejidad y el servicio de fisioterapia.

En la IPS del municipio de la Unión tiene un talento humano de 4 personas por nómina (Gerente y Auxiliar administrativo (recepción), Auxiliar en Salud y Auxiliar en Salud Oral (área asistencial en terapia física y odontología respectivamente), con un horario de trabajo de 7am a 12m y de 2pm a 6pm de lunes a viernes, los días sábados de 8am a 12m, los 10 profesionales que ayudan y se responsabilizan del proceso asistencial son contratados por prestación de servicios y asisten con programación de agenda indicada por cada uno de ellos.

Foto de Especialistas del área de Odontología 2014



Foto Recepción sede Roldanillo y La Unión año 2016



Fotos de Capacitación a Empleados año 2015



Fotos de Brigadas de salud en el sector rural (labor social) año 2014-2015



Foto de algunas Celebraciones de Cumpleaños, Fiestas y Días Especiales con Empleados de la IPS en los años 2014 y 2015.



Fotos con personajes destacados en el Valle del Cauca que confían su salud a Orthoestetic



Fuente: Fotos tomadas de los archivos de IPS Orthoestetic SAS, en diferentes años, publicadas con autorización de la empresa.

4.2.1 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

4.2.1.1 MISIÓN

Somos una Empresa privada prestadora de servicios especializados en salud de baja y mediana complejidad; enfocados en la atención y rehabilitación de la población; para quienes contamos con la capacidad, profesional - técnica y avanzada tecnología, para brindar atención integral con calidad y humanización de los servicios, generándole un Vivir Mejor en todas las sedes de nuestra IPS ubicadas en el norte del valle del cauca.

4.2.1.2 VISIÓN

Ampliar y garantizar estabilidad en nuestro portafolio de servicios con el óptimo funcionamiento para el año 2020, buscando con ello brindar a nuestros usuarios un servicio integral con alta calidad humana y con sentido de pertenencia para con la empresa, ayudando a desarrollar una infraestructura que vaya de la mano con la planeación y los objetivos propuestos para, de esta forma, obtener procesos con resultados efectivos.

4.2.1.3 POLÍTICA DE CALIDAD

En la IPS CENTRO DE ESPECIALISTAS ORTHOESTETIC S.A.S. nuestro compromiso es el mejoramiento continua de cada uno de los procesos del aseguramiento y prestación de los servicio de salud, brindándolos con calidez humana, oportunidad, accesibilidad y equidad para satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y su entorno social y familiar, la de nuestros colaboradores, accionistas, proveedores, así como de la comunidad en general, contribuyendo con la construcción de una mejor sociedad.

4.2.1.4 PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- Calidad Humana
- Responsabilidad
- Honestidad
- Respeto
- Liderazgo organizacional
- Compromiso social
- Mejoramiento continuo
- Trabajo en equipo
- Tolerancia
- Actitud de Servicio
- Actitud Positiva

CALIDAD HUMANA: Trabajar con actitud y capacidad de servicio extraordinario al prójimo.

RESPONSABILIDAD: Es el derecho de actuar y comprometerse de forma correcta ante un hecho.

HONESTIDAD: Puede entenderse como el simple respeto a la verdad en relación con el mundo, los hechos y las personas.

RESPECTO: Es la garantía de la transparencia, permite al hombre reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos, el respeto permite que la sociedad viva en paz.

LIDERAZGO ORGANIZACIONAL: Cuidar de la gente, dar libertad a sus subalternos, trabajo apoyado en la voluntad de la gente.

COMPROMISO SOCIAL: Una fuerte convicción de servicio nos mueve a realizar diferentes acciones para generar capacidades y habilidades que den como resultado cambios sociales que contribuyan a mejorar la vida de las personas.

MEJORAMIENTO CONTINUO: Actividad colectiva mediante la cual la organización genera y modifica sistemáticamente sus rutinas de operación en busca de una mejora en su efectividad

TRABAJO EN EQUIPO: Existe mayor conocimiento e información, optimización de tiempos al dar diversos puntos de vista en soluciones grupales y refleja mayor compromiso con la empresa.

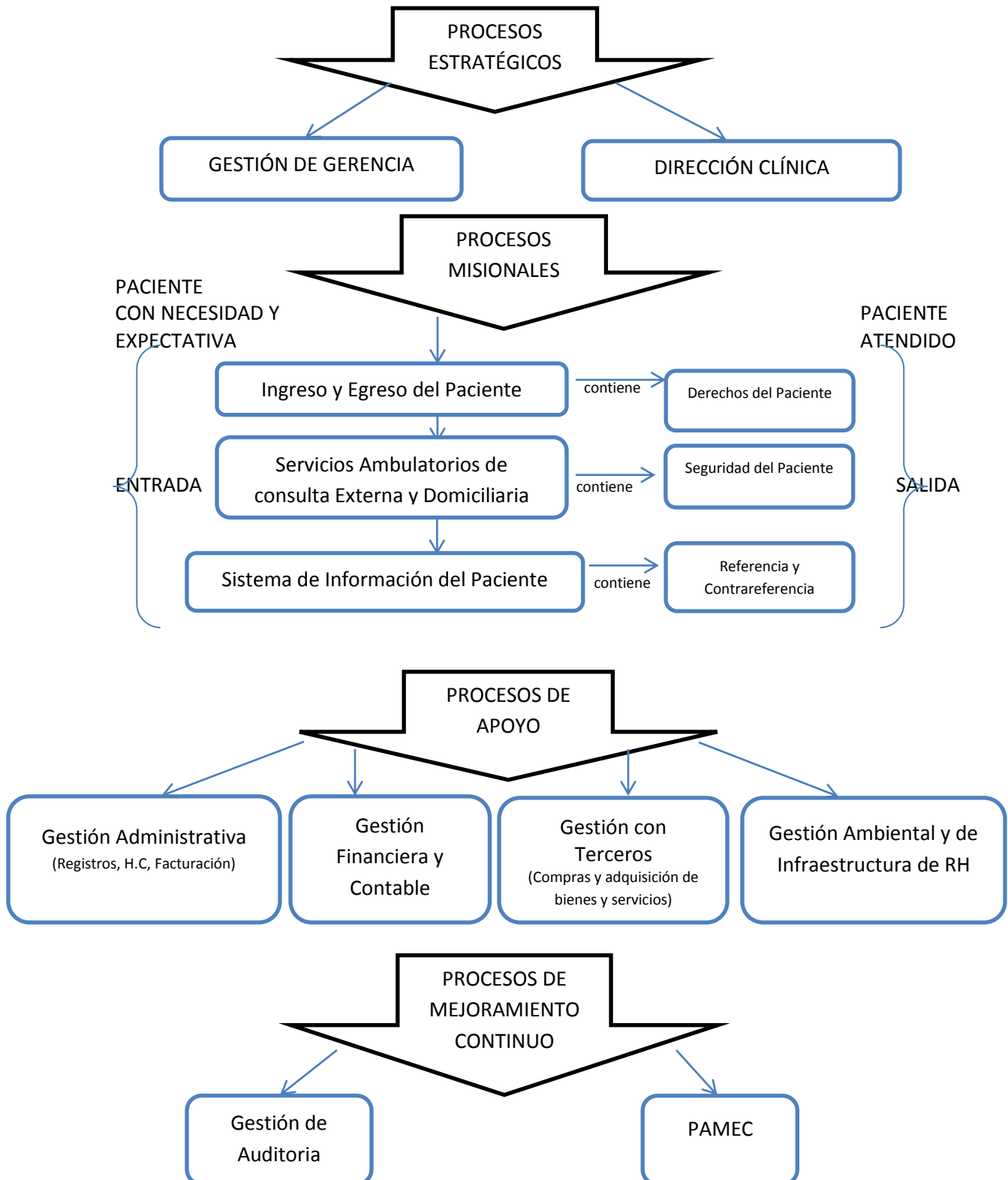
TOLERANCIA: Es la capacidad de saber escuchar y aceptar a los demás valorando la diversidad de opinión, social, étnica, cultural y religiosa ante la vida, siempre y cuando no atenten contra los derechos fundamentales de la persona.

ACTITUD DE SEVICIO: Es la capacidad de disposición para realizar el trabajo los demás sin haber terminado el propio, y es la manera como nos proyectamos hacia los demás.

ACTITUD POSITIVA: Se entiende como el afrontar y comprender la realidad en la vida cotidiana y enfocarse en los aspectos beneficiosos que se puedan mejorar y permitan avanzar, optimista.¹³

¹³ Información sacada directamente de la IPS con autorización previa del gerente Reinaldo Guerrero.

MAPA DE PROCESOS IPS CENTRO DE ESPECIALISTAS ORTHOESTETIC SAS.



4.3 MARCO DE ANTECEDENTES:

La calidad es un concepto que compromete varios factores entre los que se pueden encontrar: sociales, culturales y políticos; lo cual implica que tener una definición única sea muy difícil. Adoptar una idea clara de la calidad en un ámbito tan complejo como el de la salud se hace aún más complicado por lo que se hace necesario realizar una revisión a través del tiempo para llegar a entenderla de mejor manera.¹⁴

Existen varios autores que durante el transcurso del tiempo han complementado el concepto de calidad basados en el proceso de inspección, control, establecimiento y gestión. Uno de los primeros sectores en donde la calidad fue aplicada fue en la industria, durante la revolución industrial la calidad tomo auge con el primer componente de este proceso el cual es la inspección, pensamiento adoptado por Taylor, donde el contratar a obreros especializados en ciertas tareas garantizaba la producción de un producto con mejores cualidades, además se contrataban otros obreros que comprendieran la totalidad del proceso de producción para encontrar posibles fallas en el producto final.¹⁵

Walter Shewart centra su teoría sobre el control de la calidad en cada uno de los procesos que compromete la producción encontrando y corrigiendo todo aquello que modificara en forma negativa la producción, encontrando de manera más eficiente la solución a dichos problemas.¹⁶

Sin duda uno de los autores de mayor referencia en cuanto a procesos de garantía de la calidad fue William Edwards Deming, instaura el que sería conocido como el ciclo “Plan-Do-Check-Act” (planear, hacer, verificar, actuar) es un ciclo que estandariza la producción, además de buscar siempre la mejora continua de los procesos en fin de favorecer la satisfacción del usuario.¹⁷

En una tercera etapa de la cual se habla respecto al aseguramiento de la calidad, se establecen todas aquellas estrategias pertinentes para mantener un el mejoramiento continuo de los procesos para mantener en el tiempo un impacto comercial que garantice la competitividad de las empresas uno de estos métodos de calidad es por ejemplo ISO 9000, donde a la empresa que cumple con los

¹⁴ Rodríguez León Alfonso, Lugo Zapata Donaciano. Garantía de la calidad en salud. 2006. Salud en Tabasco; 12(3): 551-554

¹⁵ Laverde Sánchez Martha, García Loaiza, Ángela, Linares Beltrán, Deisy, López López, Ángela, Rincón Hernández Paola, Valencia Rodríguez Natalia, Evolución de la calidad en salud en Colombia. 2013; (3): 6-12.

¹⁶ Torres Saumeth Katherine María, Ruiz Afanador Tatiana Sugey, Solís Ospino Lefty, Martínez Barraza Fanny, Calidad y su evolución: una revisión; Dimens. Empres.2012; 10 (2):100-107.

¹⁷ Mendez Rico J, evolución del concepto de calidad,ESP. TRASP. 2001 10 (3): 170-171.

procedimientos de garantía de la calidad se le entrega un certificado que garantiza el control que existe en las empresas sobre sus procesos dando un plus a la valorización de sus productos o servicios.

Finalmente se interioriza el concepto de gestión de la calidad, donde se plantean estrategias que favorecen a anticipar las necesidades del mercado, introduciendo a las persona en el proceso de mejora continua, haciendo énfasis en la realización de un trabajo bien realizado potenciando sus habilidades y logrando así los mejores resultados.

Ya el concepto de calidad en la atención es dado por Donabedian como aquella que brinda al usuario completo bienestar en un estado de balance entre los gastos y las ganancias que se deriven de este proceso. Este contempla tres componentes de la calidad en la atención los cuales son: atención técnica relación interpersonal y el ambiente donde se lleva a cabo la atención.¹⁸

Berwick indico que una empresa debe de manejar un equilibrio entre los costos y los gastos evitando que fallas en el proceso generen un incremento desproporcionado de los costos y que este tipo de equilibrio se puede lograr mediante el control de los procesos productivos logrando que se establezca un proceso de mejora continua favoreciendo a la fidelización de los clientes y un incremento productivo que amplió la rentabilidad de las instituciones.¹⁹

Para generar una empresa que preste servicio de salud y que atienda de manera satisfactoria las necesidades de sus usuarios es necesario el mantener un continuo mejoramiento en los procesos de atención, optimizando la utilización de sus recursos disponibles y siendo altamente competitiva dentro del mercado.

En Colombia se comenzó a tomar en cuenta la calidad de los servicios de salud como necesidad inherente de la misma a partir de la aprobación de la constitución política de 1991, la cual establece la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio la cual deberá de estar bajo la dirección, vigilancia y control del estado, también ordena que estado deberá de realizar acciones de control de la calidad de los bienes y servicios ofrecidos a la población.

La ley 100 de 1993 establece que es el gobierno quien expedirá las normas concernientes de un sistema obligatorio de la garantía de la calidad de la atención en salud.

En el año 2002 el ministerio de salud emite el decreto 2309 la cual reglamenta el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud, en esta se establecen quienes son los prestadores de los servicios de salud, un modelo de atención y los

¹⁸ Llinás Delgado Adalberto E, Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema, Salud Uninorte.2010; 26 (1):pag 143-154.

¹⁹ Berwick Donald M.; A User's Manual for the IOM's 'Quality Chasm' Report, health affairs, 2002. 21 (3); 80 - 90.

fundamentos de calidad con los cuales deben ser prestados estos servicios, además define a la acreditación como un proceso al cual los prestadores pueden someterse de manera voluntaria para el cumplimiento de estándares superiores a los mínimos exigidos por la normatividad.²⁰

Ya hacia el año 2006 el sistema obligatorio de la garantía de la calidad es reglamentado por el decreto 1011 del mismo año y de esta manera la calidad ya pasa a convertirse en un requisito de suma importancia para el funcionamiento de las instituciones prestadora de servicios de salud, brindando a partir de una normatividad precisa, las herramientas para un proceso competitivo basados en un sistema de gestión para la calidad.

Desde ese año hasta el presente se han realizado diversas modificaciones con el objeto de mejorar el seguimiento y evaluación de los procesos de garantía de la calidad en salud que permitan tomar decisiones asertivas y que favorezcan al bienestar de la población usuaria de estos servicios.

4.4 MARCO DE REFERENCIA

4.4.1. AUDITORÍA DE LA CALIDAD

La auditoría se puede entender como el proceso sistemático de evaluación de resultados con respecto a ciertas actividades o procesos que se relacionan entre sí, con el fin de establecer si estos se realizan de la manera en la cual se encuentran inicialmente establecidas, basados en las metas y objetivos que inicialmente se tengan trazados.²¹⁻²²

En cuanto a la auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud, se entiende como el mecanismo continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada con respecto a la calidad esperada de la atención en salud teniendo en cuenta tanto al cliente externo como interno, pero ya no visto solo como un proceso unidireccional que consiste en el reporte de fallas en la prestación de los servicios, sino que se ha convertido en un sistema multidisciplinario y dinámico que permite el plantear las estrategias y soluciones para el logro de los objetivos planteados dentro de las instituciones prestadoras de salud, además de disminuir el riesgo de no establecer las medidas necesarias para corregir errores que afectarían financieramente a la institución y que podrían generar cierta

²⁰ Ministerio de la protección social, Calidad en salud en Colombia los principios, Bogotá: Ministerio de protección social; 2008.

²¹ Sánchez Henríquez Jorge, Calderón Calderón Viviana, Diseño de procesos de evaluación del desempeño del personal y las principales tendencia que afectan su auditoria. Pensamiento y Gestión.2012; (32): 54 -82.

²² Secretaria de salud de México. Definiciones y conceptos fundamentales para la calidad en salud. Alcántara Balderas Martha Alicia, et al. Fajardo Dolci Germán, Hernández Torres Francisco. Editores. Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud. 1ra ed. México: ISBN; 2012. P. 61-160.

inestabilidad de la rentabilidad en la empresa, lo cual se entiende hoy en día como los costos de la no calidad.^{23_24_25}

En Colombia, el ministerio de salud y protección social, los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, son las responsables de prestar un servicio en salud basado sobre los concepto de calidad y mejoramiento continuo, según lo reglamentado en la ley 1122 del 2007 y el decreto 1011 del 2006 de las cuales se generan las disposiciones para el control y el mejoramiento del sistema general de seguridad en Colombia.²⁶

Cada una de estas instituciones deberá de seguir los mecanismos para lograr una atención en salud prestada con calidad, eficiencia y eficacia, encaminada hacia el beneficio de la población. Para dicho fin tendrán que definir los parámetros de calidad esperada sobre los procesos y procedimientos realizados dentro de las mismas, mediante la aplicación de la evaluación continuada de la cual se generaran los respectivos planes preventivos y de seguimiento. Para asegurar el cumplimiento de estos procedimientos por parte de las instituciones encargadas de la prestación de los servicios de salud, las cuales deberán de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad en la atención, el ministerio de la protección social en compañía del programa de apoyo a la reforma de la salud y la asociación centro de gestión hospitalaria, desarrollaron las “pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud” las cuales orientan a las entidades prestadora de salud la implementación de los procesos de calidad con el objetivo generar un impacto positivo en la prestación del servicio y el mejoramiento de la salud de la población.^{27_28}

Además el ministerio de la protección social también publicó las “guías básicas para la implementación de las pautas para la implementación de la auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud” como complemento a las pautas, las cuales según el mismo ministerio no se convierten en una camisa de fuerza que se deba desarrollar a cabalidad, sí no que se convierte en un instrumento moldeable para la aplicación dentro de las instituciones prestadoras de servicios

²³ Piscoya José. Calidad de la atención en salud a través de la auditoria médica. Anales.2000; 61 (3):227-240.

²⁴ Arango Cardona Luis Javier. Importancia de los costos de la calidad y No calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad. Rev. EAN. 2009; 57: 75-94.

²⁵ León Ramírez Sergio. los costos de la no calidad en los servicios de salud.2011; salud en Tabasco. 17(3): 47-48

²⁶ Decreto 1011/2006 de 3 abril. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Título IV Modelo de auditoria (Diario Oficial 46230, de 03-04-06).

²⁷ Ministerio de la protección social. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en atención en salud. Bogotá: ministerio de la protección social; 2007.

²⁸ Orosco E. Javier Luna. Ética y calidad en salud: un binomio inseparable. 2011. Acta Bioethica ; 17(1) : 9-17.

de salud, generando un valor agregado a la prestación del servicio y a las instituciones que lo implementen.²⁹

El sistema de garantía de la calidad entiende al usuario como el pilar en cada uno de los procesos de mejoramiento en las instituciones siendo en últimas quien recibe los beneficios de la prestación del servicio, se debe buscar la manera de garantizar la atención adecuada de sus necesidades y llenar por completo las expectativas que el usuario tenga con la prestación del servicio, generando un estado de satisfacción, además de buscar que la atención sea lo más segura posible riesgos tanto para el personal asistencial como para los usuarios y es deber de las instituciones prestadoras de salud garantizar que tanto los servicios prestados sean tanto confiables como seguros.³⁰

Hay que saber que los sistemas de atención en salud están sometidos a una constante evolución y que cada vez se vuelven mucho más complejos, aunque todos estos sistemas se estructuran bajo diferentes modelos y lineamientos, siempre han de confluir en la búsqueda de lograr la atención satisfactoria de la población buscando criterios que sirvan para construir este objetivo, por ello la importancia de la autoevaluación en la realización de cada uno de los procesos que permitan una constante retroalimentación e impulse la prestación de un servicio en continua mejora que cumpla con los más altos estándares de calidad de acuerdo a los servicios que se presten en cada institución, así, El personal que deberá involucrarse en los procesos de mejoramiento continuo garantizando la efectividad de la estrategia.³¹

4.4.2 PRINCIPIOS AUDITORÍA:

La auditoría para el mejoramiento de la calidad cuenta con unos principios los cuales son:

- **AUTOCONTROL:** este principio involucra a los miembros de la organización en tanto que los nombra como el primer filtro de los procesos, siendo los mismos integrantes de la institución quienes deben verificar que los procesos las actividades y las tareas se estén realizando de acuerdo a los lineamientos ya

²⁹ Ministerio de la protección social. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá: ministerio de la protección social; 2007.

³⁰ Borré Ortiz Yeis Miguel. Calidad Percibida de la Atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución Prestadora de Servicios de Salud de Barranquilla. [tesis magister]. Bogotá: universidad nacional de Colombia; 2013.

³¹ Gallego Delgado María E., Vázquez Navarrete María L., Vanderlei Lygia. Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. 2010. Rev. salud pública; 12 (4): 533-545.

establecidos y de no ser así deben de tener la capacidad de realizar las correcciones necesarias para que esto se dé.

- **ENFOQUE PREVENTIVO:** La auditoría debe de prever e informar de todos los riesgos potenciales que pueden interferir con la culminación de los resultados esperados.
- **CONFIANZA Y RESPETO:** La auditoría debe garantizar la total transparencia de sus procesos, brindando también la autonomía de la institución prestadora para la toma de decisiones y teniendo en cuenta los acuerdos realizados para la prestación del servicio de salud a los usuarios.
- **SENCILLEZ:** La auditoría debe de garantizar que los procesos aplicados en la institución sean comprensibles para todos los miembros de esta.
- **CONFIABILIDAD:** Los instrumentos utilizados durante el proceso de auditoría deben de arrojar unos resultados fiables.
- **VALIDEZ:** Los resultados obtenidos deben de representar con veracidad lo que se observa en la realidad.

4.4.3 NIVELES DE AUDITORÍA

En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad se establece que la auditoría se debe de realizar en tres niveles: autocontrol, auditoría interna y auditoría externa.

4.4.3.1 PRIMER NIVEL DE AUDITORÍA:

También llamado de autocontrol, se refiere a las acciones de planeación, ejecución, verificación y ajuste por parte del personal perteneciente a la institución, conforme a la normatividad vigente.

4.4.3.2 SEGUNDO NIVEL DE AUDITORÍA:

También de auditoría interna, consiste en una evaluación de los procesos de atención en salud realizados por los integrantes de la misma institución, pero estos no se encuentran involucrados dentro del proceso que se audita.

4.4.3.3 TERCER NIVEL DE AUDITORÍA:

Auditoría externa, es la evaluación sistemática de los procesos o llevada a cabo por parte de una entidad ajena a la institución, con la cual se establecen acuerdos para auditoría previamente.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC) es el instrumento mediante el cual se busque la atención segura de los usuarios, generar estrategias, mecanismos procedimientos y acciones, basadas en el análisis de las causas de situaciones susceptibles de mejora, creando dentro de las instituciones prestadoras de salud un ambiente de continuo desarrollo, con actitud proactiva por parte del personal perteneciente a la misma, comprometidos con el bienestar y la correcta prestación del servicio hacia los usuarios.³²

4.4.4 NIVELES DE AUDITORÍA

En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad se establece que la auditoría se debe de realizar en tres niveles: autocontrol, auditoría interna y auditoría externa.³³

El nivel de autocontrol, se refiere a las acciones de planeación, ejecución, verificación y ajuste por parte del personal perteneciente a la institución, conforme a la normatividad vigente, este nivel requiere de que el personal se encuentre ampliamente capacitado y que tengan un alto nivel de sensibilidad respecto a las labores que desempeñan, detectando en estas oportunidades de mejora; además la institución deberá de promover la cultura del reporte para así hacer efectivo este mecanismo , solo las entidades que tengan ampliamente reforzado en su personal el autocontrol de los procesos podrán contar como simplemente un apoyo la gestión de la auditoría interna.³⁴

La auditoría interna, consiste en una evaluación de los procesos de atención en salud realizados por los integrantes de la misma institución, pero estos no se encuentran involucrados dentro del proceso que se audita, su función principal el logro de un alto nivel de autocontrol por parte de los miembros que forman parte de la institución.

Auditoría externa, es la evaluación sistemática de los procesos o llevada a cabo por parte de una entidad ajena a la institución, dentro de la cual se verifica el progreso de los dos primeros niveles de auditoría, esta auditoría se establece por

³² Ministerio de la protección social. Sistema obligatorio de la garantía de la calidad, Auditoría para el mejoramiento de la atención en salud: ministerio de la protección social; 2007.

³³ Machuca Albarracín Deysi Astrid. La auditoría concepto actual o antiguo. ciencia y ciudad.2007; 4 (4.):51-57

³⁴ Convers Castaño Sergio. Calidad de la atención en salud; nuestra responsabilidad como profesionales de la salud y como sistema. acta médica colombiana. 2005; 30 (4): 289-294

lo general con las entidades contratantes de los servicios teniendo acuerdos previamente pactados.³⁵

4.4.5 ACCIONES DE LA AUDITORÍA

Las acciones son entendidas como los mecanismos, procedimientos y/o actividades que deberían de ser establecidos en las instituciones que promuevan el logro del mejoramiento continuo de los procesos establecidos como prioritarios y la búsqueda de la no ocurrencia de las fallas en forma posterior a su detección e intervención.

Con relación a lo anterior, la norma reglamentaria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad reconoce tres tipos de acciones de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de acuerdo con la parte del ciclo de mejoramiento de la gestión de los procesos en que actúan.

4.4.5.1 ACCIONES PREVENTIVAS: Se entienden como “el conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma” (decreto 1011 del 2006 artículo 34)

Las acciones preventivas tienen como propósito establecer criterios explícitos de calidad, con base en los cuales se llevarán a cabo el autocontrol, la auditoría interna y la auditoría externa. Tales criterios deben tomar además en consideración la evaluación de los resultados observados de la calidad para adoptar acciones encaminadas a prevenir la recurrencia de los problemas de calidad identificados.

Son ejemplos de acciones preventivas: el ajuste y estandarización de los procesos y procedimientos antes de que ocurra un evento no deseado en la atención en salud, la adopción de estándares de calidad por parte de las organizaciones de salud y la concertación precontractual entre las EPS e IPS sobre los parámetros que guiarán la ejecución de la auditoría externa.

4.4.5.2 ACCIONES DE SEGUIMIENTO: Las cuales se refieren al “conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud para garantizar su calidad” (decreto 1011 del 2006 artículo 34) Se trata, básicamente, de aquellas acciones de control realizadas en lo más cercano al tiempo real a la ejecución de los procesos, con el objetivo de conocer el desempeño de los mismos. Por definición, la aplicación de las acciones de seguimiento en el día a

³⁵ Ramos Domínguez Benito Narey. Métodos de control de calidad. Ed Cruz Valdéz Lázara. Controlde la calidad en salud. 2da edición. La Habana. Editorial ciencias médicas. 2011. P. 76-86.

día es una responsabilidad del nivel de autocontrol, son acciones de control principalmente de primer orden.

El papel del nivel de la auditoría interna en las acciones de seguimiento es de segundo orden, es decir, de velar por el control del autocontrol y no debe conducir a la recomendación o imposición de conductas. De esta manera, se evitarán los riesgos y los costos derivados de una auditoría que interfiere con los procesos evaluados. En este sentido, debe recordarse que el enfoque de auditoría es el de mejoramiento continuo, y no el de inspección de calidad; por lo tanto, el sentido de los estándares de calidad es servir como guías sobre la forma correcta de l

Las acciones de seguimiento son inherentes al autocontrol y a la auditoría interna; en el campo de la auditoría externa se refieren al seguimiento de los acuerdos previamente establecidos.

Son ejemplos de acciones de seguimiento: las evaluaciones que realizan los miembros de una organización sobre los resultados de su propio trabajo, los estudios de adherencia a normas técnicas y guías de atención, las revisiones de utilización, las encuestas de satisfacción realizadas internamente por la organización o externamente por la EPS sobre los usuarios atendidos por la IPS, las evaluaciones de la efectividad, la eficiencia y la continuidad de los procesos de atención con base en el análisis de historias clínicas y las evaluaciones realizadas por los comités institucionales, entre otras.

Sin embargo, aunque las organizaciones estandaricen al máximo sus procedimientos, capaciten y entrenen permanentemente a sus miembros, lleven a cabo acciones de seguimiento y realicen mejoras continuas con base en sus hallazgos, muy difícilmente se podrán eliminar por completo los riesgos de fallas o errores inesperados. Este hecho exige que las entidades estén adecuadamente preparadas para manejar tales situaciones, de manera que se puedan detectar, corregir oportunamente y prevenir su recurrencia. Llevar a cabo las diferentes actividades para fortalecer el autocontrol.

4.4.5.3 ACCIONES COYUNTURALES: Definidas como el “conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y la prevención de su recurrencia” (decreto 1011 del 2006 artículo 34). Son ejemplos de situaciones donde se deberían establecer acciones de tipo coyuntural aquellas definidas por la aparición de eventos adversos o centinelas, por cuanto se constituyen en alertas que indican la necesidad de tomar decisiones oportunas, como por ejemplo, un aumento en la demanda de prestación de servicios de salud no esperada, un aumento en la frecuencia de casos de alto

costo, la reducción repentina de la oferta de servicios, etc., son resultados no esperados y que requieren la atención e intervención inmediata de la institución.

Las acciones son un continuo en el tiempo; así, las acciones preventivas deberán generar acciones de seguimiento y estas a su vez pueden desencadenar acciones coyunturales o preventivas, y las acciones coyunturales generan la planeación de acciones preventivas de forma tal que el ciclo de mejoramiento se cierre.

4.4.6 PHVA

El ciclo PHVA consiste en un proceso metodológico, con el cual se establece un lineamiento para asegurar las acciones de mejoramiento y mantenimiento en los procesos, consiste en la ejecución de cuatro pasos estructurados: planear, hacer, verificar y ajustar.³⁶

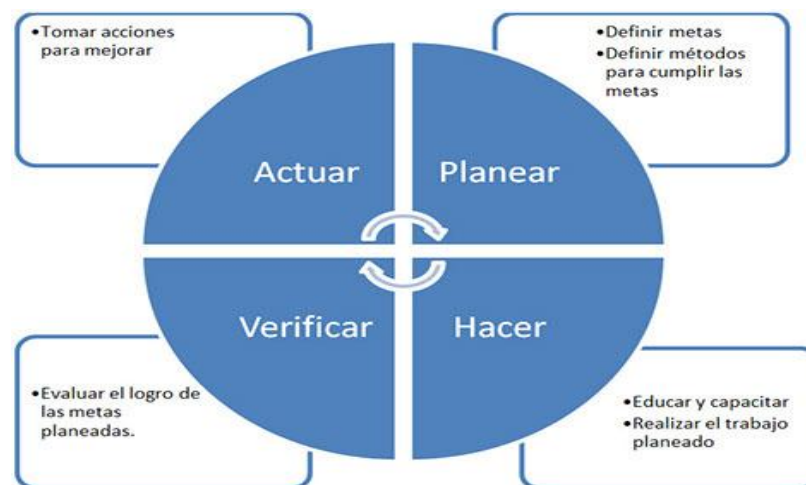
Planear: identifica el problema; establece métodos y metas.

Hacer: Educar y entrenar; Ejecución y recolección de datos.

Verificar: Verifica el cumplimiento de las acciones.

Actuar: se previenen y se retroalimentan los diferentes actores del problema.

CICLO PHVA



FUENTE: www.usergioarboleda.edu.co/santamarta/sistema-de-gestion-de-la-calidad.html

³⁶ Arter Dennis. Visión General. En: Trautman Gretchen, Tony William; auditorias de calidad para mejorar la calidad. 3ra Ed. Estados Unidos de Norte América; ASQ Quality Press; 2003.p. 1- 23.

La realización del ciclo de mejoramiento debe realizarse de manera constante, buscando las oportunidades de mejora visualizando siempre que la prestación del servicio cumpla con los estándares de la calidad esperada haciendo el respectivo análisis causal, toma de acciones verificación de las mismas y corrigiendo de acuerdo a los resultados obtenidos punto donde el ciclo retorna.³⁷

Este ciclo es el que se toma como base para la generación de mejoramiento continuo de los procesos dentro del plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, donde las instituciones garanticen la constante retroalimentación de la información obtenida para la producción de un plan de mejoramiento para el crecimiento y fortalecimiento de las entidades prestadoras de servicios de salud, tomando como referencia el sistema único de acreditación y teniendo como objetivos el cumplimiento de los estándares que es este se establecen.

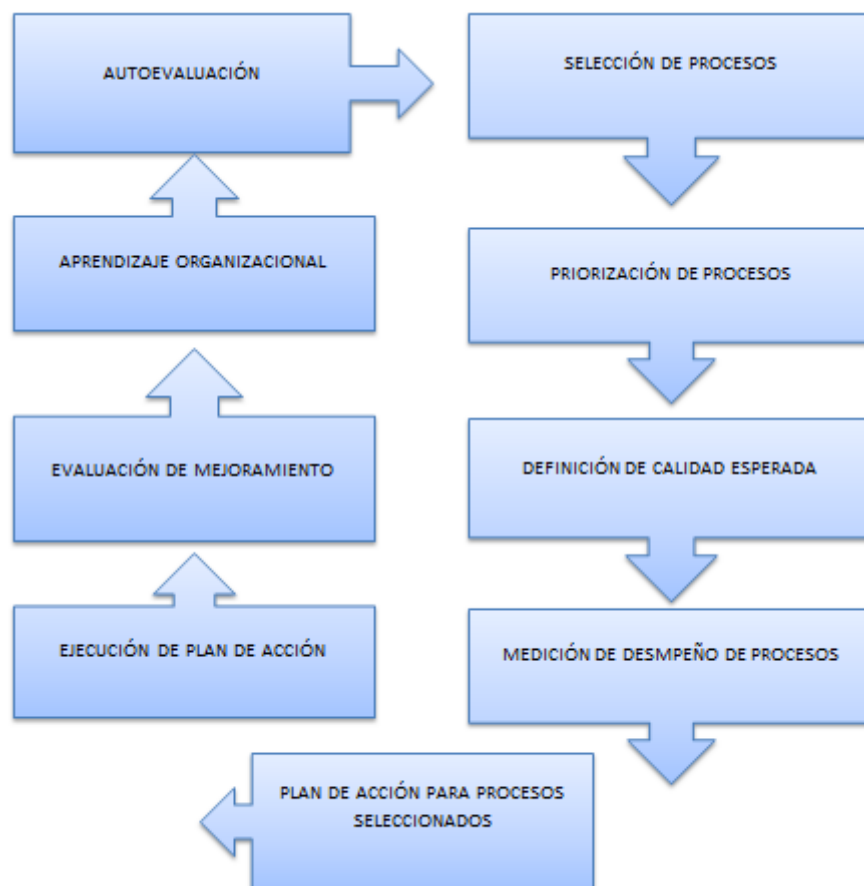
4.4.7 RUTA CRÍTICA

El plan estratégico de toda institución prestadora de servicios de salud debe apuntar a conseguir la acreditación de sus servicios; el paso inicial para este proceso es la evaluación de los procesos internos, evaluación que permite la toma de decisiones gerenciales las cuales, basadas en el desempeño de la institución, además de mostrar el compromiso de la institución con el mejoramiento continuo de la calidad y la acreditación de los servicios, aumenta la oportunidad de ampliar la captación de clientes externos, agregando valor a los servicios que oferta además de garantizar a la población la asistencia a sus necesidades en salud con la suficiente calidad de atención y obteniendo los resultados esperados para generar un estado de satisfacción.³⁸

³⁷ García Manuel, Quispe Carlos, Ráez Luis. Mejora continuada de la calidad de los procesos. *inds data*.2003; 6 (1):89-94.

³⁸ Llanos Zavala Fernando. Auditoría médica en el primer nivel de atención. *rev med hered*.2000; 11 (3): 107-112

Ruta Critica IPS ORTHOESTETIC SAS



FUENTE: Tomada de la IPS Orthoestetic

El ICONTEC es la entidad que otorga la acreditación bajo la concesión dada por el Ministerio de la protección social a través del contrato 000187 de 2003, a las organizaciones que presten servicios de salud, de acuerdo a los procedimientos establecido para el proceso de acreditación en salud.³⁹

Se convierta la ruta crítica en el paso a paso del proceso de direccionamiento de los procesos para la consecución del ciclo PHVA. El ministerio de la protección social propone dentro de las guías básicas para la implementación de las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud el desarrollo de la ruta crítica explicando detalladamente cada uno de los procedimientos para su consecución, el ministerio propone los siguientes pasos:

³⁹ ICONTEC. proceso para la acreditación en salud. ruta crítica. Bogota; ICONTEC; 2012.

1. autoevaluación.
2. Definición de prioridades.
3. Definición de la calidad esperada.
4. Medición inicial del desempeño de los procesos (calidad observada).
5. Formulación ejecución y evaluación del plan de mejoramiento.
6. Aprendizaje organizacional, estandarización de los procesos.
7. Seguimiento a través de comités.

Por último se plantea la manera de implementación de la auditoria de tercer nivel o auditoria externa.

4.4.8 PLAN DE MEJORA PARA EL DESARROLLO DEL MODELO DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad consiste en la implementación del componente de auditoría para el desarrollo de un plan de mejoramiento continuo dentro de las instituciones de salud, así, dentro del Sistema obligatorio de Garantía de Calidad, se define como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios” (guía N°1, guías básicas para implementar las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Ministerio de protección social).

En plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad definen las acciones que se deben de realizar con el fin de los procesos que se consideren como prioritarios en la institución y se oriente hacia la identificación de las diferencias entre la calidad observada sobre la calidad esperada, para con esto poder establecer los planes de mejoramiento que superen estas diferencias y obtener resultados totalmente satisfactorios dentro de la atención de los usuarios.

Los pasos para proceso de implementación del PAMEC constan de la siguiente ruta crítica:

1. Se deben de identificar los problemas dentro de la institución que estén generando deficiencia en la calidad de la atención prestada a los usuarios, para esto se debe tomar como base la Resolución 0123 de 2012 en la cual se estipulan los estándares para la acreditación en servicios de salud y la Resolución 1446 de 2006, donde se establecen los indicadores para el sistema de información para la calidad.
2. Dentro de los problemas señalados en el anterior paso se realizara una selección de aquellos procesos que están repercutiendo de manera significativa en el no logro de los resultados esperados por la institución.

3. Se realizara un nuevo filtro dentro de los procesos priorizando aquellos que afecten directamente la calidad de prestación de servicio a los usuarios.
4. Se definirá la calidad esperada de los procesos en los cuales se encontraron falencias, estableciendo metas, es decir proyectando el mejoramiento de la situación a mejorar.
5. Se establecerá cual es la calidad observada, verificando es que nivel se encuentra esta calidad con respecto a la calidad esperada.
6. Se elaborara e implementar un plan de acción tome medidas sobre aquellos procesos prioritarios que aumentan la brecha entre la calidad observada y la calidad, dentro de este plan de acción, se deben establecer recursos necesarios y el cronograma dentro del cual se definirán las metas esperadas durante los plazos definidos, además antes de iniciar con el plan de acción, se debe de contar con la aprobación de las instancias correspondientes a la institución.
7. Se debe de informar a las personas pertenecientes de la institución el plan de acción que se ejecutara como medida hacia los procesos que afectan la calidad además de informar los avances del mismo con el cumplimiento de las metas propuestas.
8. La implementación de una metodología de evaluación que permita verificar el cumplimiento o no de las metas propuestas dentro del plan de acción.⁴⁰

4.5 GLOSARIO

ACCESIBILIDAD: Posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios prestados por la institución.

AUDITORÍA: Proceso de inspección, vigilancia y control sobre una persona, proceso o producto, realizando una evaluación crítica sobre éstos.

AUTOEVALUACIÓN: Actividad realizada para obtener un diagnóstico a partir de criterios ya establecidos.

CALIDAD: Propiedad subjetiva dada a una persona, cosa o proceso que permite dar valor de superioridad sobre otros similares.

CALIDAD OBSERVADA: Características que se aprecian en la realidad con las cuales se pretende satisfacer la necesidad de los usuarios y constituyen los procesos susceptibles de mejora.

⁴⁰ Ministerio de la protección social. Guías básicas para implementar las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Ministerio de protección social: 2007

CALIDAD ESPERADA: Características ideales para brindar una atención que cumpla con la totalidad de las necesidades de los usuarios de manera eficaz y eficiente.

DESARROLLO: Ampliar una acción para la obtención de un objetivo definido.

EVALUACIÓN: Medir el grado de éxito de los objetivos propuestos.

EVENTO ADVERSO: Es el daño ocasionado a un usuario durante la prestación del servicio.

EFICACIA: El logro de objetivos o metas propuestas.

EFICIENCIA: Refiere al logro de los objetivos con una menor cantidad de recursos y menos efectos no deseados.

ESTRATEGIA: Método mediante el cual se establece acciones para mejorar algún aspecto de interés.

ESTANDAR: Medida o punto de comparación.

FIABILIDAD: Resultados que me permiten tener un diagnóstico veraz, para la correcta toma de decisiones.

FORMULAR: Expresar un concepto de manera clara y precisa.

HALLAZGOS: Resultado de la evaluación de evidencia recolectada durante un proceso de auditoría comparándolo con criterios ya establecidos.

INCIDENTE: Es un suceso que puede generar daño a un paciente pero que aún no se ha presentado.

INDICADORES: Información numérica cuantificable que refleja el estado de un proceso.

IMPACTO: Resultado de un proceso causal.

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD: Acciones basadas en la evaluación hecha a los procesos en búsqueda de mejorar aquellos aspectos que no permiten conseguir un alto nivel de calidad o llegar a la calidad esperada.

MEJORAMIENTO CONTINUO: Modificación de procesos en búsqueda de mayor efectividad de los resultados.

METODOLOGÍA: Conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica, un estudio o una exposición doctrinal.

NORMATIVIDAD: Disposiciones que regulan los deberes de una sociedad.

OPORTUNIDAD: Posibilidad que tiene un usuario que le sea prestado un servicio sin que se le interpongan obstáculos para adquirirlos.

ORGANIZACIÓN: Grupo de personas y recursos dispuestos de manera organizada para la realización de un objetivo.

ORIENTACIÓN: Proceso mediante el cual se lleva al personal a comprender los mecanismos de trabajo y se le dan a entender sus responsabilidades.

PROCESO: Conjunto de actividades realizadas en un orden lógico para la obtención de un producto o resultado.

PERTINENCIA: Se refiere al grado de atención del usuario empleando los recursos basados en evidencia científica que permitan la satisfacción de una necesidad.

PROTOCOLOS: Listado de recursos y técnicas necesarias para la realización de una actividad.

PLANEACIÓN: Proceso administrativo que plantea un estado futuro deseable y con base en éste establecer estrategias o acciones encaminadas al logro de los objetivos planteados.

PAUTAS: Planificación estratégica que selecciona los medios adecuados para lograr los objetivos de comunicación planteados.

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada. (Ministerio de la protección social, decreto 1011 de 2006, título III, capítulo I artículo 6)

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento

de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada éstas que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. (Ministerio de la protección social, decreto 1011 de 2006 título V artículo 41)

SERVICIO: Recursos, infraestructura y personal dispuestas para la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

SEGURIDAD: Conjunto de requerimientos de tipo estructural, instrumental y metodológico que al ser aplicados de la manera adecuada minimizan el riesgo o la ocurrencia de un evento adverso.

SEGUIMIENTO: Acciones tomadas después de la finalización de un proceso.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO: Bienestar por parte de los usuarios con un óptimo alcance de sus expectativas.

4.6 MARCO JURÍDICO

NORMATIVIDAD	DESCRIPCIÓN
Constitución política de Colombia de 1991	<p>Artículo 48: Define la Seguridad Social como un servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.</p> <p>Artículo 49: Se establecen como funciones del Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control⁴¹</p>
Ley 100 de 1993:	<p>Artículo 153: Fundamentos del Servicio Público: Dentro de los cuales se encuentra de Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre Escogencia, Autonomía de las Instituciones, Descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y CALIDAD.</p> <p>La CALIDAD Caracterizada como la atención oportuna, personalizada,</p>

⁴¹ Constitución Política, Bogotá. Legis, 1991; Colombia.

	<p>humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.</p> <p>Artículo 178: Dentro de las funciones de las Entidades Promotoras de Salud se incluyen: “Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.</p> <p>Artículo 227: Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud: Establece la responsabilidad del Gobierno de definir el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud.⁴²</p>
Decreto 1011 de 2006	<p>Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social y sus resoluciones reglamentarias.⁴³</p>
Resolución 1043 de 2006	<p>Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad y se dictan otras disposiciones.⁴⁴</p>
Resolución 1446 de 2006	<p>Por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan indicadores de monitoreo del</p>

⁴² Ley 100/1993 de diciembre 23, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones (Diario Oficial 41.148, de 23-12-93).

⁴³ Decreto 1011/2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Diario Oficial 46230, de 03-04-06) .

⁴⁴ Resolución 1043/2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones (Diario Oficial 46271, de 17-05-06)

	sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. ⁴⁵
Resolución 1445 de 2006	Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones y sus Anexos técnicos 1 y 2. Anexo 1 de la Resolución 1445 de 2006, por la cual se expiden los Manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación. Anexo 2 de la Resolución 1445 de 2006: Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la Acreditación en Salud. ⁴⁶
Decreto 4295 del 2007	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003. “Artículo 1o. Norma Técnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.” ⁴⁷
Resolución 123 de 2012	Por medio de la Resolución 0123 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, efectuó modificaciones a las funciones de la entidad acreditadora de cara a los estándares de habilitación Por la cual se modifica el artículo 2° de la

⁴⁵ Resolución 1445/2006, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Diario Oficial 46271, 08-05-06).

⁴⁶ Resolución 1445/2006, Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones (Diario Oficial 46.271, de 17-05-06).

⁴⁷ Decreto 4295/2007, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003 (Diario Oficial 46804, de 06-11-07)

	Resolución número 1445 de 2006 La Ministra de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas por el numeral 13 del artículo 5° del Decreto 4107 de 2011 y los artículos 44 y 56 del Decreto 1011 de 2006 ⁴⁸
--	---

El Ministerio de la Protección Social expidió las guías aplicativas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud para las IPS de carácter Público. En sus apartes reza, entre otras cosas el Implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio, en lo relacionado con el Ciclo de preparación para la Acreditación. La implementación exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados. Además de establecen las pautas indicativas de auditoría expedidas por el Ministerio de la Protección Social, que permiten evaluar y cerrar las brechas para el logro de los resultados esperados por los estándares de acreditación.^{49 50}

⁴⁸ Resolución 123/ 2012, Por la cual se modifica el artículo 2o de la Resolución número 1445 de 2006 (Diario Oficial No. 48.329 de 31-01-12)

⁴⁹ UFPS auditoria de la calidad en salud [internet] Cúcuta, UFPS, 2015[CITADO 15 abril de 2016] [aproximadamente 3 pantallas]. disponible en: <http://auditoriadelacalidadensalud.jimdo.com/linea-de-gerencia-2/sogc-acreditaci%C3%B3n/>

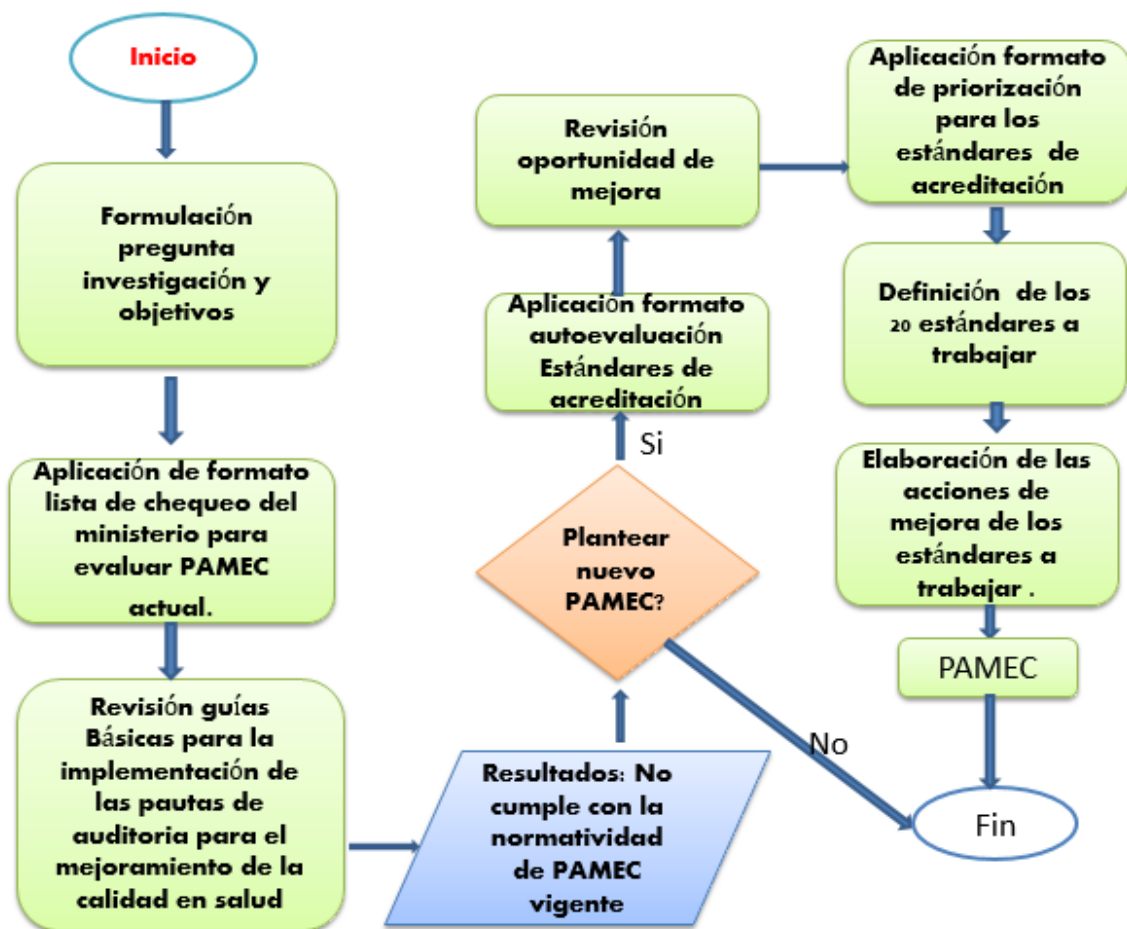
⁵⁰ Ley 872/2008 de diciembre 30, Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios (Diario Oficial, numero, 45418 de 02-01-04).

2. METODOLOGÍA

5.3 DISEÑO DE ESTUDIO: trabajo descriptivo

5.2 PROCESO METODOLÓGICO

Flujograma para IPS Orthoesthetic SAS



5.3 HERRAMIENTAS O INSTRUMENTOS

Para la realización de este trabajo fueron utilizadas las herramientas del Ministerio de la Protección Social que se relacionan a continuación: Lista de chequeo para la Evaluación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Atención en la Salud basado en Minsalud, para realizar el diagnóstico del PAMEC actual de la IPS Orthoesthetic, igualmente el Anexo 7 para la Autoevaluación Resolución 123/2012 y Anexo 8 para la priorización, acciones de mejoramiento, y cronograma de actividades.

Fotografía de la Lista de chequeo para la Evaluación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Atención en la Salud basado en Minsalud.



TITULO : Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud.

FECHA DE ELABORACION :19 de Septiembre de 2014

OFICINA: Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
 DIRECCION DE PRESTACION DE SERVICIOS Y ATENCION PRIMARIA
 LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD				
RUTA CRÍTICA DEL PAMEC	ASPECTO CHEQUEABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD				
El alcance del mejoramiento de la calidad de la entidad, debe ser explícito y se debe orientar en uno o varios de los siguientes temas: 1. Sistema Único de Acreditación 2. Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad 3. Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales 4. Fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente En todo caso, el PAMEC, debe ser superior al cumplimiento de estándares de Habilitación.	Escrito incorporado en el documento PAMEC donde se evidencie el alcance y propósito del mejoramiento de la calidad emprendido por la entidad			
Duración de la implementación del PAMEC, evidenciando el periodo en el que se estará implementando el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad	Periodo de implementación y evaluación del PAMEC debidamente documentado			
RUTA CRITICA DEL PAMEC				
1. AUTOEVALUACIÓN				
Evidencia del análisis de la siguiente información, como base del inicio del PAMEC: Si el enfoque es el Sistema Único de Acreditación: 1. La conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares 2. La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA. 3. Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación 4. Los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA si hay una previa	Instructivo para la preparación para la acreditación de la entidad			

Fotografía de Anexo 7 Autoevaluación Resolución 123 de 2012 Ministerio de la Protección social

NÚMERO	ESTANDAR	ASPECTOS CUALITATIVOS			CALIFICACION										TOTAL			
		FORTALEZAS	SOPORTES O EVIDENCIAS DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	EFECTIVIDAD	ACCESIBILIDAD	PROTECCIÓN	EFICACIA	EFICIENCIA	SEGURIDAD	CONFIANZA	COMPROMISO	PREVENCIÓN	COORDINACIÓN		RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS FINANCIEROS
7.1. Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial																		
Derechos de los Pacientes																		
1	Estándar 1. Código (ASDPI) La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada al plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus derechos. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes. Criterios: - Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido.																	0,00
2	Estándar 2. Código (ASDPI) La institución que se alta proyecta de incorporar de manera oportuna: Criterios: - El respeto al derecho del paciente de participar e intervenir a su favor. - La información relacionada con el																	

Fotografía de Anexo 8 Ministerio de la Protección social

IPS XXXX		PRIORIZACIÓN DE ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN																
		GRUPO DE ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL																
		LÍDER DEL GRUPO:																
ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN				ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE	PERSONA RESPONSABLE EJECUCIÓN DE LA ACCIÓN	Enero de 2014				Febrero de 2014				M...
		Riesgo	Costo	Volumen	Total					Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	
1 Estándar 1. Código (ASDPI) La organización cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de direccionamiento estratégico de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que estos comprenden y siguen sus derechos. Los pacientes que van a ser atendidos conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes. Criterios: - Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido.					0													

5.4 COMPONENTE BIOÉTICO.

El compromiso bioético que se asumió durante la realización de este proyecto, después de revisar la resolución 008430/93, determina que es un trabajo con riesgo inferior a mínimo en el cual se respetarán la autonomía, la justicia y la beneficencia de todos los participantes, y no causará ningún daño, fundamentado en esta resolución, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Se ajusta a los principios científicos y éticos que la justifiquen, y prevalecerá la seguridad de los beneficiarios.

El grupo de investigadores realizó el estudio con los principios básicos, hecho tal que se describirá a continuación:

Principio de conocimiento: se tiene en cuenta la capacidad de cumplimiento con base en la clásica tríada del saber, saber hacer, saber ser.

Principio del control: se tendrá la capacidad del interrumpir la investigación si se considera que pudiera afectar adversamente a alguna de las partes.

Tipos de investigación con base en el riesgo: de acuerdo con las categorías de participación y de riesgo de Michael Grodin, esta investigación se encuentra en la primera categoría: “estudio que aplica apenas un riesgo mínimo con la posibilidad de un beneficio directo”.

El principio de respeto y confidencialidad: donde se tuvo en cuenta la autorización por parte de la IPS en la cual se realizó el trabajo para el mejoramiento de la calidad y que la información que se obtendrá de la misma se le guardará la confidencialidad. **(Ver ANEXO 1 CARTA DE AUTORIZACION IPS CENTRO DE ESPECIALISTAS ORTHOESTETIC S.A.S)**

Principio de beneficencia y no maleficencia: en este principio se exige prevenir la maldad y hacer promover el bien, actuar evitando cualquier posible daño, no obstante producir el máximo bienestar para la institución, usuarios y funcionarios. Los hallazgos de la investigación fueron empleados con fines pertinentes al estudio sin divulgación de la información ahí registrada a instancias distintas de las que deben conocer los resultados. Es un compromiso de los investigadores retroalimentar a la institución de salud sobre los hallazgos del estudio.

5.5 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL

Existe un compromiso de respetar el entorno haciendo buen uso del papel, respetando la norma nacional Ley 99 de 1993, y la respectiva internacional, al no hacer uso de elementos que atenten contra el medio ambiente. Fueron utilizados medios magnéticos para el procesamiento de la información y la presentación de informes, así como también se adhirió a los lineamientos establecidos en la resolución 8430 de 1993 sobre normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

5.6 RESPONSABILIDAD SOCIAL

IPS Centro de Especialistas Orthoesthetic S.A.S, es una empresa dedicada a la prestación de servicios de salud de modalidad de consulta externa, ayudas terapéuticas y toma de muestra para laboratorio clínico de primer y segundo nivel de atención. Es una empresa privada y con una experiencia de tan solo 32 meses

como IPS, con atención en baja y mediana complejidad, con sedes ubicadas en La Unión y Roldanillo Valle; donde su mayor responsabilidad social por medio de la Implementación del PAMEC deberá ser:

- Garantizar la Seguridad del Paciente, direccionando una política de seguridad no solo al paciente dentro de la institución sino que se involucraran sus familiares.
- Garantizar la Seguridad a los empleados ya que la IPS trabaja con y para seres humanos, por tal motivo debe creer en sus colaboradores, en sus capacidades y en su interés por realizar la labor lo mejor posible de esta forma ha creado espacios de enriquecimiento personal, intelectual y profesional para el bienestar de sus colaboradores.
- Prevención y Control de contaminación Ambiental: incentivando estrategias y prácticas basadas en la cultura de eco-eficiencia y cuidado del medio ambiente.
- Atención Integral y de excelente Calidad en la Prestación de Servicios de Salud: la IPS brindará en todo momento a los pacientes la atención requerida, buscando incrementar el nivel de satisfacción, implementando y renovando procesos y prácticas seguras en la atención del paciente.

El Proyecto del PAMEC va presentado a la IPS. Centro de Especialistas Orthoesthetic SAS, quien beneficiará e incluirá a todos sus Clientes Internos (los empleados y colaboradores de la Institución) y a todos sus Clientes Externos (toda la población que asista a la IPS a beneficiarse de sus servicios y los que ofrezcan servicios), sin ninguna exclusión.

5.7 POBLACIÓN Y/O INSTITUCIÓN QUE SE BENEFICIA CON EL PROYECTO:

La IPS. Centro de Especialistas Orthoesthetic SAS presta servicios de Salud en Odontología General y Especializada, ayudas terapéuticas y toma de muestra para laboratorio Clínico con profesionales en la parte asistencial y administrativa, con el personal técnico y demás colaboradores dentro de la institución, a toda la población en general: Niños, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad en los municipios de La Unión, Roldanillo y municipios vecinos.

5.8 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.8.1 CRONOGRAMA

Semanas Enero 16 a Abril 30 2016	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Formulación pregunta problema de investigación	■	■													
Elaboración objetivos investigación			■												
Aplicación de formato lista de chequeo del ministerio para evaluar PAMEC actual.				■											
Revisión guías Básicas para la implementación de las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud					■										
Resultados: No cumple con la normatividad de PAMEC vigente						■									
Planteamiento del PAMEC que cumpla con la normatividad vigente							■								
Aplicación formato autoevaluación Estándares de acreditación								■							
Revisión oportunidad de mejora									■						
Aplicación formato de priorización para los estándares de acreditación										■	■				
Definición de los 20 estándares a trabajar												■			
Elaboración de las acciones de mejora de los estándares a trabajar .													■	■	
Presentación PAMEC															■

5.8.2 PRESUPUESTO

Talento Humano ↓	Cantidad	Hora Mes	Valor Hora	Costo x mes	Costo total (4 meses)	Recursos Propio	Recurso Universidad	Total Neto
Investigador Estudiante	4	80	20.000	\$ 1.600.000,00	\$ 3.200.000,00	\$ 3.200.000,00		
Aseores	2	10	40.000	\$ 800.000,00	\$ 1.600.000,00		\$ 1.600.000,00	
Costos Indirectos (Papelería- → Alimentación-viaticos)	\$ 700.000,00	\$ 700.000,00		
Costos Directos ↓								
Internet	4	10	2000	\$ 20.000,00	\$ 80.000,00	\$ 80.000,00		
Celular	4	2	8000	\$ 16.000,00	\$ 64.000,00	\$ 64.000,00		
Visitas IPS	2			\$ 300.000,00	\$ 600.000,00	\$ 600.000,00		
Total					\$ 6.244.000,00	\$ 4.644.000,00	\$ 1.600.000,00	\$ 6.244.000,00

6. RESULTADOS

6.1 La evaluación del desarrollo del PAMEC actual de la IPS Orthoestetic, se realizó con la verificación de la lista de chequeo del Ministerio de Salud y Protección Social, arrojando como resultado global un cumplimiento del 0%, sobre 20 parámetros evaluados, evidenciándose el no cumplimiento con la normatividad vigente; lo que no permite a la organización desarrollar un adecuado sistema de la calidad. Por lo que se recomienda la realización de un PAMEC actualizado y adaptado al Sistema Único de Acreditación, proceso iniciado con el diligenciamiento del ANEXO 2 (Lista chequeo para la Evaluación del PAMEC del Ministerio de Salud y Protección Social).

Resumen de la Evaluación del PAMEC de la IPS Orthoestetic SAS

ASPECTOS A EVALUAR	CUMPLE	NO CUMPLE
Alcance del Mejoramiento Continuo de la Calidad		X
1. Autoevaluación		X
2. Selección de procesos a mejorar		X
3. Priorización de procesos		X
4. Definición de la Calidad Esperada		X
5. Calidad Observada		X
6. Formulación de Planes de mejoramiento para alcanzar la Calidad Esperada		X
7. Implementación de Planes de Mejoramiento para alcanzar la Calidad Esperada		X
8. Evaluación de la Ejecución de los Planes de Mejoramiento para alcanzar la Calidad Esperada		X
9. Aprendizaje Organizacional		X
Porcentaje de Evaluación del PAMEC	0%	100%

En la evaluación del PAMEC se evidenció que:

-El **Alcance** del mejoramiento continuo de la calidad no cumple porque a pesar de que existe un documento escrito no fue elaborado con la normatividad vigente del Sistema Único de Acreditación (Resolución 0123 del 2012), sino con metodología del Sistema Único de Habilitación.

-En cuanto a la **Autoevaluación** del PAMEC, no existe ningún registro en la IPS desde el 2013, no se evidencian auditorías internas, se encontró 1 auditoría externa desde el 2013 con el plan y la acción de mejoramiento en documentos escritos, se evidencian actas de algunos comités (Historias Clínicas, de Calidad y de Seguridad del paciente), pero sin resolución de conformación, con cronogramas planeados sin continuidad, sin análisis ni seguimiento continuo, existen reportes de Indicadores y buzón de sugerencias sin análisis y sin seguimiento.

-En cuanto a la Formulación, Implementación y Evaluación de los Planes de Mejoramiento la IPS no cumple porque no hay un direccionamiento dentro de la institución claro y socializado en todas las áreas y en el momento la IPS se encuentra aún enfocada en los estándares de habilitación.

6.2 En consideración a la no aplicabilidad y el no cumplimiento del actual PAMEC, se realizó una autoevaluación de 127 estándares en total, donde se identificaron fortalezas y debilidades lo cual condujo a formular unas oportunidades de mejoramiento acordes a la IPS con un resultado 1,10% , que indicó un déficit en los procesos; por tanto, se debe mejorar en cada cierre de ciclo, y plantearse las oportunidades de mejoramiento.

6.3 Con relación al resultado que arrojó la revisión de la lista de chequeo Evaluación del PAMEC actual, se propuso la metodología para el desarrollo del PAMEC utilizando las Guías y Pautas básicas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, según consta en el Anexo #2

CALIFICACIÓN CUALITATIVA DE LOS 127 ESTÁNDARES APLICABLES DE LOS PROCESO DE ATENCIÓN DENTRO DE LA IPS ORTHOESTETIC SAS.

ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					TOTAL
Sistematicidad y Amplitud	Proactividad	Ciclo de Evaluación y mejoramiento del enfoque	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación	1,10

RESUMEN DE ESTÁNDARES DEL AUTOEVALUACIÓN RES 123 ANEXO #7

ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN
Derechos de los pacientes	3,5
Acceso	7,8
Registro e Ingreso	3,4
Evaluación de Necesidades al Ingreso	2,2
Planeación de la Atención	10,1
Ejecución del Tratamiento	4,2
Evaluación de la Atención	2
Sedes Integradas en Red	13,8
Estándar de Direccionamiento	14,4
Estándar de Gerencia	14,2
Estándar Gerencia del Talento Humano	18,6
Estándar Gerencia del Ambiente Físico	13,9
Estándar Gestión de la Tecnología	11,6
Estándar de Gerencia de la Información	16,1
Estándar del Mejoramiento de la Calidad	5
TOTAL	1,108661417

6.4 Con la aplicación en su totalidad del Formato de priorización, del Ministerio de Salud y Protección Social, se priorizaron veinte (20) estándares de los 127 que se identificaron como aplicables a la IPS, de los cuales trece (13) estándares corresponden al Direccionamiento y arrojaron 56 actividades de mejoramiento (58.33 %), cuatro (4) estándares de atención al cliente asistencial con 21 actividades (21.88%), (1) de Talento Humano con 6 actividades (6,25%) de acciones de mejoramiento, un (1) estándar de Gerencia de la Información, con 7 actividades (7,29%), y un (1) estándar de Mejoramiento de la Calidad con 6 actividades (6,25%). De acuerdo a los anteriores hallazgos se propuso un plan de mejoramiento con 96 (100%) actividades de mejoramiento, con su respectivo cronograma por cada estándar, siendo éste el PAMEC propuesto (ANEXO 4 Y 5 – herramienta prianexo 8 del Ministerio de la Protección Social).

CONSOLIDADO	Total Acciones de Mejoramiento	
Grupo de Estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial.	21	21,88%
Grupo de Estándares de Direccionamiento	56	58,33%
Grupo de Estándares de Gerencia del Talento Humano.	6	6,25%
Grupo de Estándares de Gerencia de la Información.	7	7,29%
Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad.	6	6,25%
TOTALES	96	100,00%

7. CONCLUSIONES

- ✓ La aplicación de la lista de chequeo del Ministerio de la protección social, al PAMEC de la IPS ORTHOESTETIC permitió diagnosticar el no cumplimiento de la norma.
- ✓ La IPS ORTHOESTETIC SAS no tiene definido el talento humano encargado de la ejecución de los procesos de calidad.
- ✓ La priorización de los estándares permitió detectar la mayor falencia dentro de la IPS, que resultó ser el direccionamiento, y a partir de esta detección, articular de forma expedita los demás estándares.
- ✓ Una priorización más favorable para la organización evidencia un direccionamiento claro para la correcta ejecución de los procesos establecidos dentro de la IPS.
- ✓ Con la selección y priorización de los estándares de mejoramiento de la calidad, se logró formular el PAMEC para la IPS ORTHOESTETIC proyectado a un año con seguimiento continuo cada 4 meses.
- ✓ Con la formulación correcta y completa del PAMEC dentro de la IPS ORTHOESTETIC, se podrá garantizar una mejor atención en salud a los usuarios, dado que esta es una herramienta clara, precisa y objetiva para el desarrollo y evaluación de las necesidades.

8. RECOMENDACIONES

- ✓ Implementar por parte de la gerencia en la IPS ORTHOESTETIC SAS el PAMEC formulado por los estudiantes de la universidad andina.
- ✓ Definir por parte de la gerencia de la IPS ORTHOESTETIC SAS el talento humano que se encargue de la implementación, vigilancia y control del proceso de gestión de calidad de forma permanente, y dependiente de la dirección clínica.
- ✓ Aplicar el direccionamiento según consta en el cronograma planteado en el PAMEC por parte de la gerencia de la IPS ORTHOESTETIC.
- ✓ Se recomienda a la gerencia dar continuidad al proceso ya iniciado mediante este trabajo para así obtener los resultados esperados en el tiempo programado.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Buavaraporn Nattapan, Maluesr Patchaya, Leelartapin Kanokporn, Punnakitikashem Prattana. Health Care Service Quality: Case Example of a Hospital with Lean Implementation .POMS 23 rd Annual Conference; 2012.
2. Brent C. James. Quality management for health care delivery. The Hospital Research and Educational Trust. USA. 1989
3. Isaza Serrano Alejandro Tadeo. Garantía de la calidad en salud. Cómo organizar una empresa del sector salud. 2da Ed. Bogotá. Ediciones de la U; 2014.
4. Nájera Aguilar Patricia, Nigenda-López Gustavo, Ramírez Sánchez Teresita de J. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud pública de México. 1998; 40 (1): 1-10.
5. Red de salud del suroriente ESE. Control y mejora manual de calidad. 11 Red de salud del suroriente ESE. 2012
6. Malagón Londoño Gustavo, Galán Morera Ricardo, Pontón Laverde Gabriel. Auditoria en salud. 2da Ed. Colombia: Panamericana; 1998.
7. Álvarez Heredia Francisco. Calidad y auditoria en salud. 2da Ed. Colombia: Ecoe ediciones; 2003.
8. Fundacion ECA global. El auditor de calidad. 1ra Ed. España: FC editorial; 2007.
9. Varo Jaime. Gestión Estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. 1ra Ed. España: ediciones días de santos; 1993.
10. Mejía García Braulio, Álvarez Heredia Francisco. Auditoria médica para la garantía de la calidad en salud. 5ta Ed. España: Ecoe ediciones; 1997

10. ANEXOS

ANEXO 1: CARTA DE AUTORIZACIÓN IPS CENTRO DE ESPECIALISTAS ORTHOESTETIC S.A.S



La Unión (Valle), 20 Agosto del 2015

Señores:

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
Pereira (R/da)

Cordial Saludo

La presente es con motivo de informar que la **IPS CENTRO DE ESPECIALISTAS ORTHOESTETIC S.A.S** acepta a los estudiantes **Claudia X. Ovalle** y **Carlos Fernando Solarte, Diana M. Hernández y Ángela Zapata** para que realicen trabajo de grado en la IPS, ya que esta actividad va ser de gran beneficio para nuestra institución.

Mil gracias por tenernos en cuenta.

Atentamente,

REINALDO GUERRERO D.

Gerente

ANEXO 2: Lista de chequeo de auditoria en salud del ministerio de la protección social.

ANEXO 3: Herramienta del ministerio de la protección social anexo siete.

ANEXO 4: Herramienta del ministerio de la protección social anexo ocho.

ANEXO 5: Herramienta del Formato de Priorización de Estándares de Acreditación del Ministerio de Salud y Protección Social PAMEC propuesto. Anexo técnico ocho.