

**ACTUALIZACIÓN DEL PAMEC DE COMFACHOCO EPSS PARA EL PRIMER  
TRIMESTRE DEL AÑO 2017**

**ERIKA VIVIANA CASTILLO GARCÍA  
KARLA DANIELA VERA SALAZAR  
JAZMÍN MARLEY YURGAKY MOSQUERA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA.  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PEREIRA, RISARALDA  
2017**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE  
LA ATENCIÓN EN SALUD COMFACHOCO EPSS “PAMEC”**

**Trabajo presentado como requisito para optar al título de Especialista en  
Auditoria en Salud**

**ASESOR TEMÁTICO Y METODOLÓGICO  
DIEGO CARMONA CARMONA**

**POR:**

**KARLA DANIELA VERA SALAZAR  
JAZMÍN MARLEY YURGAKY MOSQUERA  
ERIKA VIVIANA CASTILLO GARCÍA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PEREIRA, RISARALDA**

**2017**

Nota de aceptación:

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del Jurado**

---

**Firma del Jurado**

## DEDICATORIA

*Dios Tu amor y tu bondad no tienen fin, nos permites sonreír ante todos nuestros logros que son el resultado de tu ayuda, y no cesan las ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida.*

*A mi Hijo por ser la luz de mis ojos, a mi esposo por creer en todo momento en mí capacidad y por brindarme su apoyo y amor en cada momento.*

*A nuestros padres y hermanos por su apoyo incondicional, por estar en cada paso, por ser soporte y compañía durante toda la vida.*

*A nuestros Profesores, en especial al Doctor Diego Carmona, Por su apoyo ofrecido en esta tesis, por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.*

*¡A ustedes Gracias!*

## TABLA DE CONTENIDO

### INTRODUCCION

1. *Problema*
  - 1.1 *Descripción de la situación problema*
  - 1.2 *Pregunta problema*
2. *Justificación*
3. *Objetivos*
  - 3.1 *Objetivo general*
  - 3.2 *Objetivos específicos*
4. *Marco de referencia*
  - 4.1 *Marco institucional*
    - 4.1.1 *Reseña histórica de la institución*
    - 4.1.2 *Misión*
    - 4.1.3 *Visión*
    - 4.1.4 *Política de calidad*
    - 4.1.5 *Principios de calidad*
    - 4.1.6 *Valores corporativos*
    - 4.1.7 *Portafolio de servicios*
  - 4.2 *Marco de antecedentes*
    - 4.2.1 *Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.*
    - 4.2.2 *Sistema de información para la calidad.*
    - 4.2.3 *Sistema único de habilitación*
    - 4.2.4 *Sistema único de acreditación*
    - 4.2.5 *Campo de aplicación.*
    - 4.2.6 *Descripción general del modelo*
      - 4.2.6.1 *Niveles de auditoria*
      - 4.2.6.2 *Acciones de la auditoria*
      - 4.2.6.3 *Orientación del proceso*
      - 4.2.6.4 *Auditoria de la atención al usuario.*

- 4.2.6.5 Auditoria en los prestadores de servicios de salud.
- 4.2.6.6 Auditoria de la prestación de servicios.
- 4.3 Marco Legal
- 5. Metodología
  - 5.1 Tipo de trabajo realizado
  - 5.3 Herramientas utilizadas
  - 5.4 Referente bioético
  - 5.5 Compromiso medioambiental
  - 5.6 Responsabilidad social
  - 5.7 Población beneficiada
  - 5.8 Presupuesto
  - 5.9. Cronograma
- 6. Resultados
  - 6.2 Socialización y sensibilización
  - 6.3 Ruta crítica
  - 6.4 Auto evaluación
  - 6.5 Selección de procesos a mejorar
  - 6.6 Definición de prioridades
  - 6.7 Definición calidad esperada
  - 6.8 Medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios.
  - 6.9 Formulación del plan de mejoramiento
  - 6.10 Ejecución del plan de mejoramiento:
  - 6.11 Evaluación del plan de mejoramiento:
  - 6.12 Aprendizaje organizacional
  - 6.13 Informe sobre hallazgos de las auditorías internas realizadas en las instalaciones de Comfachoco EPS-S
  - 6.14 Ciclo PHVA: planear-hacer-verificar-actuar
- 7. Conclusiones
- 8. Recomendaciones
- 9. Referencia Bibliográfica

## LISTA DE TABLAS

- Tabla 1. Red de servicios de salud de la EPS-S Comfachocó 2016*
- Tabla 2. Componentes del PAMEC en las EPS, Administradoras del régimen subsidiado, Empresas Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.*
- Tabla 3. Componentes del PAMEC en las IPS.*
- Tabla 4. Componentes del PAMEC en las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales (entidades territoriales de salud)*
- Tabla 5. Procesos de auditoría en las EPS, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina Prepagada.*
- Tabla 6. Procesos de auditoría en las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.*
- Tabla 7. Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud.*
- Tabla 8. Cuadro presupuesto*
- Tabla 9. Cronograma*
- Tabla 10. Grupo de autoevaluación*
- Tabla 11. Metodología 5W*
- Tabla 12. Formato Plan de Mejoramiento*
- Tabla 13. Formato seguimiento Plan de mejoramiento*

## LISTA DE FIGURAS

*Figura 1. Flujograma Metodología de trabajo*

*Figura 2. Diagrama Causa y Efecto*

*Figura 3. Ciclo PHVA*



## LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1. Auditoria Interna Reporte De Información*
- Anexo 2. Anexo auditoria interna gestión del usuario*
- Anexo 3. Auditoria Interna De Gestión Del Riesgo*
- Anexo4. Auditoria Interna De Afiliaciones Y Registro*
- Anexo 5. Autoevaluación*
- Anexo 6. Plan de mejoramiento*

## GLOSARIO DE TERMINOS

**PAMEC:** Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, es la forma a través de la cual la institución prestadora de servicios de salud (IPS) implementa un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad<sup>1</sup>.

**Acreditación en Salud:** Es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de unos estándares óptimos y factibles de alcanzar<sup>2</sup>.

**Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

**Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Archivo de Gestión.** Es aquel donde reposan las Historias Clínicas de los usuarios activos y de los que no han utilizado el servicio durante los cinco (5) años siguientes a la última atención.

**Atención al Cliente.** Es adoptar un enfoque centrado en el cliente suele requerir un cambio de actitud aun cuando tratan de prestar servicios de buena calidad.

**Atención de Salud.** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las

---

<sup>1</sup> [www.adrianamendoza.com](http://www.adrianamendoza.com)

<sup>2</sup> [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población<sup>3</sup>.

**Auditoría de Calidad.** Es la evaluación sistemática de la atención en salud, con el objetivo fundamental de mejorar la calidad de los servicios”. Significa la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico-científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud<sup>4</sup>.

**Auditoría Externa.** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden<sup>5</sup>.

**Auditoría Interna.** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiriera la cultura del autocontrol.

**Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

**Autocontrol.** Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

---

<sup>3</sup> [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

<sup>4</sup> [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

<sup>5</sup> [www.adrianamendoza.com](http://www.adrianamendoza.com)

**Aseguramiento de la Calidad:** Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas implantadas dentro del sistema de la calidad, para proporcionar confianza adecuada de que una entidad cumplirá los requisitos para la calidad.

**Calidad de la Atención de Salud.** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, con balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

**Calidad Esperada.** Forma como se espera que se realicen los procesos de atención normas técnica, guía, sistema, los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo que finalmente tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados

**Calidad.** La calidad de la atención en salud se define como el logro de los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos recursos.

**Capacidad.** Se refiere a los recursos y actitudes que tiene un individuo, entidad o institución, para desempeñar una determinada tarea.

**Cliente Externo.** Es la persona que no pertenece a la empresa solicita satisfacer una necesidad (bien o servicio).

**Cliente Interno.** Es el elemento dentro de una empresa, que toma el resultado o producto de un proceso como recurso para realizar su propio proceso.

**Control Interno.** Se entiende como el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad.

**Costos:** Son los gastos económicos que representan la fabricación de un producto o la prestación de un servicio.

**Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basadas en el conocimiento científico.

**E.S.E** .Institución prestadora de servicios de salud que en el SGSSS tiene la función de prestar los servicios en el respectivo nivel de atención a los afiliados y beneficiarios de los distintos regímenes en los que se divide el sistema.

**Efectividad.** El grado en que la asistencia médica se presta de forma correcta, según el estado actual del conocimiento, para alcanzar el resultado proyectado o deseado por el paciente.

**Eficiencia.** Indicadores y resultados que miden el nivel de recursos empleados en un Proceso para atender los requisitos de los clientes. Relación entre los resultados (resultados de la asistencia) y los recursos utilizados para prestar la asistencia al paciente.

**Estandarización** Tiene como connotación principal la idea de seguir entonces el proceso estándar a través del cual se tiene que actuar o proceder.

**Estrategia.** Acciones planteadas por una organización en respuesta de o como anticipación a los cambios en su ambiente. También es el modo de obtener una mejor posición respecto de la competencia. Determinación del propósito u objetivo de una empresa y la asignación de recursos para lograrlo.

**Evaluación.** Combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos.

**Habilitación.** Herramienta definida para autorizar el ingreso y la permanencia de los prestadores de servicios de salud en el sistema de salud.

**Homogeneidad.** Calidad de una cosa a estar formada por elementos de distinta clase o naturaleza. La evaluación de la situación de la misma en cada una de las áreas.

**Indicadores.** Se refiere a la información numérica que cuantifica (mide) las dimensiones de entrada, salida y de desempeño de procesos, productos y servicios de la organización como un todo. Estas variables permiten medir, evaluar y comparar, cuantitativamente en el tiempo, su propio comportamiento y su posición relativa respecto de sus similares de otras realidades.

**Modelo C-Dopri.** Resume una serie de esfuerzos tendientes a facilitar la evaluación de los facilitadores de medicina y de ciencias de la salud, los servicios de salud y los procesos de integración docente-asistencial.

**Modelo EFQM.** El Modelo Europeo de Excelencia Empresarial, conocido como Modelo EFQM está patrocinado por la EFQM y la Comisión de la UE, base del Premio Europeo a la Calidad. Es un modelo no normativo, cuyo concepto fundamental es la autoevaluación basada en un análisis detallado del funcionamiento del sistema de gestión de la organización con los criterios del modelo como guía.

**Mejoramiento Continuo:** Es un proceso que describe muy bien lo que es la esencia de la calidad y refleja lo que las empresas necesitan hacer si quieren ser competitivas a largo tiempo.

**Población.** En contextos como el sociológico, el término se refiere al conjunto de personas que vive en un área geográfica determinada.

**Prevenir.** Tratar de evitar o impedir que se produzca un daño o peligro que se conoce con anterioridad (diccionario manual de la lengua española).

**Proceso.** Es una secuencia de pasos dispuesta con algún tipo de lógica que se enfoca en lograr algún resultado específico. Los procesos son mecanismos de comportamiento que diseñan los hombres para mejorar la productividad de algo, para establecer un orden o eliminar algún tipo de problema.

**Servicios.** Son unos conjuntos de actividades que buscan satisfacer las necesidades de los clientes.

**Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud- SOGCS.** Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

**Del Sistema General de Seguridad Social en Salud –S.G.S.S.S.** Sistema de Seguridad Social en Salud. Tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear las condiciones de acceso a toda la población colombiana, en todos sus niveles de atención.

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo de grado fue planteado con la finalidad de desarrollar un proceso de actualización y propuestas de mejoramiento PAMEC de la EPS-S COMFACHOCO QUIBDO, la cual se encuentra habilitada para la prestación de servicios de salud.

Para este trabajo, fue necesario realizar un análisis o diagnóstico inicial con el fin de establecer el grado de cumplimiento del PAMEC de la institución a partir de los estándares de la normatividad legal vigente.



## **1. PROBLEMA**

### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA**

La institución seleccionada para iniciar el proceso de evaluación, actualización y seguimiento del programa para el mejoramiento de la calidad, COMFACHOCO EPSS cuenta actualmente con una red que presta servicios de mediana y alta complejidad a sus usuarios y afiliados.

Actualmente la institución cuenta con un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) realizado en 2014, por lo cual es necesario realizar procesos de mejora continua a través de una evaluación del estado en el que se encuentra frente a la satisfacción de los usuarios, la actualización de los requerimientos y el desarrollo de acciones de mejoramiento de los procesos que se tengan como prioritarios en el Programa de Auditoria.

Es por tanto primordial para la institución, cumplir con la normativa legal vigente respecto a la prestación de los servicios de salud, más aun por las metas y objetivos trazados en su plataforma estratégica, siendo de suma importancia para la organización la satisfacción de los usuarios así como la seguridad de los mismos a la hora de la prestación de los servicios.

### **1.2 PREGUNTA PROBLEMA**

La institución requiere dar continuidad al sistema de garantía de la calidad por la competitividad que ello genera, más aun por el posicionamiento que brinda el hecho de estar prestando servicios de salud con calidad, personal idóneo, tecnología de punta y diluyendo los riesgos asociados a la prestación de los servicios.

De allí nace la pregunta generadora del presente trabajo de grado:

¿Cómo desarrollar mediante diversos procesos la actualización, aplicabilidad, seguimiento y evaluación del PAMEC en COMFACHOCO EPSS – QUIBDO?

## 2. JUSTIFICACION

A través del Ministerio de Protección Social, se ha implementado el Sistema de Gestión de la Calidad en nuestro país, el cual ha generado las instituciones Prestadoras de Servicios en Salud, Empresas Promotoras de Salud, **EAPB** comiencen a gestionar y proveer sus servicios en busca de la atención con calidad, brinden seguridad a los usuarios a través del desarrollo asistencial óptimo, teniendo en cuenta los riesgos y los costos de la atención, con el propósito de lograr la satisfacción de dichos usuarios<sup>6</sup>.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud tiene prolongados antecedentes en nuestro país. Entender a la auditoría como una herramienta de gestión de calidad, y esta a su vez como una herramienta de la gestión gerencial implica que la auditoría y la organización, así como los auditados deben conocer los elementos básicos que caracterizan las etapas crecientemente evolutivas que han caracterizado el desarrollo del arte, así como saber utilizar las metodologías e instrumentos propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas de manera responsable y creativa.

El propósito de estas pautas indicativas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, en desarrollo de los artículos 32 y 33 del decreto 1011 de 2006, es el de orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos y promover para el país una nueva etapa en la gestión de los procesos de calidad en la cual se asimilen las experiencias nacionales e internacionales, superemos las evaluaciones

---

<sup>6</sup> [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

superficiales y anodinas y se convierta a la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en una herramienta de gestión que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población<sup>7</sup>.

**Comfachocó EPS** centra su política en brindar a sus usuarios una atención con calidad. Conservando los principios del decreto 1011 de 2006: accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad. Minimizando el riesgo en la salud de sus afiliados, estando dentro de un ámbito de alta competitividad y visionando la acreditación como una meta.

---

<sup>7</sup> [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Evaluar y actualizar el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC de COMFACHOCO EPSS y proponer oportunidades de mejora de acuerdo con los hallazgos desde la fundamentación técnico científica y normativas legales vigentes durante el segundo trimestre de 2017.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Evaluar el estado del PAMEC formulado por la institución y los procesos priorizados de acuerdo a la normativa vigente.
- Realizar acompañamiento al equipo de calidad de la EPS-S, en todo el proceso de evaluación y actualización del PAMEC al interior de la institución.
- Obtener compromiso por parte de la gerencia para iniciar autoevaluación frente a los estándares óptimos de acreditación.
- Proponer un Plan de Mejoramiento que permita a la entidad actualizar el PAMEC y generar acciones de mejoramiento continuo.

## **4. MARCO DE REFERENCIA**

### **4.1 MARCO INSTITUCIONAL**

#### **4.1.1 RESEÑA HISTORICA DE LA INSTITUCIÓN**

La caja de compensación familiar del Chocó COMFACHOCO se creó el 1 de junio de 1978 por iniciativa de la cámara de comercio y de un grupo de comerciantes de Quibdó, cuenta con personería jurídica reconocida mediante Resolución No 02210 del 8 de junio de 1978.

Comfachocó, se define como una corporación sin ánimo de lucro de derecho privado y opera bajo el control y vigilancia del estado, para el caso la Superintendencia del Subsidio familiar. Cumple funciones de seguridad social, y su función primordial es la de recaudar, distribuir y pagar el subsidio familiar con los aportes de las empresas afiliadas de los órdenes nacionales, departamentales, municipales, los establecimientos públicos, de las empresas industriales y comerciales, las empresas de economía mixta y en general todos aquellos empleadores del sector privado que ocupen uno o más trabajadores.

COMFACHOCO, tiene cobertura departamental, es decir hace presencia en todo el territorio chocoano.

#### **4.1.2 MISIÓN**

Operar servicios sociales a la población afiliada y no afiliada en el marco de la compensación familiar, ofreciendo mejor y mayores subsidios a los afiliados de las categorías A y B, mediante alianzas estratégicas, públicas y privadas que mejoren las condiciones de vida de nuestras comunidades a través una gestión sostenible y eficiente de los recursos. Siendo reconocidos por nuestro compromiso institucional en la prestación de servicios de alta calidad.

### **4.1.3 VISIÓN**

Seremos reconocidos en 2020, como una EPS líder en la prestación de servicios con altos estándares de calidad como respuesta a las necesidades actuales y futuras de nuestra población, con políticas claras pensando siempre en la satisfacción de nuestros usuarios.

Mantendremos y extenderemos la certificación de calidad a otros servicios, priorizando la atención a los afiliados de categorías A y B, de manera sostenible y eficiente.

### **4.1.4 POLÍTICA DE CALIDAD**

En Comfachocó EPS centramos nuestros esfuerzos en el mejoramiento continuo en la prestación de servicios de salud con calidad, comprometidos con la atención que integre la administración y vigilancia de riesgos en salud, la seguridad y calidez de los pacientes, para lo cual se acondiciona la infraestructura acorde a las necesidades del servicio, la utilización de Tecnología de punta para el manejo de la información, contando con un equipo de trabajo competente, participativo, proactivo con vocación de servicio.

### **4.1.8 PRINCIPIOS DE CALIDAD**

Con el propósito de orientar la organización hacia una mejora en su desempeño, se han definido ocho principios fundamentales de un Sistema de Gestión de Calidad que se explican, de manera breve, a continuación:

- **Enfoque al Afiliado:** Conocer las necesidades y expectativas del afiliado y transformarlas en requisitos operacionales.

- **Liderazgo:** Dentro de cada unidad de trabajo existe un líder que orienta al grupo. Busca crear y mantener un ambiente interno que permita que el personal se comprometa en el logro de los objetivos de la organización.
- **Participación del Personal:** Todo el recurso humano se compromete con la entidad y dispone sus habilidades y conocimientos para beneficio de la organización en busca de la calidad.
- **Enfoque basado en Procesos:** La Caja de Compensación Familiar del Chocó - Comfachocó - en su programa EPS-S, ha enfocado sus actividades como un proceso, lo cual permite que se obtengan resultados más eficientes.
- **Enfoque de Sistema para la Gestión:** Si todos los procesos interrelacionados se identifican, comprenden y gestionan como un sistema, se contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización.
- **Mejora Continua:** Es una filosofía gerencial de mejora de los procesos para alcanzar mejores resultados para los afiliados. La meta es satisfacer las necesidades de los afiliados y agregar valor a los servicios.
- **Enfoque Basado en Hechos Para la Toma de Decisiones:** Mediante el análisis de los datos y la información se cuenta con las bases para la toma de decisiones eficaces.
- **Relaciones Mutuamente Beneficiosas con los Prestadores:** Los prestadores son parte esencial dentro de la organización pues son los directamente responsables de la prestación del servicio. Las relaciones deben representar beneficios tanto para el afiliado como para ambas instituciones.



#### 4.1.9 VALORES CORPORATIVOS

- **Buenas Prácticas Empresariales:** Basadas en empoderamiento, calidad, transparencia y eficiencia de su recurso humano, en la prestación de sus servicios para el cliente externo e interno.
- **Proactividad:** Fundamenta en la autogestión y la planeación estimulando el desarrollo de la creatividad y reconocimiento al liderazgo.
- **Competitividad:** Basada en el saber hacer de nuestros productos sociales, en la capacitación de su recurso humano y la innovación, garantizando la sostenibilidad de la corporación.
- **Responsabilidad Social Empresarial:** Incorporado en políticas de respeto al medio ambiente, la solidaridad con nuestro entorno regional; respeto y aplicación de los derechos humanos, la condición de género y la inclusión social, y comprometida con prácticas no discriminatorias.

#### 4.1.7 PORTAFOLIO DE SERVICIOS

- Consulta de medicina General Ambulatoria
- Consulta de Odontología General Ambulatoria.
- Consulta de Urgencias Médicas y Odontológicas.
- Servicio de laboratorio Clínico
- Servicio de Hospitalización de baja complejidad.
- Atención del parto y del Recién nacido.
- Servicio de Vacunación a los menores y embarazadas.
- Servicio de rayos X de baja complejidad.
- Servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

- Servicio de Transporte en Ambulancia en caso de necesidad de atención más compleja.
- Servicio de Atención de mediana y Alta Complejidad de acuerdo a su situación geográfica, en centros especializados y de reconocida calidad.

Tabla 1. Red de servicios de salud de la EPS-S Comfachocó 2016

 <b>RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA EPS-S COMFACHOCÓ 2016</b>		
MUNICIPIO/ CIUDAD	NOMBRE DEL PRESTADOR	
ACANDÍ	HOSPITAL LASCARIO BARBOSA AVENDAÑO -SERVIMEDICOS IPS	CONDOTO
	SOLUCIONES INTEGRALES DE SALUD - POLO SALUD	
	POLO SALUD IPS	
	FUNDACIÓN UNIÓN VIDA "FUNVIDA"	
UNGUÍA	E.S.E HOSPITAL LOCAL DE UNGUÍA-SERVIMEDICOS IPS	ISTMINA
	SOLUCIONES INTEGRALES DE SALUD POLO SALUD	
	FARMACIA COMUNITARIA DE UNGUÍA	
	FUNDACIÓN UNIÓN VIDA "FUNVIDA"	
RIOSUCIO	GRICELA CONTRERAS MERCADO	LITORAL DEL SAN JUAN
	POLO SALUD FARMACIA	
	HOSPITAL JUAN BAUTISTA LUNA -SERVIMEDICOS IPS	
	CENTRO DE SALUD DE BELÉN DE BAJIRÁ - SERVIMEDICOS IPS	
CARMEN DEL DARIÉN	IPS KATIOS	SIPÍ
	FARMACIA MILAGRO DE DIOS	
	FUNDACIÓN LA MISERICORDIA DE DIOS	
	CENTRO DE SALUD DE CARMEN DEL DARIÉN-SERVIMEDICOS IPS	
ATRATO	DROGUERÍA DARIÉN	TADÓ
	SAMIR LEZCANO ARAGÓN	
	CENTRO DE SALUD DE ATRATO-UNISANAR IPS	
	FARMACIA Y VARIEDADES LA ECONOMÍA ATRATEÑA	
BAGADO	CENTRO DE SALUD DE BAGADO-UNISANAR IPS	BAHÍA SOLANO - JURADÓ -NUQUÍ
	FARMACIA PLAYA BONITA	
	OSCAR EMILIO RENTERÍA CÓRDOBA	
	CENTRO DE SALUD DE LORO-UNISANAR IPS	
LORO	OSCAR EMILIO RENTERÍA CÓRDOBA	ACANDÍ - UNGUÍA - RIOSUCIO - BELEN DE BAJIRÁ - CARMEN DEL DARIEN
	FARMACIA INMACULADA CONCEPCIÓN	
	CENTRO DE SALUD DE MEDIO ATRATO-UNISANAR IPS	
	FARMACIA TATIANA	
MEDIO ATRATO	EMELINO ROBLEDO MOYA	QUIBDÓ
	E.S.E CENTRO DE SALUD DE SAN JOSÉ DEL PALMAR-UNISANAR IPS	
	MARIO ANTONIO CARMONA	
	FAMISALUD PALMAR	
SAN JOSÉ DEL PALMAR	HOSPITAL LOCAL JULIO FIGUEROA VILLA-CENTRO MEDICO CUBIS IPS	E.S.E HOSPITAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA
	DROGAS Y MISCELÁNEA EL COMBATE	
	HOSPITAL LOCAL JULIO FIGUEROA VILLA-CENTRO MEDICO CUBIS IPS	
	MISCELANEA Y DROGUERIA EL COMBATE	
BAHÍA SOLANO	CENTRO DE SALUD DE CANTÓN DE SAN PABLO - COMFACHOCÓ	COMFACHOCÓ IPS
	GLORIA CENAIDA MURILLO MURILLO	
	CENTRO DE SALUD DE CERTEGUI-COMFACHOCÓ	
	FARMACIA SANDY YISETH	
CERTEGUI	CENTRO DE SALUD MEDIO SAN JUAN - COMFACHOCÓ	UNIDAD DE SALUD SANTA MARÍA
	DROGUERIA MEDICAMENTOS ALGO MAS	
	CENTRO DE SALUD DE NOVITA-COMFACHOCÓ	
	FARMACIA EL DESCANSO	
MEDIO SAN JUAN	CENTRO DE SALUD SAN PEDRO CLAVER DE NUQUI-COMFACHOCO	FUNDACIÓN UNIÓN VIDA "FUNVIDA"
	FUNDACIÓN SURGIR	
	E.S.E CENTRO DE SALUD DE UNIÓN PANAMERICANA-COMFACHOCÓ	
	FARMACIA BRISAS DE LA ESPERANZA	
UNIÓN PANAMERICANA	DROGUERÍA Y MEDICAMENTOS L&E	SALLY MENA MENA
	CENTRO DE SALUD DE BAJO BAUDÓ- FUNSOBA IPS	
	CENTRO DE SALUD DE BAJO BAUDÓ- FUNSOBA IPS	
	CENTRO DE SALUD DE BAJO BAUDÓ- "FUNSOBA"	
BAJO BAUDÓ	DROGUERIA YINA MAREIBY	TODOMED LTDA.
	FARMACIA 24 HORAS	
	COOPERATIVA DE MEDICOS ESPECIALISTAS DEL CHOCO Y AFINES COOMESA	
	ESTÉTICA Y FIGURA	
MEDIO BAUDO		CENTRO NEUROLÓGICO DEL PACIFICO

## **4.2 MARCO DE ANTECEDENTES**

Es de anotar que el Sistema de Gestión de la Calidad se encuentra integrado en nuestro país por cuatro componentes: Habilitación, Auditoria, Sistema Único de Acreditación y Sistema de información para la Calidad en Salud. El primero consiste en un conjunto de normas, requisitos procedimientos de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Salud y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, por medio de las cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica de las instituciones, necesarias para su continuidad, buscando consigo brindar seguridad a los usuarios frente a los riesgos que se presenten en la prestación de servicios asistenciales.

### **4.2.1 AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.**

La “auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud” es definida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el sistema único de habilitación y encaminada al cumplimiento de los estándares de acreditación.

El Propósito Fundamental de la Auditoria es contribuir al Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. En este sentido, la Auditoria es una función de toda la organización y debe ser congruente con la búsqueda de los mayores beneficios para el usuario y con la reducción de los riesgos, dados unos recursos.

En este sentido, la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad implica tres procesos básicos:

- Realización de actividades de evaluación y seguimiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad deseada significa que deben existir normas técnico - científicas y administrativas previamente estipuladas y conocidas por todos los participantes del Sistema de General de Seguridad Social en Salud, para la atención en salud. Esto implica la necesidad de definir, en forma previa, la calidad deseada, mediante manuales, guías de atención, normas técnicas, indicadores y/o estándares, entre otros instrumentos. Adicionalmente, es preciso establecer y divulgar los mecanismos y herramientas que se van a utilizar para evaluar y medir los procesos, y para informar y retroalimentar los hallazgos obtenidos.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos.

#### **4.2.2 SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD.**

El sistema de Información para la calidad es un componente del sistema de información de la empresa que comprende los procesos de recolección, consolidación, procesamiento, organización, análisis y presentación de la información producida en desarrollo de todos los procesos de gestión de calidad.

Sus objetivos son facilitar la evaluación continua de los niveles de calidad a partir de los indicadores definidos, apoyar la toma de decisiones para la gestión del mejoramiento de la calidad, asegurar la disponibilidad de la información que requieren los clientes para la selección de los prestadores de servicios de salud, y facilitar las labores de investigación de los entes de vigilancia y control.

### **4.2.3 SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN**

El “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, de obligatorio cumplimiento para la entrada y permanencia en el sistema para las organizaciones que ejercen los roles de prestación y administración.

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica son requisitos básicos de estructura y proceso que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud. Estas condiciones son los requisitos esenciales que establece el Ministerio de Salud.

Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera son las que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, la liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.

Las condiciones de capacidad técnico - administrativa son los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a existencia y representación legal, de acuerdo con la naturaleza jurídica, y los requisitos administrativos y financieros que le permitan demostrar que cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.

La norma establece que las administradoras no pueden prestar servicios a sus clientes a través de prestadores que no cumplan con la totalidad de las condiciones de habilitación que les sean exigibles, que pueden realizar visitas de seguimiento a los prestadores que integran su red de servicios para verificar el cumplimiento de sus condiciones de habilitación y para constatar las condiciones de calidad en las cuales se están prestando los servicios, y que si en caso de que el prestador no esté cumpliendo con una o más de dichas condiciones deben

poner este hecho en conocimiento de la dirección de salud competente, la cual deberá pronunciarse dentro de los 60 días calendario sobre el cumplimiento de los requisitos, y en caso de que este pronunciamiento sea negativo deberá cesar la prestación de servicios a través de este prestador de servicios.

Para poder realizar la auto evaluación se aplica la Resolución 2003 de 2014.

#### **4.2.4 SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN**

El Sistema Único de Acreditación en Salud es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

El Decreto N° 123 de 2012 se ajusta para fortalecer la implementación de estándares superiores de calidad en la atención en salud.

El Icontec tuvo contrato como única entidad acreditadora en salud en Colombia con el Ministerio de Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social hasta Enero de 2014. Con la expedición del nuevo Decreto del Sistema Único de Acreditación No. 903 de 2014, se pasa de tener un único acreditador en salud a varios acreditadores que cumplan los requisitos definidos para ello. Quienes cumplan los requisitos establecidos para operar como acreditadores en salud deberán registrarse en el Registro Especial de Acreditadores en Salud. Contamos con que el Icontec sea el primer acreditador registrado y autorizado para continuar su gestión en la acreditación en salud.

Las entidades que estén interesadas en ser acreditadores en salud en Colombia deben cumplir los siguientes requisitos:

- Estar acreditada por la International SocietyforQuality in Healthcare – ISQUA, para lo cual, aportarán fotocopia de la certificación que les haya expedido dicha entidad, en la que se verifique la vigencia del término de la acreditación.
- Contar con experiencia mínima de cinco (5) años en la acreditación de entidades del sector salud en Colombia, para lo cual, aportarán certificación expedida por las entidades del referido sector, en las que se evidencien lo procesos desarrollados para el logro de la acreditación y el término de duración de los mismos.

#### **4.2.5 CAMPO DE APLICACIÓN.**

De conformidad con las disposiciones previstas en el DECRETO 1011 DEL 2006, a las Entidades Promotoras de Salud y a las que se les asimilen les corresponde aplicar procedimientos y técnicas de auditoría, para la evaluación y el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, sin perjuicio de las actividades de auto evaluación desarrolladas de manera autónoma por los prestadores de servicios de salud, y de las acciones ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades de inspección, vigilancia y control del sistema. Precisa la misma norma que los Prestadores de Servicios de Salud realizarán procedimientos de auditoría, destinados a la auto evaluación permanente de los servicios que prestan.

Dado que la Auditoria hace parte del Sistema de Garantía de Calidad, es claro que, de acuerdo con los parámetros.

Establecidos en el Art. 1 del DECRETO 1011 DEL 2006, las Entidades Territoriales de Salud son también sujetos de esta actividad. Gracias a la descentralización del recurso dada por la Ley 715 del 2001, las entidades de salud municipales, distritales y departamentales hoy se conocen como Empresas



Sociales del Estado (E.S.E.) y se consideran las instituciones de la Red Pública con la cual contratan los Entes Territoriales, EPS, ARS.

En consecuencia, un modelo de Auditoria Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, abarca en su Campo de Aplicación, a las siguientes organizaciones del Sistema:

- A las Entidades Promotoras de Salud y entidades que se les asimilen, y a las Entidades Territoriales de Salud en su función de administradoras de beneficios de salud para los vinculados, desde el momento en que el afiliado o vinculado adquiere el derecho a los servicios de salud, hasta que los utiliza, y posteriormente, en la medida que debe garantizársele la continuidad de los mismos.
- A los Prestadores de Servicios de Salud, en todo el proceso de prestación de servicios, desde el acceso del usuario hasta su alta y seguimiento.
- A las a las Entidades Territoriales de Salud en el cumplimiento de sus funciones de Asistencia Técnica y de Seguimiento Institucional para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

#### **4.2.6 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL MODELO**

En el ámbito del Sistema de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, la auditoria se constituye en un instrumento que permite, dados unos criterios preestablecidos y conocidos por todos los participantes, evaluar el desempeño de sus diversos integrantes con respecto al logro de las metas y objetivos de calidad propuestos.

El modelo de auditoría, que a continuación se presenta, implica el desarrollo de procesos de autocontrol y, según la madurez del proceso en la institución, de auditoría interna, en cada una de las organizaciones descritas en el campo de aplicación.

#### **4.2.6.1 Niveles de Auditoria**

- EL AUTOCONTROL en el cual cada miembro de la organización planea, ejecuta, verifica y ajusta los procesos de atención en salud en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la organización.
- La AUDITORIA INTERNA realizada en la misma organización, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que cada miembro de la organización adquiera la cultura de autocontrol.
- La AUDITORIA EXTERNA se lleva a cabo por un ente externo a la organización, con base en los acuerdos previamente establecidos.

Los controles de primer orden: autocontrol, auditoría interna y los controles de segundo orden: auditoría externa.

Por lo tanto requiere que PREVIAMENTE los procesos de la Atención de Salud hayan sido identificados y priorizados, estandarizados mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas, implementados, y que existan los medios para adoptar las medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas.

El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

Sin embargo, para que este sistema funcione adecuadamente, se requiere contar con facilitadores que promuevan la generación y el fortalecimiento de la cultura del autocontrol, entre las personas y las organizaciones del sector Este papel está

asignado a las Entidades Territoriales de Salud en dos líneas de acción: En primer lugar, en su función de asistencia técnica, servirán como promotores y difusores de los Lineamientos Técnicos y de Política que se impartan por parte de las Entidades de Dirección del Sistema. En segundo lugar, en su función de inspección y vigilancia de la calidad, realizarán el control de segundo orden, que consiste en verificar la realización de los procesos (Auditoría externa) de autocontrol o auditoría interna por parte de las organizaciones vigiladas, y sus resultados. El objetivo de este diseño es fortalecer los controles de primer orden (Autocontrol y Auditoría Interna), para que las organizaciones mejoren su desempeño por convicción y compromiso con sus propias metas, antes que por el cumplimiento de un requisito.

Este objetivo se logrará en la medida en que las relaciones estratégicas de dominación se reemplacen por relaciones comunicativas de reconocimiento de intereses comunes, basadas en el respeto mutuo, y cuya condición esencial es la actitud de diálogo.

Este modelo se aplicará sin perjuicio de las competencias de control legal correctivo asignadas por la Ley a las Entidades Territoriales de Salud y a los demás organismos de Inspección, Vigilancia y Control.

#### **4.2.6.2 Acciones de la Auditoria**

- **Acciones Preventivas:** conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos 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 técnica e interpersonal de la misma.
- **Acciones De Seguimiento:** conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos que deben realizar las personas y la organización, durante la

prestación de sus servicios sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la atención en salud.

- **Acciones Coyunturales:** conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos que deben realizar las personas y la organización, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

#### **4.2.6.3 Orientación del proceso**

Los valores en que debe fundamentarse la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, en todos sus ámbitos y niveles, son:

- **Mejoramiento continuo.** Los procesos de auditoría deben realizarse en forma permanente y procurar un cambio favorable en los niveles de calidad de la organización, de acuerdo con estándares previamente establecidos.
- **Autocontrol** La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesarias para que los procesos de atención en los cuales participe, se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización; así mismo para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.
- **Prevención.** En el marco de los procesos de Garantía de Calidad, la auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos de atención conduzcan a los resultados esperados.
- **Confianza y respeto.** La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar, implantar y mejorar los procesos de mejoramiento institucional, y en la aceptación de los

compradores de servicios de salud, de la autonomía institucional dentro de los términos pactados.

- Sencillez. Las acciones y mecanismos utilizados en la auditoria deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables, para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.
- Fiabilidad. Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.
- Validez. Los resultados obtenidos en los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, deben referirse exclusivamente al objeto medido.

El modelo de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud se desarrolla en cada tipo de organización mediante un conjunto de procesos, de acuerdo con el análisis precedente, sobre el campo de aplicación del modelo, los procesos de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud se llevan a cabo en los ámbitos que se discuten a continuación:

- En las Entidades administradoras de planes de beneficios. Para todos los efectos del presente documento se consideran Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud a las Entidades Promotoras de Salud y las que se les asimilen, y a las Entidades Territoriales de Salud en su papel de compradores de servicios para su población vinculada. Todas estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, fundamentado en dos procesos básicos, como se muestra en el Cuadro 1.
- Auditoria de la red de servicios. Consiste en un conjunto de acciones de autocontrol y auditoría interna, diseñados y aplicados por la entidad para

mejorar la calidad de los procesos de su red de prestadores y de su sistema de referencia y contrarreferencia. El prerequisite para el funcionamiento de este proceso es la adopción, por parte de la organización, de una serie de estándares e indicadores de calidad que le permiten definir los parámetros de calidad deseada, para su red de prestadores y para su sistema de referencia y contrarreferencia. Con base en estos parámetros, la entidad debe adoptar los mecanismos e instrumentos que le permitan realizar el seguimiento permanente al cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para los procesos prioritarios definidos por la organización. Adicionalmente, y en forma coyuntural, la entidad debe contar con mecanismos para alertar a los directivos de la organización sobre fallas críticas en su red o en su sistema de referencia y contrarreferencia, y efectuar el seguimiento a la implantación de las soluciones, para evitar la recurrencia de dichas fallas.

*Tabla 2. Componentes del PAMEC en las EPS, Administradoras del régimen subsidiado, Empresas Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.*

Procesos de auditoría	Tipo de acción		
	Preventivas	De seguimiento	Coyunturales
Auditoría de la red de servicios	Adopción de estándares e indicadores para evaluar los procesos de su red y su sistema de referencia y contrarreferencia.	Monitoreo del cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos para los procesos prioritarios definidos por la organización.	Reporte de alarma por desbalance crítico en alguno de los procesos.
Auditoría de	Adopción de	Monitoreo del	Reporte de alarma

la atención al usuario.	estándares e indicadores a los procesos prioritarios de atención al usuario, definidos por la Organización.	cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos en los procesos prioritarios definidos por la organización.	con base en los reportes de eventos críticos.
Auditoria de los acuerdos previamente pactados.	Adopción de los estándares e indicadores acordados en forma previa entre las instituciones.	Monitoreo de los estándares e indicadores previamente pactados.	Comités Ad Hoc.

#### **4.2.6.4 Auditoria de la atención al usuario.**

Consiste en un conjunto de acciones de autocontrol y auditoría interna, diseñados y aplicados por la entidad para mejorar la calidad de los procesos destinados a garantizar a los afiliados el acceso a los servicios de salud y prestaciones económicas que requiera y a los cuales tenga derecho. Este continuo de atención incluye los procesos relacionados con la comprobación de derechos y la autorización, de servicios que inciden de manera importante en el acceso de los afiliados a las prestaciones económicas y de salud.

El prerequisite para el funcionamiento de este proceso es la adopción, por parte de la organización, de una serie de estándares e indicadores de calidad que le permiten definir los parámetros de calidad deseada para los procesos prioritarios definidos por la organización, en la atención al usuario. Con base en estos parámetros, la entidad debe adoptar los mecanismos e instrumentos que le permitan realizar el seguimiento permanente al cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos. Adicionalmente, y en forma coyuntural, la entidad debe

contar con mecanismos para alertar a los directivos de la organización sobre eventos adversos relacionados con la atención a los afiliados, y efectuar el seguimiento a la implantación de las soluciones, para evitar la recurrencia de dichos eventos adversos

**4.2.6.5 Auditoria en los prestadores de servicios de salud.** Los Prestadores de Servicios de Salud deberán establecer un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad del proceso de prestación de servicios.

*Tabla 3. Componentes del PAMEC en las IPS.*

Procesos de auditoria	Tipo de acción		
	Preventivas	De seguimiento	Coyunturales
Auditoria de la prestación de servicios	Adopción de los estándares e indicadores para los procesos prioritarios de la prestación de servicios, definidos por la institución, y los requisitos esenciales de proceso.	Monitoreo del cumplimiento de los estándares e indicadores establecidos por la Institución.	Comités Ad Hoc

**4.2.6.6 Auditoria de la prestación de servicios.**

Consiste en un conjunto de acciones de autocontrol y auditoría interna, diseñados y aplicados por la entidad, para mejorar la calidad de aquellos procesos de



atención al usuario definidos como prioritarios por la organización, en la medida en que se considere fundamentales para la obtención de los resultados esperados y/o para la supervivencia de la organización. El prerrequisito para el funcionamiento de este proceso es la adopción, por parte de la organización, de una serie de estándares e indicadores de calidad, que le permiten definir los parámetros de calidad deseada para los procesos de prestación de servicios a sus usuarios.

Con base en los parámetros que adopten, las entidades deben establecer los mecanismos e instrumentos que les permitan realizar el seguimiento permanente al cumplimiento de los estándares y/o indicadores seleccionados.

Adicionalmente, y en forma coyuntural, los Prestadores de Servicios de Salud deben contar con los mecanismos e instrumentos necesarios para evaluar y solucionar oportunamente los eventos adversos en la prestación de los servicios. En este contexto, los Comités Ad Hoc de Auditoría Clínica constituyen una estrategia viable para el análisis de los eventos adversos, compatible con la filosofía de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

- Entidades territoriales de salud. En las entidades territoriales de salud como responsables de la asistencia técnica, para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. De conformidad con lo dispuesto en el Art. 8 del DECRETO 1011 DEL 2006 del 2002, a las Direcciones Territoriales de Salud les corresponde, entre otras funciones, asesorar a las Entidades Promotoras de Salud y a las que se les asimilen, y a los Prestadores de Servicios de Salud, en el desarrollo de sus Sistemas de Garantía de Calidad, para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, en su jurisdicción. En tal sentido, estas entidades deben establecer un Programa de Auditoría para el

*Tabla 4. Componentes del PAMEC en las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales (entidades territoriales de salud)*

Procesos de	Tipo de acción
-------------	----------------

<b>auditoria</b>			
Asistencia Técnica y Seguimiento para el Mejoramiento de la Calidad.	<b>Preventivas</b>	<b>De seguimiento</b>	<b>Coyunturales</b>
	Elaboración y Ejecución de un Plan de Capacitación sobre Garantía de Calidad, dirigido a los Prestadores de Servicios de Salud y a las Entidades Promotoras de Salud en su Jurisdicción. Adopción concertada de un conjunto básico de estándares e indicadores, con base en los procesos prioritarios, establecidos de acuerdo con las Características propias de la región.	Monitoreo de los Logros y Avances, según los compromisos pactados con las entidades, de acuerdo con las Prioridades y la realidad de cada región.	Asistencia Técnica Específica a las entidades, orientada a la prevención y resolución de problemas concretos. Comités Ad Hoc.

De acuerdo con el marco operativo presentado en el Cuadro 3, las Entidades Territoriales de Salud deben prestar la necesaria Asistencia Técnica para el Mejoramiento de la Calidad en su jurisdicción.

Esta responsabilidad implica, en primer término y a manera de prerrequisito, diseñar e implantar un Plan de Capacitación en materia de Garantía de Calidad, con el propósito de orientar a los Prestadores de Servicios de Salud y a las Entidades Promotoras de Salud y a las que se les asimilen, para que se unifiquen criterios y se establezcan acuerdos y compromisos sobre los objetivos y metas regionales de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud; y sobre los indicadores y estándares mediante los cuales se realizará el seguimiento requerido para velar por un mejoramiento efectivo de la calidad de la atención en salud. Adicionalmente, y de manera coyuntural, las Entidades Territoriales de Salud deberán llevar a cabo actividades de Asistencia Técnica Específica a los Prestadores de Servicios de Salud y a las Entidades Territoriales de Salud, con el propósito de orientarlas en la prevención y resolución de problemas concretos detectados por la Entidad Territorial o por la propia organización.

También en este componente resulta válida la adopción de mecanismos como los Comités de Auditoría Clínica, para el análisis de los eventos adversos, como una estrategia viable, y congruente con la filosofía de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

El Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector del Sistema, trazador de las Políticas en esta materia, prestará la asistencia técnica necesaria a las Entidades Territoriales de Salud, para que puedan cumplir con esta responsabilidad.

Los procesos de auditoría que cada una de las entidades debe implementar, se describirán a continuación:

*Tabla 5. Procesos de auditoría en las EPS, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina Prepagada.*

Autoevaluación de la red de Prestadores	Atención al usuario
---	---------------------

<b>de servicios de salud</b>	
<p>La entidad evaluará:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La suficiencia de su red de prestadores de servicios.</li> <li>• Sistema de referencia y contrarreferencia.</li> <li>• Verificación de la habilitación de sus Prestadores</li> </ul>	<p>Se evaluará la satisfacción del usuario con relación a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sus derechos</li> <li>• Acceso y oportunidad de los servicios.</li> </ul>

*Tabla 6. Procesos de auditoría en las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.*

<b>Autoevaluación de la red de prestadores de servicios de salud.</b>	<b>Atención al usuario</b>
<p>La entidad evaluará:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La suficiencia de su red de prestadores de servicios.</li> <li>• Sistema de referencia y contrarreferencia.</li> <li>• Verificación de la habilitación de sus prestadores.</li> </ul> <p>Autoevaluación de la red de prestadores de servicios de salud.</p> <p>El ente territorial ofrecerá asesoría de la auditoría para el mejoramiento continuo (Pamec) a las entidades promotoras de salud, administradoras del régimen subsidiado, entidades adaptadas, empresa de medicina prepagada y prestadora de servicios de salud.</p>	<p>Se evaluará la satisfacción del usuario con relación a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sus derechos</li> <li>• acceso y oportunidad de los servicios</li> </ul>

*Tabla 7. Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud.*

<b>Autoevaluación del proceso de atención en salud.</b>	<b>Atención al usuario</b>
<p>La entidad evaluará procesos de atención a los usuarios, priorizados por la institución desde el concepto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accesibilidad</li> <li>• Oportunidad</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Pertinencia</li> <li>• Continuidad</li> </ul>	<p>Se evaluará la satisfacción del usuario con relación a :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios ofrecidos.</li> </ul>

### 4.3 MARCO LEGAL

**Constitución Política de Colombia:** En sus artículos 48 y 49<sup>8</sup> :

**Artículo 48:** Define la seguridad social como un servicio público, bajo la dirección coordinación control y del estado, con principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

**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 control.

**Ley 100 de 1993:** Como norma reguladora del Sistema General de Seguridad Social, en su artículo 153, 178 y 227 define el concepto de la CALIDAD en los servicios como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral,

---

<sup>8</sup> Constitución política de Colombia

continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional, y establece la responsabilidad del Gobierno de definir el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en Salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud<sup>9</sup>.

**Artículo 153: Fundamentos del servicio público:** Dentro de los cuales se encuentra la Equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, Descentralización administrativa, Participación social, concertación y calidad. La calidad caracterizada como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

**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”

**Artículo 227: Control y Evaluación de la Calidad del servicio de Salud:** Establece la Responsabilidad del gobierno de definir en sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud.

**Decreto 1011 del año 2006:** Por medio del cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus resoluciones reglamentarias<sup>10</sup>.

**Circular 030 de 2006,** las instrucciones por materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud en las Instituciones Prestadoras de

---

<sup>9</sup> Ley 100 de 1993

<sup>10</sup> Decreto 1011 de 2006

Servicios de Salud; los indicadores de Calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención en salud (Autoevaluación de la red prestadora y atención al usuario) en las Entidades Promotoras de Salud cualquiera sea su naturaleza jurídica y régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada y los requerimientos de información.

**Ley 872 de 2003**, por medio del cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras Entidades Prestadoras de Servicios, aplicando la NTCGP 1000:2004

**Decreto 1599 de 2005**, por medio del cual se adopta el modelo estándar de control interno para el estado Colombiano conforme a la ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado.

**Circular conjunta 018 de 2006**, da compatibilidad al sistema de gestión de la calidad y el modelo estándar de control interno u organismos distritales.

**Resolución 2680 de agosto de 2006**, por medio de la cual se modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 3763 de Octubre de 2007**, por medio de la cual se modifican parcialmente la Resolución 1043 y 1448 de 2006 y la resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

**Decreto 4295 de 2007**. Por lo 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.

**Ley 10 de 1990:** Reorganiza el Sistema Nacional de Salud. Artículo Primero. Literal h. Intervención del Estado en la Fijación de Normas de Calidad.

**Resolución Número 001439 de 2002:** Adopta los formularios de inscripción y de novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Establece las condiciones capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa de prestadores de servicios de salud y los definidos como tales. Incluye el manual de estándares y de procedimientos del Sistema Único de Habilitación.

**Resolución Número 001474 de 2002:** Define las funciones de la Entidad Acreditadora y adopta los manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación.

**Decreto Número 515 de 2004:** Define el Sistema de Habilitación de la Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS.

**Resolución Número 581 de 2004:** Adopta los manuales de estándares del Sistema de Habilitación de la Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS.

**Ley 1122 de 2007:** por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

**Ley 1438 de 2011:** Por medio del cual se reforma el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.



**Decreto 4747 de 2007:** Por la cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

**Resolución 1441 de 2016:** por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

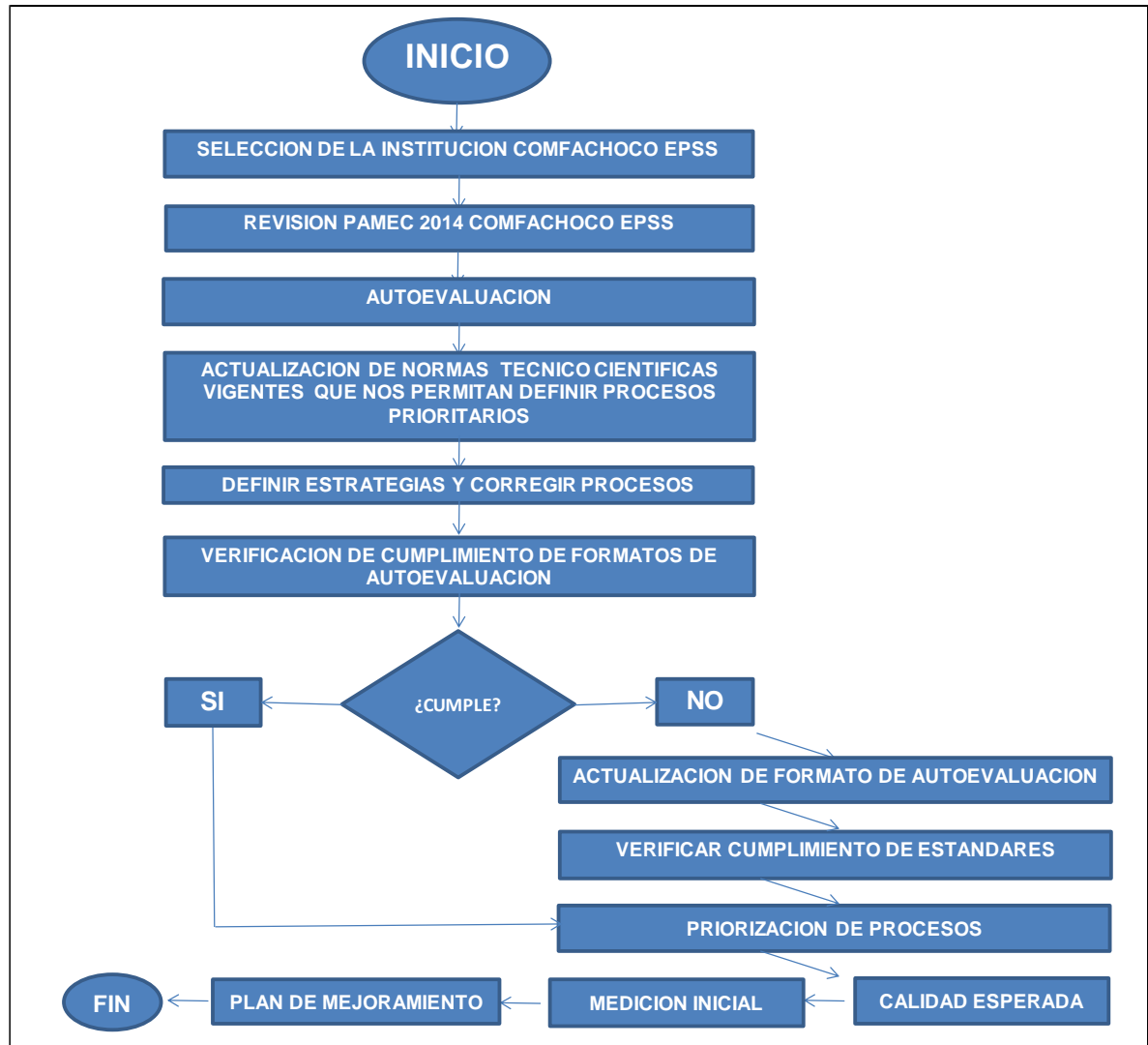
Y otras normatividad que la modifique o sustituya.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE TRABAJO REALIZADO

- Descriptivo

Figura 1. Flujograma Metodología de trabajo



### 5.3 HERRAMIENTAS UTILIZADAS

Para Implementar y desarrollar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención, en **COMFACHOCO E.P.S-S**, en cumplimiento a la

normatividad vigente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, de forma sistémica, a través de procesos de evaluación, seguimiento y mejora continua enfocados al logro de estándares superiores de calidad, centrados en la satisfacción del usuario, la seguridad del paciente y la administración de riesgos en salud, se utilizaron como herramientas el formato 7 referente a la autoevaluación y formato 8 referente a la priorización del grupo de estándares de Acreditación, según la resolución 0123 del 26 de enero 2012.

#### **5.4 REFERENTE BIOÉTICO**

Después de revisar la resolución 008430 del 1993 determina que este es un trabajo de riesgo inferior al mínimo que no causa daño a nada ni a nadie.

#### **5.5 COMPROMISO MEDIOAMBIENTAL**

Como investigadoras del presente trabajo nos comprometemos a cumplir las normas del cuidado y preservación del medio ambiente, regido por el decreto 2811 de 1974, Ley 9 de 1979 y ley 23 de 1973 que establece las condiciones generales sanitarias y el cuidado del medio ambiente. Para ello empleamos en el presente estudio la menor cantidad de papel posible y decidimos utilizar este medio magnético.

#### **5.6 RESPONSABILIDAD SOCIAL**

Se plantea a través de este trabajo evaluar el nivel de conocimientos sobre legislación actual acerca de Calidad en Servicios de Salud, ya que el desconocimiento de las normas puede llevar a la persona a cometer errores o faltas que se traducen en imprudencia, impericia, negligencia o violación del reglamento.

## 5.7 POBLACIÓN BENEFICIADA

Usuarios del régimen contributivo, subsidiado, empleados del área administrativa que laboran en COMFACHOCÓ EPSS y todos los estudiantes de la Fundación Universitaria del Área Andina.

## 5.8 PRESUPUESTO

*Tabla 8. Cuadro presupuesto*

<b>Concepto</b>	<b>Unidad</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Total</b>
Investigadoras	20 horas	75.000	1.500.000
Biblioteca	5 horas	10.000	50.000
Computador	180 Horas	1.000	180.000
Internet	90 Horas	1.000	90.000
Transporte	34 Días	33.118	1.126.000
Alimentación	34 Días	10.000	340.000
Asesor Temático	10 Horas	150.000	1.500.000
Asesor metodológico	10 Horas	150.000	1.500.000
CD		2.000	2.000
<b>Total</b>			<b>\$6.288.000</b>

## 5.9. CRONOGRAMA

Tabla 9. Cronograma

<b>Procesos</b>	<b>Actividades</b>	<b>Ene/ feb 201 7</b>	<b>Mar/ abr 201 7</b>	<b>May /jun 201 7</b>	<b>Jul/ ago 201 7</b>	<b>Sep /oct 201 7</b>	<b>Nov /dic 201 7</b>
Inscripción trabajo de grado	Selección institución Comfachoco Epss	X					
Revisión Pamec 2014		X					
Autoevaluación	Charlas Recopilación de información Auditorías internas	X					
Selección de procesos	Auditorías internas	X					
Priorización de procesos	Calificación de los procesos. Escogencia de procesos con mayor puntuación.	X					
Definir calidad esperada	Definir el nivel de calidad esperado a lograr por el proceso	X					
Medición inicial	Medición para establecer la calidad esperada. Plan de auditoría con los procedimientos de auditoría operativa más adecuados.	X					
Plan de acción	Identificar y definir las causas de las fallas o problemas de calidad con el grupo de trabajo. Elaborar el plan de mejoramiento.		X				
Ejecución del plan	Ejecución del plan de mejoramiento.		X	X	X		
Autoevaluación mejoramiento	Monitoreo mensual y trimestral de indicadores hasta disminuir la brecha inicial entre calidad observada y calidad esperada. Estandarizar los procesos que cumplieron las metas y seguir el ciclo en los que se observaron barreras que impidieron el cumplimiento de las metas.					X	
Aprendizaje	Elaborar estándares de procesos con los cuales se pueda hacer un						

organizacional	control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada. Iniciar un nuevo ciclo.						<b>X</b>
----------------	---	--	--	--	--	--	----------

## 6. RESULTADOS

- Actualización de los procesos, los procedimientos, y los instrumentos necesarios para la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC en COMFACHOCO EPS-S.
- Se logró que los funcionarios realicen las acciones respectivas de identificación, recolección, priorización y análisis de los problemas administrativos.
- Se elaboró el plan de mejoramiento de los procesos definidos como prioritarios; ejecución y evaluación el plan de mejoramiento de acuerdo a la metodología establecida en el PAMEC; para la buena marcha del Sistema obligatorio de Garantía de Calidad en COMFACHOCO EPS-S.
- Se diseñaron estrategias para el mejoramiento de los resultados de los indicadores del sistema de información para la calidad.
- Se implementa seguimiento a la ejecución, y cumplimiento de los planes de mejoramiento.
- Se promovió el desarrollo de los recursos necesarios para el desempeño adecuado de la Red, alcanzando un buen nivel de competencias del talento humano, disponibilidad de la infraestructura y buen desarrollo tecnológico.

### 6.1 SOCIALIZACION Y SENSIBILIZACION

Se realizaron reuniones con el personal de los diferentes servicios de COMFACHOCÓ, en donde con un lenguaje claro se hizo un recuento histórico sobre calidad, mejoramiento continuo, procesos, Pautas y guías del ministerio de Salud y Protección Social y se analizó la normatividad vigente sobre este tópico y el PAMEC de la EPSS.

### 6.15 RUTA CRÍTICA

Se desarrolla la recomendada por el Ministerio de Salud y Protección Social y se muestra a continuación:



### 6.3 AUTO EVALUACIÓN

Es el diagnóstico básico para identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la E.P.S, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Una vez implementada la oficina de calidad de la empresa Comfachocó E.P.S tomó como base para la auto evaluación lo siguiente:



- Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud del ministerio de salud y protección social.
- Estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud de la resolución 1441 de 2016
- Sistema de información para la calidad, Resolución 0256 de 2016.
- Pautas Indicativas de Auditoría del Ministerio de Salud y Protección Social.

Evaluación de las auditorías retrospectivas mediante la observación y la comparación entre en que hacer diario y el desempeño ideal teniendo como base los indicadores del sistema de información (Resolución 1446 de 2006), el análisis de los registros de los procesos de atención de los usuarios y la evaluación de la efectividad de los programas de promoción y prevención.

En Comfachocó E.P.S para llevar a cabo el proceso de auto evaluación en la **primera fase** se conforma el grupo de auto evaluación con el coordinador de la institución y los líderes de procesos.

*Tabla 10. Grupo de autoevaluación*

<b>GRUPO DE AUTOEVALUACIÓN</b>
Líder del proceso de gestión al usuario
Líder del proceso de referencia y contrarreferencia
Líder del proceso de gestión del riesgo
Líder del proceso de reporte de información
Líder del proceso de registro y afiliación
Líder del proceso de auditoría de cuentas

La segunda fase de la autoevaluación consiste en:

- La socialización a todo el grupo de trabajo, donde se le explica en qué consistía el proceso de auto evaluación y cuál es el objetivo de esta. Luego se le entrega a cada miembro del equipo de trabajo los estándares de auto evaluación de acreditación para que sean analizados. El proceso se desarrolla en las siguientes etapas:
  - Leer los estándares antes de iniciar la calificación
  - Interpretar el estándar y aclararle de ser necesario
  - Iniciar la autoevaluación en campo.
  - Documentar y registrar las fortalezas relacionadas.
  - Determinar las debilidades de la organización frente al estándar.
  
- Realización de auditorías internas en:
  - Referencia y contrarreferencia
  - Capacidad gestión del usuario
  - Afiliaciones y registros
  - Capacidad gestión de red
  - Capacidad de Gestión del Riesgo Salud (Promoción y prevención)
  - Reporte de información

Nota: Las auditorias para la gestión de red se realizarán en el interior de la ciudad y los líderes de procesos son los responsables de la socialización de la auto evaluación con los funcionarios de la institución.

- El resultado de la auto evaluación fue la identificación de los procesos a mejorar.

#### **6.4 SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR**

Como resultado de la autoevaluación (auditoría internas) en la institución, se definen diferentes procesos que teniendo en cuenta el cumplimiento de las características de calidad (accesibilidad, oportunidad, continuidad, seguridad y pertinencia) se generó un listado de procesos afectados que son factibles de intervenir por parte de la organización a corto, mediano y largo plazo.

#### **6.5 DEFINICION DE PRIORIDADES**

En este punto es fundamental visualizar aquellos aspectos que se consideran relevantes para el logro de la supervivencia de la organización, los cuales son considerados como factores críticos de éxito, una vez colocados en la primera fila se procede a la calificación con criterios de priorización: riesgo, costo y volumen, que se hará en orden de importancia en la escala de 1 a 5 y se tomarán los procesos con puntuación de 75 en adelante; después de multiplicar los valores de cada ítem. Las decisiones se tomarán haciendo una comparación entre las prioridades definidas frente a la disponibilidad de recursos de la organización. Esta priorización, dará lugar a los proyectos de intervención que en conjunto serán el PAMEC de COMFACHOCÓ E.P.S- S. Ver Plan de Mejoramiento

#### **6.6 DEFINICION CALIDAD ESPERADA**

Para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, se definirá el nivel de calidad esperado a lograr por el proceso.

Para la elaboración de indicadores se toma la norma en los criterios que aplica y en los que no la EPS-S formula el indicador.

- Las oportunidades de mejora que quedaron priorizadas se le realizó plan de mejoramiento.

NOTA: Las oportunidades de mejora que no quedaron priorizadas pueden esperar a ser intervenidas teniendo en cuenta que no fueron consideradas críticas.

## 6.7 MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS PRIORITARIOS.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un instrumento de evaluación que pretende detectar si los procesos presentan los resultados de calidad esperados, lo cual es posible si se determina el nivel de calidad actual.

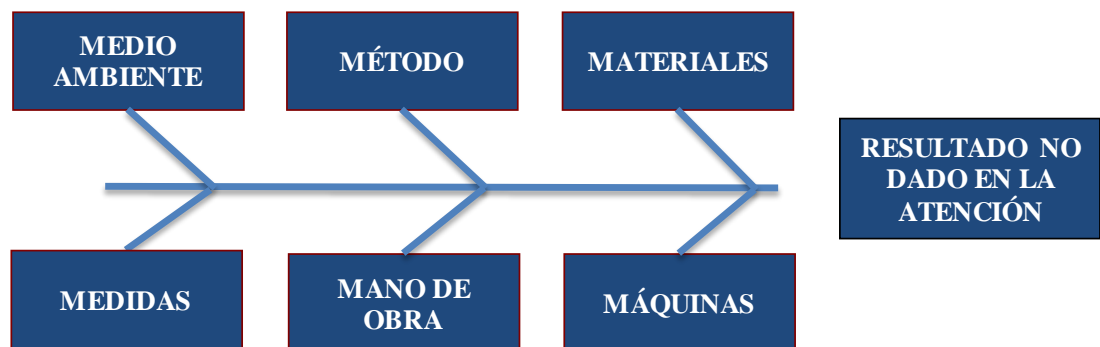
Para realizar esta medición se utilizarán los mismos instrumentos diseñados para establecer la calidad esperada y se desarrolló un plan de auditoría con los procedimientos de auditoría operativa más adecuados.

## 6.8 FORMULACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

La formulación del plan de mejoramiento se llevará a cabo por el grupo conformado por: coordinador de la institución y los líderes de procesos.

Para identificar y definir las causas de las fallas o problemas de calidad utilizamos como herramienta el diagrama de **ISHIKAWA** (espina de pescado)

*Figura 2. Diagrama Causa y Efecto*



Para hacer más fácil y práctico el ejercicio se listan a continuación ejemplos de las variables de los estándares de habilitación relacionadas con cada ítem del diagrama "Espina de Pescado" así:

**MEDIO AMBIENTE:** Estándares de infraestructura e instalaciones físicas, mantenimiento, almacenamiento, temperatura, humedad, servicio públicos, etc.

**MÉTODOS:** Guías, protocolos, procesos prioritarios asistenciales, procesos administrativos, procedimientos, atención a los usuarios, referencia y contrarreferencia, etc.

**MATERIALES:** Dotación y mantenimiento, muebles, insumos, etc.

**MEDIDAS:** Instrumentos de control, fichas, indicadores, seguimiento a riesgos en la prestación de servicios, auditorías administrativas, evaluación de desempeño etc.

**MANO DE OBRA:** Recurso humano, hojas de vida de los funcionarios, relación del personal verificación de idoneidad, inscripción ante el Instituto o Secretaría Departamental de Salud, asignación de recurso humano de acuerdo a la demanda de servicios, tanto administrativo como asistencial, distribución del recurso humano según manual de agendas, programación de agendas.

**MÁQUINAS:** Equipos administrativos y asistenciales, copia hojas de vida de los equipos, cronograma de mantenimiento preventivo, correctivo y calibraciones. Luego de haber realizado el análisis de los problemas se deben definir las prioridades a resolver.

Esta herramienta se aplicó a cada uno de los procesos afectados.

Para definir las acciones que hay que realizar (PLAN DE ACCION) utilizamos la

**Metodología 5W 1H:**

*Tabla 11. Metodología 5W*

QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	POR QUE	COMO

El formato utilizado para la formulación del plan es el siguiente:

*Tabla 12. Formato Plan de Mejoramiento*

						<b>Nombre del proceso:</b>					
						<b>Meta a lograr:</b>					
						<b>Indicadores de seguimiento</b>					
<b>Que</b>		<b>Quien</b>		<b>Cuando</b>		<b>Donde</b>		<b>Por que</b>		<b>Como</b>	

### **6.9. EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:**

Una vez elaborado el plan, iniciamos la ejecución de las actividades contenidas en este y se generaron espacios para hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de acción y de los resultados obtenidos en el mejoramiento a través de los indicadores definidos con este fin.

El mejoramiento de la calidad se cierra cuando la auditoria hace seguimiento a la implementación de las mejoras, para verificar cual fue el impacto en la mejora de calidad de vida de los usuarios y que los procesos mejorados se incorporen a la nueva etapa de planeación de la calidad.

El formato utilizado para el seguimiento a los planes de mejoramiento es el siguiente:

*Tabla 13. Formato seguimiento Plan de mejoramiento*

				<b>Nombre del proceso:</b>			
				<b>Meta a lograr:</b>			
				<b>Indicadores de seguimiento</b>			
<b>Actividades planeadas para el periodo</b>		<b>Actividades ejecutadas</b>		<b>Problemas que se presentaron</b>		<b>Cambios en la meta</b>	

#### **6.10. EVALUACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO:**

Para conocer si el plan de mejoramiento es efectivo se decidió monitorear algunos indicadores mensuales y otros trimestrales hasta disminuir la brecha inicial entre calidad observada y calidad esperada, estandarizar los procesos que cumplieron las metas y seguir el ciclo en los que se observaron barreras que impidieron el cumplimiento de las metas.

#### **6.11. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL**

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

Los mejoramientos deben ser documentados en procesos, procedimientos, guías, protocolos y/o manuales los cuales se deben normalizar.

En éste punto el ciclo de mejoramiento retoma el inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad sino para potencializar un proceso de mejoramiento continuo.

Buscaremos la toma de decisiones definitivas y pasaremos al último paso que es la Estandarización De Procesos. En este punto estaremos preparados para iniciar un nuevo ciclo.

#### **6.12 INFORME SOBRE HALLAZGOS DE LAS AUDITORIAS INTERNAS REALIZADAS EN LAS INSTALACIONES DE COMFACHOCO EPS-S**

##### **ALCANCE**

En el mes de enero del año 2017, se realizó auditoria a los siguientes procesos del sistema de gestión de la calidad:

- Afiliación y registro

- Atención al usuario
- Contratación de la Red de Prestadores
- Referencia y Contrareferencia
- Promoción y Prevención
- Auditoría de Cuentas
- Reportes de Información

Mediante el registro de la información se describen de manera gruesa y sin detallar los hallazgos persistentes encontrados en las auditorías realizadas, debe resaltar la no evidencia de elaboración, ejecución y seguimiento de planes de mejora:

- **Afiliación y Registro**
  - No se diligencia correctamente el formulario Único de afiliación e inscripción del régimen subsidiado, teniendo en cuenta que se dejan espacios en blanco.
  - No se elabora el plan de promoción de la afiliación.
  - No posee personal capacitado en Gestión de calidad.
- **Atención al usuario**
  - No realiza medición del grado de satisfacción de los usuarios.
- **Promoción y Prevención**
  - No cuenta con un manual de proceso que describa como se realizan las actividades.
  - No realiza medición de los indicadores de P y P.
- **Auditoria cuentas medicas**



- No cuenta con un manual de proceso que describa como se realizan las actividades.
  - No realiza medición de los indicadores
- **Reportes de Información**
    - No realizan medición de indicadores de “calidad de la información” e indicadores de impacto que permitan concluir sobre el resultado de la gestión realizada.
- **Referencia y Contrareferencia**
    - No posee un manual de procedimientos que describa como se realiza sus actividades.
    - No realiza medición de los indicadores según frecuencia establecida.
    - Contratación de la Red de Prestadores
    - No posee un manual de procedimientos que describa como se realiza sus actividades
    - No realiza medición de los indicadores según frecuencia estable

### **6.13 EL CICLO PHVA: PLANEAR-HACER-VERIFICAR-ACTUAR**

La utilización continua del PHVA nos brinda una solución que realmente nos permite mantener la competitividad de nuestros productos y servicios, mejorar la calidad, reduce los costos, mejora la productividad, reduce los precios, aumenta la participación de mercado, supervivencia de la empresa, provee nuevos puestos de trabajo, aumenta la rentabilidad de la empresa.

Figura 3. Ciclo PHVA



- **PLANEAR (P):** esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (que). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (como), es decir, la manera de alcanzar las metas.

Planear es establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización:

- Identificar servicios
- Identificar clientes
- Identificar requerimientos de los clientes
- Trasladar los requerimientos del cliente a especificaciones
- Identificar los pasos claves del proceso (diagrama de flujo)
- Identificar y seleccionar los parámetros de medición

- Determinar la capacidad del proceso
- Identificar con quien compararse ( ISO 9004)

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

En el Hacer se hace la implementación de lo definido en la planeación, es decir, toda la Organización se alinea de acuerdo a las definiciones, se conforman equipos de trabajo para que documenten los procesos con el enfoque de PHVA y con una metodología definida.

- Implementación de los procesos
- Identificar oportunidades de mejora
- Desarrollo del plan piloto
- Implementar las mejoras

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

En el Verificar, se aplica el subproceso de Revisiones de Gerencia y Auditorías internas de Calidad.

- Realizar el seguimiento y medir los procesos y los productos contra las políticas, los objetivos y los requisitos del producto e informar sobre los resultados.

- Evaluar la efectividad

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

En el Actuar, se aplica el subproceso de Acciones correctivas, preventivas y planes de mejoramiento como consecuencia de unos informes de auditorías, adicionalmente se aplica la metodología para análisis y solución de problemas a aquellos subprocesos que necesitan un mejoramiento continuo para luego incorporarlos en los subprocesos y convertirlos nuevamente como parte del día a día.

- Tomar acciones para mejorar continuamente el desarrollo de los procesos
- Institucionalizar la mejora y-o volver al paso de Hacer

No es posible realizar con calidad una actividad, proceso, producto o servicio, si se viola alguno de los pasos del ciclo.

Podría decirse que la metodología **PHVA** no da lugar a fisuras en cuanto su propósito: se define una meta y dejándose llevar por la sabiduría contenida en cada etapa, se llega a cumplirla quitando del camino los obstáculos (no conformidades) que se interpongan, ya sean humanos, materiales o financieros. Si el objetivo es realista y considera las variables del entorno, entonces siguiendo la estrategia del Ciclo de la Calidad, la probabilidad de éxito es mayor. No debe olvidarse que en cada paso habrá que realizar acciones tácticas y operativas para seguir adelante.

## 7. CONCLUSIONES

Después de realizar la investigación respectiva se concluye lo siguiente:

- Se evaluó el PAMEC existente en Comfachocó EPS-S del año 2014.
- Se evaluaron y actualizaron los procesos priorizados de acuerdo con la normativa legal vigente que aplica para EPS.
- Se propuso un plan de mejoramiento que le permitiera a la entidad actualizar el PAMEC existente con su
- El desarrollo e implantación del PAMEC cuenta desde su inicio con el respaldo claro, consistente y visible de la Junta Directiva, de la Gerencia General y del resto del personal directivo y ejecutivo de la EPS-S. Materializado este respaldo con hechos concretos como la participación directa y activa, el aval expreso a las diversas iniciativas emprendidas en el marco de este proceso y el indispensable apoyo financiero sin el cual sería muy difícil llevar este modelo a feliz término. El compromiso de la alta gerencia se constituye, indiscutiblemente, en un factor clave de éxito, no solamente para el diseño e implantación del PAMEC sino para su desarrollo y fortalecimiento.

## 8. RECOMENDACIONES

Después de realizada la anterior investigación recomendamos a COMFACHOCO EPS-S lo siguiente:

- Realizar capacitaciones con el fin de establecer un mejoramiento continuo sobre el grado de cumplimiento del Programa de Mejoramiento de la Calidad a partir de los estándares de acreditación.
- Convertir el PAMEC como una herramienta fundamental para la entidad con el fin de mejorar la Calidad en la Atención y prestación de sus servicios como EPS.
- Desarrollar procesos de Mejora Continua al PAMEC de la entidad a través de la evaluación del estado en que se encuentra frente a la satisfacción de los usuarios.

## 9. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Arango Puerta, S.J., Gerardo. (1998) “Observaciones y sugerencias acerca del Sistema Nacional de Acreditación” en Cuadrenos Ascun (Asociación Colombiana de Universidades), Número 6. Santafé de Bogotá, Corcas.

Banco Interamericano de Desarrollo. (1997) Educación Superior en América Latina y el Caribe. Documento de Estrategia. Washington.

Borrero Cabal, S.J., Alfonso. (1999) Planeación, Autoevaluación y Acreditación de Instituciones de Educación Superior. Simposio Permanente sobre la Universidad. Conferencia XXXII. Pontificia Universidad Javeriana, Santafé de Bogotá.

COLOMBIA. CONGRESO. Constitución Política de Colombia 1991. Bogotá: El Congreso, 1991

Colombia, Ministerio de Protección Social. Por medio del cual se adopta el manual de estándares de Acreditación de EAPB e IPS Resolución 1445 del año 2006. (Diario Oficial No 44.662.30 de Diciembre de 2006).

Colombia, Ministerio de Protección Social. Por el 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. Resolución 1043 del año 2006. (Diario oficial No 46271 de mayo 17 de 2006).

Comfachocó EPSS. Servicios [http://www.comfachoco.com.co/PAGINA\\_COMFACHOCO\\_epss/servicios.html](http://www.comfachoco.com.co/PAGINA_COMFACHOCO_epss/servicios.html)

Dilian Francisca Toro Torres ERODAACBALR. Alcaldía de Bogotá. [Online].

Available from: <http://www.alcaldia bogota.gov.co /sisjur /normas/Norma1.jsp?i=22600>

El Blog de la Salud. Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud. [Online]. [cited 2015 10 28. Available from: <http://www.elblogdelasalud.es/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>

Funcionamiento efectivo. Presupuesto. [http://www.ehowenespanol.com/presupuesto-funcionamiento -efectivo- info\\_%20315467/](http://www.ehowenespanol.com/presupuesto-funcionamiento -efectivo- info_%20315467/).

Ley 100 de diciembre 23 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso, 1993

Ministerio de salud y protección social. <http://achc.org.co/documentos/prensa/res-1441-16%20habilitacion %20redes%20integradas%20ips.pdf>

Plataforma estratégica de una organización. [Online]. 2014. Available from: <https://prezi.com/ckxaakyxer5b/plataforma-estrategica-de-una-organización/>

Miguel García Cancino NORSPGAMRM. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas.

Peña Motta, Pedro Pablo. (1997). Universidad y Acreditación. Retos para el Tercer Milenio. Editora Amparo Mejía López, Santafé de Bogotá. Polo Verano, Pedro. P. (1998) “El Sistema Colombiano de Acreditación en 1998” en Cuadernos Ascun (Asociación Colombiana de Universidades), Número 6. Santafé de Bogotá, Corcas. Van Vught, Frans A. (1993) “Evaluación de la calidad de la Educación



Superior: el próximo paso” en Cuadernos Ascun (Asociación Colombiana de Universidades), Número 2. Santafé de Bogotá, Corcas.

Procuraduría del a Nación. Available from:<http://www.procuraduriagov.co/portal/media/file/Publicaci%C3%B3n%20-%20Finanzas%20en%20Salud.pdf>

Salamanca) JME(dM•MFE(d. Asesoramiento y apoyo comunitario para la mejora de la educacion. Revista de educacion. 2010; 399: p. 977.l

Sistema Único de Habilitación. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>

Superintendencia Nacional de Salud. Circular Externa 30 de 2006. Diario Oficial No. 46.278. [Internet]. 2006 [citado 07 de Abril de 2016]. Disponible en:[http://cfgce.com/wp-content/uploads/downloads/2011/04/Circular\\_Externa\\_30\\_de\\_2006.pdf](http://cfgce.com/wp-content/uploads/downloads/2011/04/Circular_Externa_30_de_2006.pdf)

## ANEXOS

## Anexo 1 Auditoria Interna Reporte De Información

INSTITUCIÓN: COMFACHOCO  AUDITOR: NAZLY Y. CUESTA PALACIOS		FECHA AUDITORIA: 20 de FEBRERO de 2017			
		JAZMIN YURGAKY KARLA VERA ERIKA CASTILLO			
		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño de la EPS</b>					
1	¿Reporta la información con el Anexo Técnico 1 y 2 de la Resolución 1379 de 2015 ?Reporte de información sobre la entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño de EPS del SGSSS. Archivo comprimido con el soporte documental del formato tipo cuestionario de la Circular Conjunta 016 de 2013.	X			Se evidencia reporte sobre la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño de la EPS del tercer trimestre del año 2016 en la fecha de 29 Octubre por la plataforma PISIS de SISPRO
2	¿Cumple con los plazos para el reporte de la información de acuerdo con el artículo 3 de la Res. 1379 de 2015? Trimestral - inicio julio.	X			La EPS cumple con el reporte trimestral de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño de la EPS de acuerdo a la resolución 1379 de 2015.
<b>Transferencia de datos del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)</b>					
3	¿La E.P.S envía los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) al ministerio de salud y protección social dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción, validación y aceptación según la Res. 1531 de 2014?	X			Se evidencia el reporte de RIPS del Noviembre del año 2016, a través de la plataforma PISIS de SISPRO el 30 de Diciembre de 2016.
4	¿La entidad envía los archivos firmados digitalmente? Para firmar digitalmente los archivos, se debe usar un certificado digital emitido por una entidad certificadora	X			Se evidencia firma digital de la directora de la EPS Comfachoco por medio de un toquen avalada por certicámara.

	abierta aprobada por la Superintendencia de Industria y Comercio.			
<b>Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la unidad de pago por capitación</b>				
5	¿La E.P.S envía Información sobre todos los servicios de salud prestados en el primer semestre del año inmediatamente anterior, en la estructura que establece el ministerio de salud y protección social? R1,R2,R3,R5,R6,R8.		X	Se evidencia el reporte de información para el Estudio de Suficiencia incompleto ya que NO reportan los registros: tipo 5 (medicamentos de Resolución 5592 Art. 134), tipo 6 (medicamentos Resolución 5592 Art. 134), tipo 8 (registro de detalle Insumos, lentes, monturas, Stent duodenal, Stent coronario recubierto o medicado y Stent coronario convencional o no recubierto). La EPS reportó la información del primer semestre de 2016 en el mes de Agosto de 2016 de los registros tipo 1 (control), tipo 2 (procedimientos de Salud CUPS), tipo 3 (Medicamentos reportados con código CUM).
6	¿Cada archivo está constituido por un registro de control y un solo tipo de registro, de acuerdo a la información a reportar?	X		Se evidencia el reporte de la información en cada tipo de registro de control.
7	¿Los campos valor y valor usuario se manejan de forma independiente, conforme a la solicitud de información?	X		Se evidencia en el reporte R1, R2 y R3 que los campos valor y valor usuario se manejan de forma independiente.
8	¿El reporte de la información se hace a través de la Plataforma PISIS del Sistema Integral de Información de la Protección Social -SISPRO?	X		Se evidencia reporte del 21 de Agosto a través de la plataforma PISIS de SISPRO.
<b>Registro de las Actividades de Protección Específica, Detección Temprana</b>				

9	¿El reporte de la información al ministerio de salud y protección social se realiza con el Anexo Técnico de la resolución 4505 de 2012?	X		Se evidencia el reporte de la información de las actividades de protección específica y detección temprana del tercer trimestre de 2016, en el anexo técnico de la Res. 4505 de 2012.
10	¿A la información reportada se le anexa la firma digital, de acuerdo a lo definido por el Ministerio de Salud y Protección Social?	X		Se evidencia firma digital de la directora de la EPS Comfachocó por medio de un toquen avalada por certi cámara.
11	¿La E.P.S envía la información dentro de los 30 días calendario siguiente al vencimiento del respectivo trimestre?	X		Se evidencia cumplimiento de la Resolución 01588 de 2016 con el reporte de la información de Julio a Septiembre el 23 de Octubre de 2016.
<b>Alto costo (reporte de información de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación)</b>				
12	¿Reportan a la Cuenta de Alto Costo, el registro de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación, conforme a lo señalado en el Anexo Técnico de la resolución 123 de 2015?	X		Se evidencia radicado exitoso del reporte a la cuenta de alto costo el 28 de Marzo de 2016 de la información del año 2015.
13	¿Entregan anualmente al Ministerio de Salud y Protección Social la información de gestión de riesgo de hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación por asegurador para apoyar la vigilancia?	X		La EPS realiza el reporte anual a la cuenta de alto costo.
<b>Registro de Negación de Servicios y Tecnologías</b>				
14	¿La E.P.S reporta la información de Negación de Servicios y Tecnologías en el anexo técnico de la resolución 1683 de 2015?	X		Se evidencia reporte de servicios negados el 08 de Enero de 2017 a través de la plataforma PISIS.
15	¿El envío de la información de realiza través de la plataforma de Intercambio de Información (PISIS) del Sistema Integral de Información de la Protección Social	X		Se evidencia reporte enviado a través de la plataforma PISIS.

	(Sispro)?				
16	¿La EPS reportan la información del Registro de Negación de servicios y tecnologías correspondiente al mes inmediatamente anterior, dentro de los primeros ocho (8) días calendario del siguiente mes?	X			Se evidencia el reporte de medicamentos e insumos negados en el mes de Diciembre de 2016, el 08 de Enero de 2017 a través de la plataforma PISIS.
17	¿La información de tiempos de espera de medicina especializada, cuantificada con la metodología definida en el artículo 3° de la resolución 1552 de 2013 se publica y actualiza en la página web de la EPS dentro de los diez (10) primeros días hábiles de cada mes.		X		En la EPS no se evidencia publicación en su página web de los tiempos de espera de medicina especializada, manifiesta el ingeniero Dannies Luis que este incumplimiento se debe a la inoportunidad de la entrega de la información por parte de su red de prestadores.
<b>Reporte de indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.</b>					
18	¿La EPS reporta semestralmente los indicadores de obligatorio cumplimiento para el monitoreo de la calidad (tiempos de espera de medicina especializada) de acuerdo a la resolución 0256 de 2016?	X			En la EPS Comfachocó se evidencia el reporte en el mes de julio de 2016, de los indicadores de monitoreo de la calidad del primer semestre del año 2016 según resolución 1446 de 2006. Desconocen la resolución 0256 de 2016.
<b>Caracterización de la población</b>					
19	¿La EPS reporta anualmente la caracterización del conglomerado de su población afiliada?	X			Se evidencia reporte realizado por la EPS Comfachoco el 16 de Septiembre de 2016 de la caracterización de la población del año 2015.
<b>AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS</b>					
1	¿El líder del proceso cuenta con un archivo (físico o magnético) de los soportes de auditoria internas y externas realizadas al proceso?		X		La líder del proceso no cuenta con un archivo físico o magnético de los soportes de auditoria internas y externas realizadas en la EPS Comfachoco.

2	¿Existe evidencia de seguimiento periódico a los planes de mejora planteados previamente?		X		No se evidencia planes de mejora ni acciones ante los hallazgos detectados en las auditorías realizadas a la EPS Comfachocó
<b>OTROS</b>					
1	¿La EPS cuenta con la descripción del procedimiento de reporte de información?		X		No se evidencia documentado la descripción del procedimiento de reporte de información.
2	¿Conoce de las quejas atribuibles al proceso de reporte de información?	X			El líder del proceso conoce de quejas por parte de la súper intendencia nacional de salud presentada por el incumplimiento en el reporte de la UPC

## Anexo 2. Anexo auditoría interna gestión del usuario

INSTITUCIÓN:	COMFACHOCO EPS-S	FECHA AUDITORIA:			
AUDITOR:	NAZLY Y. CUESTA PALACIOS	JAZMIN YURGAKY KARLA DANIELA VERA S. ERIKA CASTILLO			
		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
	<b>TERMINOS DE REFERENCIA</b>				
1	¿Cuenta la E.P.S con una oficina para la atención PQR de los usuarios?	<b>X</b>			
2	¿Cuenta con una línea telefónica con salida a celulares y larga distancia?	<b>X</b>			
3	¿La E.P.S cuenta con e-mail para la recolección, atención y trámite oportuno de las solicitudes, sugerencias, quejas y reclamos de los usuarios?	<b>X</b>			
4	¿Existe un proceso documentado y socializado de este proceso?	<b>X</b>			
5	¿Cumplen con los horarios de atención al usuario de acuerdo a la norma?	<b>X</b>			
6	¿Cuenta con cronograma de divulgación hacia el usuario sobre sus derechos y deberes?		<b>X</b>		
7	¿Existen procedimientos documentados y estrategias definidas (por ejemplo buzones en las instalaciones, entre otros) para la recolección, atención y trámite oportuno de las solicitudes, sugerencias, quejas y reclamos de los usuarios?		<b>X</b>		
8	¿Se realizan medición del grado de satisfacción de los usuarios?			<b>X</b>	
9	¿Cuál es la metodología que utiliza la E.P.S para la definición de la satisfacción de los usuarios?	<b>X</b>			Encuestas

10	¿Se implementan planes de mejoramiento acordes a los resultados de la encuesta de satisfacción de los usuarios?		X		
11	¿Presenta reportes de quejas y reclamos por municipios, identificando el período evaluado?		X		
12	¿Se direcciona la queja al funcionario o al líder del proceso donde se originó la queja?		X		
13	¿Se determinan y cumplen los tiempos de respuestas a quejas y reclamos?			X	
14	¿Se verifica la satisfacción de los usuarios con la respuesta recibida?			X	
15	¿Implementan planes de mejora para la atención de las causas de las quejas y reclamos?		X		
16	¿Las PQR que se presentan en los municipios llegan y se las da trámite en la oficina central?		X		
17	¿La E.P.S consolida y analiza los resultados de las encuestas?		X		
<b>INDICADORES</b>					
1	¿Se realiza la medición del indicador tasa Acumulada de PQR mensual?	X			
2	¿Se realiza medición del indicador tasa Acumulada de PQR anual?		X		
3	¿Se realiza la medición del indicador tasa de Satisfacción Global?	X			
4	¿Se realiza medición del indicador tiempo Promedio de Respuesta a PQR?	X			
5	¿Se realiza medición del indicador proporción de Quejas resueltas antes de 15 días?		X		
6	¿Se plantean acciones preventivas con el ánimo de mantener o mejorar los resultados obtenidos?		X		
<b>AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS</b>					
1	¿El líder del proceso cuenta con un archivo (físico o magnético) de los soportes de auditoría internas y externas realizadas al proceso?				
2	¿Existe evidencia de seguimiento periódico a los planes de mejora planteados previamente?				



<b>OTROS</b>				
1	Evaluar con el líder, profesionales y auxiliares el conocimiento y apropiación de los procedimientos más relevantes del proceso, su ubicación y papel dentro del Sistema de Gestión de Calidad, y su opinión sobre la conformidad de lo que está documentado. Indagar sobre la inducción y/o capacitación de los documentos del SGC.			
2	Evidencia de conocimiento y gestión en oportunidades de mejora detectadas tanto en Auditorías Internas como Autocontroles, las cuales hubieran sido registradas en el formato RASHM			
3	El líder del proceso tiene conocimiento de las quejas y reclamos que se presentan de su área, analiza las causas, hace plan de mejoramiento y retroalimenta sobre estos datos a su área			
4	Se realizan y documentan los comités y/o reuniones propias del proceso. Comité de atención al usuario con la periodicidad establecida por el proceso de Direccionamiento Asistencia de las instancias pertinentes al comité			
5	Los funcionarios del área cuentan con una actitud cálida y respetuosa con los demás clientes internos tanto del mismo proceso como de otros relacionados? Observación de actitud (calidez, respeto, celeridad) de las personas involucradas en el proceso			
7	Existe conformidad en la utilización de formatos propios del proceso y los institucionales, en cuanto a forma y versión vigente buzones, encuestas, formatos de comunicación, logos.			
10	Indagar con los funcionarios del área sobre el conocimiento, apropiación y gestión de eventos adversos Indagar sobre: capacitación sobre el programa de seguridad del paciente en FMP , creación de comité, sensibilización al personal para reporte de eventos adversos de pacientes y análisis de casos. Indagar sobre el conocimiento de los eventuales eventos adversos, su actitud frente al tema, captura, reporte, análisis y apropiación de las mejoras implementadas.			



## Anexo 3 Auditoria Interna De Gestión Del Riesgo

INSTITUCIÓN: CONFACHOCO EPS-S		FECHA AUDITORIA:			
AUDITOR: NAZLY Y. CUESTA PALACIOS		JAZMIN YURGAKY KARLA DANIELA VERA ERIKA CASTILLO			
CRITERIOS DE AUDITORIA		C	NC	NA	OBSERVACIONES
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA					
1	¿La E.P.S define los criterios frente a los cuales se evaluará el riesgo? población afiliada, municipio.	X			
2	¿La E.P.S. identifica y gestiona los riesgos de su población afiliada?	X			
3	Tratamiento del riesgo: ¿Se definen las posibles alternativas para mitigar los resultados adversos frente a riesgos en el aseguramiento de la población, con lo cual se desarrollaran o implementaran posteriormente planes de acción?	X			
4	Seguimiento: ¿implementan acciones de monitoreo a los riesgos identificados y las acciones implementadas con el fin de evaluar la eficiencia o el impacto generado, así como la definición de planes de mejora?	X			
5	¿La E.P.S recolecta y consolida el registro de pacientes diagnosticados con hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación, remitidas por su red de prestadores de servicios de salud?	X			
6	¿Realiza la E.P.S asistencia técnica, capacitación, monitoreo y retroalimentación a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de su red de servicios?	X			

7	¿Verifican la veracidad de la información reportada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de su red de servicios?	X			
8	la EPS opera con red integral de prestadores para la atención en salud.	X			
9	Cuenta con una ruta para la atención de los servicios de salud de pyp	X			
10	Realiza seguimiento individual y familiar de su población afiliada?	X			
11	Realiza monitoreo y evaluación y retroalimentación de los casos atendidos por el prestador?				
12	Realiza seguimiento a las acciones de promoción y prevención de su red de prestadores?	X			
13	Grupos de riesgo según las condiciones clínicas	X			
14	¿Cuenta la E.P.S con base de datos de seguimiento a los usuarios con CANCER UTERINO?	X			
15	¿Cuenta la E.P.S con base de datos de seguimiento a las usuarias con CITOLOGÍAS ALTERADAS?		X		
16	¿Cuenta la E.P.S con base de datos de seguimiento a los usuarios con TBC?	X			
17	¿Conoce la E.P.S si sus prestadores cuentan con base de datos de Mujeres Víctimas de Maltrato?		X		
18	¿Conoce la E.P.S si sus prestadores cuentan con base de datos de Víctimas de Violencia Sexual?		X		
19	¿Conoce la E.P.S si sus prestadores cuentan con base de datos de Infecciones de Trasmisión Sexual?	X			
20	¿Conoce la E.P.S si sus prestadores cuentan con base de datos de Enfermedad en Salud Mental?		X		

21	¿Cuenta la E.P.S con base de datos de seguimiento a los usuarios con CANCER DE SENO?	X			
22	¿Conoce la E.P.S si sus prestadores cuentan con un documento de estrategias de demanda inducida?	X			
23	¿La E.P.S recolecta y consolida el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, remitidas por su red de prestadores de servicios de salud?	X			
24	¿La E.P.S realiza vigilancia de los eventos adversos?	X			
25	¿La E.P.S realiza identificación del riesgo y realiza actividades de intervención según el riesgo?	X			
<b>INDICADORES</b>					
1	¿La E.P.S recolecta y consolida el registro de captación de Hipertensión Arterial de personas de 18 a 69 años?	X			
2	¿La E.P.S recolecta y consolida el registro de porcentaje de mujeres gestantes que tienen 4 o más controles prenatales?	X			
3	¿La E.P.S recolecta y consolida el registro de proporción de gestantes que cuentan con serología trimestral?	X			
4	¿La E.P.S recolecta y consolida el registro de captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años?	X			
5	¿¿La E.P.S recolecta y consolida el registro de proporción de pacientes hipertensos controlados?	X			
6	Proporción de pacientes diabéticos controlados	X			
7	¿La E.P.S recolecta y consolida el registro de proporción de mujeres con citología cervico uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia?	X			

8	¿La E.P.S registra y analiza la proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de un año?	X			
9	¿La E.P.S registra y analiza la Oportunidad en la detección de Cáncer de Cuello Uterino?	X			
10	¿La E.P.S registra y analiza la tasa de mortalidad por neumonía en grupos de alto riesgo?	X			
11	¿La E.P.S registra y analiza la Razón de Mortalidad Materna?	X			
12	¿La E.P.S ante la desviación del estándar de los indicadores implementa y ejecuta plan de mejor?	X			
<b>AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS</b>					
1	¿El líder del proceso cuenta con un archivo (físico o magnético) de los soportes de auditoria internas y externas realizadas al proceso?		X		
2	¿Existe evidencia de seguimiento periódico a los planes de mejora planteados previamente?	X			
<b>OTROS</b>					
1	¿El líder del proceso tiene conocimiento de las quejas y reclamos que se presentan de su área, analiza las causas, hace plan de mejoramiento y retroalimenta sobre estos datos a su área?	X			
2	¿Participa a los COVE municipales o departamentales?	X			
3	¿Existe conformidad en la utilización de formatos propios del proceso y los institucionales, en cuanto a forma y versión vigente?	X			

Anexo 4. Auditoría Interna De Afiliaciones Y Registro

INSTITUCIÓN: COMFACHOCO EPS-S		FECHA AUDITORIA:			
AUDITOR: NAZLY Y. CUESTA PALACIOS		JAZMIN YURGAKY KARLA DANIELA VERA ERICA VIVIANA CASTILLO			
	<b>CRITERIOS DE AUDITORIA</b>	<b>C</b>	<b>N C</b>	<b>N A</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</b>					
1	¿La E.P.S dispone de formularios físicos para la afiliación y las novedades de traslado y de movilidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud?	X			
2	¿Conoce si los datos informados para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud son veraces?	X			
3	¿La E.P.S divulga las condiciones para pertenecer al régimen contributivo o al régimen subsidiado?	X			
4	¿El diligenciamiento del formulario físico se realiza con letra clara, sin tachones y sin enmendaduras?	X			
5	¿Al formulario físico se le incluye información adicional?	<b>X</b>			
6	¿La E.P.S. identifica y gestiona los riesgos de su población afiliada?	X			
7	¿Conoce el afiliado que desde el momento de su afiliación o de la efectividad del traslado de EPS o de movilidad podrá acceder a todos los servicios de salud?	X			

	¿La entidad informa a sus afiliados del derecho de elección libre y responsable de la prestación de los servicios de salud después de 90 días contados a partir de la fecha de afiliación?	X			
8	¿La EPS realiza campañas para garantizar que sus afiliados conozcan de la obligación de mantener su información y documento de identificación actualizado?		X		
9	¿La EPS realiza campañas para garantizar que sus afiliados conozcan de la inscripción del núcleo familiar en la misma EPS según la normatividad vigente?		X		
10	¿La E.P.S realiza divulgación a sus afiliados del reporte de novedades al administrador de la base de datos de afiliados conforme a la normativa vigente?	X			
11	¿Conocen los afiliados de la entidad el Derecho a la libre escogencia de EPS?	X			
12	¿La EPS reporta la novedad de movilidad en el tiempo que determina el decreto 780 de 2016? a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes contados a partir del primer día calendario del mes en que éstas produce	X			
13	¿Reporta la E.P.S los datos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social?	X			
25	¿Existe un proceso documentado y socializado del servicio?	X			
<b>AUDITORIAS INTERNAS Y EXTERNAS</b>					
1	¿El líder del proceso cuenta con un archivo (físico o magnético) de los soportes de auditoria internas y externas realizadas al proceso?				



2	¿Existe evidencia de seguimiento periódico a los planes de mejora planteados previamente?				
<b>OTROS</b>					
1	¿El líder del proceso tiene conocimiento de las quejas y reclamos que se presentan de su área, analiza las causas, hace plan de mejoramiento y retroalimenta sobre estos datos a su área?		X		
2	Actualización y modificación de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño de EPS. Para efectos de la verificación del cumplimiento de los contenidos de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y Carta de Desempeño, las EPS deberán reportar al correo electrónico cada vez que realicen una actualización o modificación del contenido de las mismas o efectúen cambios en el enlace que accede directamente a dicha información	X			
<b>OTROS ADICIONALES</b>					

*Anexo 5. Autoevaluación*

NÚMERO	ESTANDAR	RESPONSABLE: GERENTE	ASPECTOS CUALITATIVOS	Fecha de la autoevaluación: Enero 2017	Fecha de la elaboración: Enero 2017	Fecha de la actualización: Enero 2018	Version 1	CALIFICACIÓN																			
								FORTALEZAS			OPORTUNIDADES DE MEJORA			INDICADORES				TOTAL	PRIORIZACION								
								SOportes O EVIDENCIAS DE LAS FORTALEZAS			OPORTUNIDADES DE MEJORA			Indicador	Indicador	Indicador	Indicador		Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	
								7.1. Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial			Derechos de los Pacientes			Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	Indicador	
1	<p><b>Estándar 1. Código: (ASDP1)</b> 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 directrices. Los pacientes que son a sus atenciones conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes.</p> <p><b>Criterios:</b>                      * Los derechos de los pacientes les son informados y, si las condiciones de los pacientes no permiten la comprensión de su contenido (órdenes, limitaciones médicas, etc.), la organización debe garantizar que estos sean informados y entendidos por un acompañante con capacidad de comprensión (familiares o amigos) o de otros miembros extranjeros o distantes que utilicen el usuario cuando aplica.                      * La organización garantiza que el proceso de atención a los pacientes se procese respetando al respeto que menciona la condición de paciente e independiente de sexo, edad, valores, creencias, religión, grupo étnico, preferencias sexuales o condición médica.                      * La organización garantiza estrategias que</p>	<p>La institución brinda un trato humanizado a sus usuarios, teniendo en cuenta los derechos y deberes de los pacientes planeados por la institución.</p>	<p>En la institución se dan a conocer los derechos y deberes de los pacientes, por medio de publicidad verbal y visual (carteles, volantes, TV).</p>	<p>Capacitar, socializar, evaluar los derechos y deberes a los colaboradores. Discutir y entender la declaración de los derechos y deberes en los diferentes niveles de la organización. Realizar, entregar y evaluar el entendimiento de los derechos y deberes de los pacientes (folletos).</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00	1	3	3	
2	<p><b>Estándar 2. Código: (ASDP2)</b> La institución que realiza proyectos de investigación garantiza</p> <p><b>Criterios:</b>                      * El respeto al derecho del usuario de participar o no participar a hacerlo.                      * La información relacionada con el proyecto, su objetivo, beneficios y riesgos.                      * Un comité que analice y apruebe los proyectos de investigación en los que participa la institución.                      * El análisis de los eventos adversos derivados de los estudios de investigación.                      * La competencia técnica del personal que hace parte del equipo de investigación.                      * Las prácticas éticas y estándares internacionales y nacionales para la participación de usuarios o personal en investigaciones científicas.</p>	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	2	2	3	
3	<p><b>Estándar 3. Código: (ASDP3)</b> La organización cuenta con un código de ética y un código de buen gobierno articulados con el direccionamiento estratégico. Se evalúa su cumplimiento y se actualiza cuando es necesario.</p> <p><b>Criterios:</b>                      * El código de ética contempla el respeto por los derechos y los deberes de los usuarios.                      * El código de buen gobierno incluye mecanismos para manejar posibles conflictos de intereses.                      * Los comités de ética evolucionan situaciones especiales de la atención ética de los pacientes (transplantes, muerte cerebral, estado terminal, entre otros).</p>	NO TIENE	NO TIENE	Desarrollar, implementar y evaluar el código de ética y buen gobierno que este basado en el direccionamiento estratégico de la organización.	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00	3	3	3	
4	<p><b>Estándar 4. Código: (ASDP4)</b> La organización asegura que para todos los usuarios que asistan, independientemente de la modalidad de visita o contratación de los servicios, se cumplan de igual manera los estándares de acreditación que aplican a los servicios prestados.</p> <p><b>Criterios:</b>                      * Si la organización presta servicios mediante la venta de servicios parciales como hotelería, saldes de cirugía u otros, cuenta con mecanismos para asegurar que la atención extrahospitalaria ambulatoria o hospitalaria realizada por terceros se presta cumpliendo con los estándares de acreditación en relación con el servicio o servicios prestados.                      * Si la organización tiene responsabilidades en la atención de grupos poblacionales o contrata servicios con terceros, cuenta con mecanismos para asegurar que el ciclo de atención del usuario del cual es responsable se realiza cumpliendo con los estándares de acreditación.</p>	<p>La organización contrata servicios con terceros, la cual hace parte de su red prestadora de servicios</p>	<p>Red de servicios</p>	<p>asegurar que todos los usuarios atendidos cumplan de igual manera con los estándares de acreditación que aplican a los servicios prestados.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00	1	1	3	
5	<p><b>Estándar 5. Código: (ASDP5)</b> La organización tiene formulada implementada y evaluada la política de Seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización</p> <p><b>Criterios:</b>                      * Una estructura funcional para la seguridad del paciente.                      * La implementación de estrategias para el fortalecimiento de la cultura justa de la seguridad que incentiva el reporte voluntario de eventos, la identificación de riesgos sistémicos y la definición de barreras de seguridad orientadas a su mitigación.                      * Monitoreación de eventos adversos.                      * Evidencias de tendencias hacia la mejora y el desempeño seguro.</p>	<p>La institución cuenta con una política de calidad donde se compromete a garantizar la seguridad del paciente en el proceso de atención de cada uno de los servicios contratados por la institución.</p>	<p>Documento de la política de calidad</p>	<p>socializar y evaluar la política de seguridad del paciente, garantizando el despliegue a toda la organización, y del mismo incentivar a los colaboradores para mantener la cultura del reporte, con el fin de crear barreras de seguridad que nos permita mejorar en el proceso de atención.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00	3	3	3
6	<p><b>Estándar 6. Código: (ASDP6)</b> La organización cuenta con un programa de gestión del riesgo que define la búsqueda de factores de riesgo, fallas y eventos adversos.</p> <p><b>Criterios:</b>                      * La estructuración de un sistema de búsqueda de factores de riesgo, fallas y eventos adversos.                      * La investigación, el análisis, la gestión y la toma de decisiones que evita los eventos adversos prevenibles y, en caso de presentarse, mitigar sus consecuencias.                      * La organización identifica si la actual atención es consecuencia de un evento adverso, independientemente de donde se haya ocurrido la atención preoperatoria.</p>	<p>la empresa cuenta con un programa de gestión del riesgo que define la búsqueda de factores de riesgo, fallas y eventos adversos.</p>	<p>comité de seguridad de paciente, actas de comité, sistema de gestión del riesgo, infraestructura y actualización.</p>	<p>Crear estrategias para presentar a los trabajadores de la institución para que mantengan la cultura del reporte, y del mismo el control y seguimiento de los eventos presentados en la organización con el fin de crear barreras de seguridad que nos permita mejorar en el proceso de atención.</p>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1,00	3	2	4
7	<p><b>Estándar 7. Código: (ASDP7)</b> La organización implementa la totalidad de las recomendaciones que se han establecido en la Cua técnica de buenas prácticas en seguridad del paciente en la atención ambulatoria, procedimientos seguros, prácticas que mejoran la actuación de los profesionales, e involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad.</p>	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00				

## Anexo. Planes de Mejoramiento

PLANES DE MEJORAMIENTO								
ENTIDAD:				COMFACHOCO EPS				
FECHA DE ELABORACION:				PRIORIZACION				ACCIONES DE MEJORAMIENTO
PROCESO	CALIDAD OBSERVADA	CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	RIEGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL	
Gestión al usuario	No se evidencia en el correo reclamos@comfachoco.com.co el recibido y trámite oportuno de PQRSF de afiliados a la EPSS. Tampoco existe evidencia de que los usuarios conocen la existencia de este correo.		1. Campañas de socialización para dar a conocer a sus afiliados la existencia del correo institucional para el envío de PQRSF. 2. Medición de la adherencia del conocimiento de la existencia del correo institucional por medio de encuestas.	3	4	2	24	Elaboración de cronograma para socializaciones, escogencia del grupo de trabajo, dialogo con los usuarios, entrega de folletos, formato de asistencia, encuesta
Gestión al usuario	No se evidencia documento la descripción del proceso de las PQRSF en la EPSS Comfachocó.		1. Elaboración del manual de proceso de PQRSF, con la descripción del procedimiento y flujograma. 2. Socialización del manual de procesos y procedimiento de PQRSF	5	5	4	100	Escogencia del grupo de trabajo, bases de datos bibliográficas disponibles para ser consultadas, socialización de guías a los profesionales y a en comité técnico
Gestión al usuario	No se evidencia medición de la adherencia sobre conocimiento en los usuarios de sus derechos y deberes. En la sala de atención al usuario se le consultó al azar a 5 usuarios, sobre si concian sus derechos y deberes como afiliados a COMFACHOCO EPS y respondieron No, pese a que se encuentran pegado en la pared de la sala.		1. Realización de campañas para divulgación de los derechos y deberes de los usuarios de Comfachoco EPS. 2. Medición de la adherencia del conocimiento de los derechos y deberes de los afiliados a la EPS a través de encuestas	5	5	3	75	Elaboración de cronograma para socializaciones, escogencia del grupo de trabajo, dialogo con los usuarios, entrega de folletos, formato de asistencia, encuesta
Gestión al usuario	No existe un procedimiento documentado para la atención y trámite de quejas y reclamos. No se evidencia acta de apertura del buzón de sugerencias. El buzón de la EPS no cumple la normatividad: Buzón no es transparente, no cuenta con los formatos para la descripción de la PQRSF, no cuenta con lapicero y soporte para escribir.		1. Adquisición de buzón de sugerencias, soporte para escritura y lapicero. 2. Instalación del buzón de sugerencias como lo establece la norma, en la sala de atención al usuario, visible para los afiliados. 3. Hacer apertura de buzón mensualmente con su respectiva acta y con el acompañamiento de un representante de los usuarios.	5	5	3	75	Compra e instalación de buzón, lapiceros, soporte y porta papel para los formatos de PQRSF; Oficio para la asociación de usuarios para acompañamiento durante la apertura del buzón, formato de actas
Gestión al usuario	No se evidencia que la EPS Comfachocó cuente con un cronograma de encuestas de satisfacción para sus usuarios, no hay evidencias de la realización de encuestas a los usuarios de la ciudad de Quibdó que es donde se encuentra su mayor población afiliada y no se evidencias planes de mejora.		1. Elaboración del cronograma para la realización de encuestas de satisfacción que involucre la zona rural y urbana. 2. Aplicar las encuestas de satisfacción en medio físico e implementarlo por la página web de la institución. 3. Realización de analisis de los resultados de las encuestas de satisfacción.	5	5	3	75	Elaboración de cronograma para la aplicación de encuestas de satisfacción, Ubicación de lugar con internet y computador.
Gestión al usuario	Comfachocó EPS no ha elaborado planes de mejoramiento en lo concerniente a resultados de los análisis de las encuestas de satisfacción de sus usuarios.		1. Elaboración de planes de mejora de los resultados que arrojan las encuestas. 2. Realizar seguimiento a los planes de mejora.	4	3	3	36	Formato de plan de mejora, resultado de encuestas
Gestión al usuario	No se evidencia documentado el direccionamiento de la queja al funcionario o dependencia donde se originó.		1. Creación de archivo físico o magnético de los soportes del recibido del funcionario o al líder del proceso donde se originó la queja. 2. Retroalimentación de la causa de la queja con el objetivo de disminuirlas 3. Elaboración e implementación de plan de mejora 4. Documentar y socializar el flujograma de direccionamiento de las PQRS	4	3	3	36	Formato de plan de mejora, Archivar físico o magnético, bases de datos bibliográficas disponibles para ser consultadas, socialización de flujograma los profesionales y a en comité técnico
Gestión al usuario	No se evidencia en Comfachocó EPS, una estrategia que permita verificar el cumplimiento de las PQRSF en el tiempo que determina la norma: 15 días hábiles.		1. Implementar un sistema que permita radicar la fecha de la PQRS, la fecha de respuesta en los tiempos definidos por ley, y la novedad de la respuesta.	5	5	5	125	Adquisición de sistema ,Computador e internet,
Gestión al usuario	No se evidencia en Comfachocó EPS, una estrategia que permita verificar la satisfacción de los usuarios con la respuesta recibida ante una PQRS		1. Crear un formato que permita al usuario calificar la respuesta dada a las PQRS 2. Analizar los resultados de las encuestas de calificación y retroalimentar las que no alcancen una calificación satisfactoria.	5	3	4	60	Formato de calificación,
Gestión al usuario	No se evidencia documentado un plan de mejora ante las PQRS recibidas en la EPS Comfachococo		1. Elaborar mensualmente plan de mejora ante las PQRS que se presenten. 2. Implementar y ejecutar las acciones del plan de mejora con el ánimo de disminuir las PQRS.	3	3	3	27	Formato de plan de mejora

Gestión al usuario	Se evidencia una carpeta con quejas del municipio de Bagadó sin respuesta a fondo y a tiempo. Las promotoras de los municipios son las encargadas de hacer llegar las PQRS a la oficina central de la EPS		1. Implementar un sistema que permita radicar la fecha de la PQRD, la fecha de respuesta en los tiempos definidos por ley.	4	3	4	48
Gestión al usuario	No se evidencia en Comfachoco EPS la medición del indicador tasa Acumulada de PQRS mensual		1. Realizar mensualmente la medición del indicador tasa acumulada de PQRS. 2. Realizar e implementar planes de mejora al no alcanzar los resultados esperados.	4	5	5	100
Gestión al usuario	No se evidencia en Comfachoco EPS la medición del indicador tasa Acumulada de PQRS anual		1. Realizar la medición del indicador tasa acumulada de PQRS anual. 2. Realizar e implementar planes de mejora de acuerdo a los resultados arrojados.	4	5	5	100
Gestión al usuario	No se evidencia en Comfachoco EPS la medición del indicador tasa de Satisfacción Global		1. Realizar la medición del indicador tasa de satisfacción global. 2. Realizar e implementar planes de mejora de acuerdo a los resultados arrojados.	4	5	5	100
Gestión al usuario	No se evidencia en Comfachoco EPS la medición del indicador tiempo Promedio de Respuesta a PQRS		1. Realizar la medición del indicador tiempo promedio de respuesta a las PQRS. 2. Realizar e implementar planes de mejora de acuerdo a los resultados arrojados.	4	5	5	100
Gestión al usuario	No se evidencia en Comfachoco EPS la medición del indicador proporción de Quejas resueltas antes de 15 días		1. Realizar la medición del indicador proporción de quejas resueltas antes de 15 días. 2. Realizar e implementar planes de mejora al no alcanzar los resultados esperados	4	5	5	100
Gestión al usuario	No se evidencia en la EPS plan con acciones preventivas para mejorar los resultados no esperados.		1. Elaboración de plan de acciones preventivas para mejorar los resultados no esperados.	3	3	5	45
Gestión al usuario	La líder del proceso de gestión al usuario, no cuenta con un archivo físico o magnético de los soportes de auditoría internas y externas realizadas.		1. Crear un archivo físico o magnético con los informes de las auditorías que se le realicen al proceso de gestión al usuario.	3	3	3	27
Gestión al usuario	No se evidencia planes de mejora ni acciones ante los hallazgos detectados en las auditorías realizadas a la EPS Comfachoco		1. Instaurar planes de mejora y ejecutarlos ante las no conformidades detectadas con las visitas de auditorías.	3	3	4	36
Referencia y contrarreferencia	En Comfachocó EPS no se evidencian actas de socialización del manual de procesos de referencia y contrarreferencia, no se encuentra actualizado y no se evidencia en este la red de servicios de urgencia ni de atención especializada para garantizar oportunidad.		1. Elaboración del manual de proceso y procedimiento de referencia y contrarreferencia que contenga la red de urgencias, y ambulatoria de los diferentes niveles de complejidad. 2. Socialización del manual de procesos y procedimiento a todos los funcionarios inmersos en este proceso.	5	5	5	125
Referencia y contrarreferencia	En la EPS no se evidencia documentada la organización de sus prestadores según el nivel de complejidad.		1. Elaborar flujograma donde se represente la red de prestadores según el nivel de complejidad y con los servicios habilitados contratados. 2. Socializar flujograma con los funcionarios involucrados en el proceso de autorizaciones y cuentas médicas.	5	5	5	125
Referencia y contrarreferencia	En la EPS no se evidencia actas de socialización sobre la modalidad de contrato de su red de prestadores de servicios de salud con los funcionarios de este proceso.		1. Efectuar adiestramiento a los funcionarios involucrados en el proceso de referencia y contrarreferencia sobre la modalidad de contrato de su red de prestadores. Esta se hará extensiva a los funcionarios de cuentas médicas.	5	5	4	100
Referencia y contrarreferencia	No se evidencia actas donde se socialice a los funcionarios de referencia y contrarreferencia los servicios contratados con la red de prestadores.		1. Socializar con los funcionarios los servicios contratados con la red de prestadores.	5	5	4	100
Referencia y contrarreferencia	En la EPS Comfachocó no se evidencia documentado los planes de contingencia, en caso de la no prestación de servicios de salud por alguno de sus prestadores de su red contratada.		1. Elaborar plan de contingencia ante la no prestación de los servicios de salud con la red contratada, asegurando que se brinde la atención con calidad. 2. Socializar con los funcionarios el documento del plan de contingencia.	5	5	5	125
Referencia y contrarreferencia	En la EPS no se evidencia un mecanismo que permita hacer seguimiento efectivo y monitoreo a las solicitudes y remisiones radicadas: No cuentan con evidencia del recibido del usuario de la autorización, no cuentan con la información de número de autorizaciones Vs número de pacientes atendidos por la red de prestadores en periodos mensuales. No cuenta con la relación de procedimientos pendientes por realizar por parte de su prestadores.		1. Implementar un programa que permita realizar el seguimiento de solicitudes radicadas Vs solicitudes autorizadas, cumpliendo con los tiempos de respuesta que establece la resolución 3047 de 2008. 2. Llevar un registro del recibido de la autorización. 3. Controlar mensualmente el número de pacientes atendidos Vs número de autorizaciones. lo que permitirá llevar un registro de servicios pendientes	5	5	5	125

Referencia y contrarreferencia	Comfachocó EPS no cuenta con un proceso documentado de contrarreferencia, no existe evidencia de que el proceso se realice, y los usuarios no son informados del proceso de retroalimentación.		1. Adiestrar a los funcionarios involucrados en el tema de contrarreferencia de tal forma que lo retroalimenten con los usuarios.	5	5	5	125
Referencia y contrarreferencia	En Comfachocó no se evidencia actas de sesión del comité técnico y no cuentan con un listado de casos especiales que requieran ser estudiados por el comité.		1. Realizar cronograma para sesión del comité técnico, 2. Crear un archivo para las actas de reunión del comité técnico. 3. Plasmar un listado de los casos especiales que requieren ser estudiados por el comité técnico.	4	4	4	64
Referencia y contrarreferencia	No cuenta la EPS con un registro del número de solicitudes pendientes vs número total de solicitudes radicadas durante el mes. No se conoce cuantos fueron atendidos en un mes en los diferentes niveles de complejidad. No se evidencia medición de la oportunidad en la asignación de citas de las remisiones radicadas mensualmente.		1. Implementar un programa que permita llevar un control mensual de las solicitudes pendientes Vs número de solicitudes radicadas. El objetivo es no tener solicitudes pendientes. 2. Efectuar mensualmente la medición de la oportunidad en la asignación de citas y procedimientos autorizados a los diferentes prestadores.	5	5	5	125
Referencia y contrarreferencia	No se evidencia medición de los indicadores para el sistema de referencia y contrarreferencia que garanticen los atributos de calidad. Se evidencia que no conocen el número de procedimientos realizados y pendientes mensualmente.		1. Realizar la medición mensual del indicador: Sumatoria de número de remisiones efectivas del periodo en estudio / número total de referencias en el periodo de análisis x100 2. Realizar la medición del indicador: Sumatoria de número de horas transcurridas entre la solicitud de la referencia y la hora de la aceptación por parte de la IPS receptora del paciente/ número total de solicitudes de referencia en el periodo de análisis.	5	5	5	125
Referencia y contrarreferencia	En Comfachocó EPS no se observa un directorio de red de urgencias socializado y publicado en lugar visible al público.		1. Publicar en la sala de atención al usuario la red de urgencias contratada 2. Realizar campañas de divulgación de la red de urgencias para los afiliados de la EPS	5	5	3	75
Referencia y contrarreferencia	La EPS no cuenta con un instrumento de control para el pago de reembolsos solicitados por concepto de atención por fuera de la red contratada.		1. Implementar un programa que permita llevar un control del pago de reembolsos solicitados por concepto de atención por fuera de la red contratada.	4	3	2	24
Referencia y contrarreferencia	La EPS no cuenta con un instrumento de control para el pago de reembolsos solicitados por concepto de transporte y otros servicios. No discriminan los reembolsos aprobados y los no aprobados con el motivo de la negación.		1. Producir un registro del pago y negación de reembolsos por los conceptos de servicios y transporte.	3	3	4	36
Referencia y contrarreferencia	En Comfachocó no se evidencia el estudio de suficiencia de red para patologías de alto costo. No cuentan con red de prestación de servicios para oncología pediátrica. La red contratada para patologías de alto costo es insuficiente, solo cuentan con las instituciones 'Somar y hemogrup para la atención de los usuarios con estas patologías. Se desconoce si los pacientes con VIH se les brinda toda la atención que requieren.		1. Realizar el estudio de suficiencia de red para patologías de alto costo y contratar con instituciones que tengan habilitados los servicios que se requieren.	5	5	4	100
Referencia y contrarreferencia	No se evidencia seguimiento a los usuarios con patologías de alto costo, se desconoce el número de usuarios con tales patologías.		1. Crear una base de datos de los usuarios con patologías de alto costo 2. Efectuar seguimiento mensual a los usuarios con patologías de alto costo	5	5	4	100
Referencia y contrarreferencia	En la EPS no se evidencian documentados los procesos y actividades necesarias para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos		1. Documentar los procesos y actividades necesarias para la organización y gestión integral de las Redes de Prestación de Servicios Oncológicos	3	4	4	48
Referencia y contrarreferencia	En Comfachocó EPS no se evidencia evaluación de la demanda Real y Potencial de servicios oncológicos en su población afiliada, no cuentan con una red de servicios oncológicos documentada y socializada.		1. Realizar el estudio de suficiencia de red para patologías de alto costo y contratar con instituciones que tengan habilitados los servicios que se requieren. 2. Documentar y socializar la red contratada para servicios oncológicos, con los funcionarios involucrados en el proceso de referencia y contrarreferencia	5	5	4	100
Referencia y contrarreferencia	En Comfachocó EPS para la atención ambulatoria no se evidencia registro de recibido de la solicitud Vs entrega de la autorización, por lo tanto no mide el cumplimiento en los tiempos de respuesta como lo establece la norma 3047 de 2008. Para las urgencias y hospitalizaciones al ser recibidas por correo se puede medir el tiempo promedio de respuesta.		1. Se implementará una bitácora que permita llevar el registro de la fecha de radicación de la solicitud, la fecha de entrega de la autorización y la firma de la persona que recibe la autorización. 2. Realizar análisis e implementar plan de mejora al incumplimiento de los tiempos de respuesta.	5	5	5	125
Referencia y contrarreferencia	Comfachocó EPS, al momento de esta visita la línea telefónica 3148964975, no se encuentra operativa, no cumple con el indicador de accesibilidad/oportunidad telefónica en el número de llamadas para comunicarse; se realizaron 6 llamadas de verificación y ninguna fue repondida, por lo tanto también incumple con los indicadores de: accesibilidad / oportunidad telefónica en el número de timbres para se conteste y accesibilidad / oportunidad telefónica en el tiempo de espera hasta que una persona atiende la llamada.		1. Reparar o reemplazar la línea telefónica que se encuentre en mal estado. 2. Concientizar a los auxiliares de autorización de la importancia de responder el teléfono.	5	3	4	60
Referencia y contrarreferencia	No se evidencian actas de socialización o inducción para los funcionarios de referencia y contrarreferencia sobre los reportes y anexos necesarios para la recepción y el trámite de una autorización dependiendo del tipo y nivel de complejidad		1. Brindar capacitación a los funcionarios de referencia y contrarreferencia sobre los anexos y reportes para el trámite de autorizaciones que estable la resolución 3047 de 2008	5	5	5	125
Referencia y contrarreferencia	No se evidencia documentado ni socializado las variables requeridas para hacer seguimiento al costo médico		Documentar y socializar las variables para las patologías de alto costo	4	3	3	36

Referencia y contrarreferencia	En Comfachocó EPS no se evidencia medición y seguimiento a los indicadores de autorizaciones con periodicidad mensual.		1. Realizar la medición mensual de los indicadores de autorizaciones: cirugía Programada ,general, y Cirugía Oncológica Programada; Imágenes Diagnósticas ; tac abdominal y de toráx; RNM de Cráneo Programada; Consultas especializadas; Cirugía Programada de Cataratas y de reemplazo de Cadera. 2. Implementar plan de mejora cuando los resultados de los indicadores no sean los esperados.	5	5	5	125	
Referencia y contrarreferencia	Comfachoco EPS incumple con el tiempo promedio para las autorizaciones de alto costo, según la resolución 3047 de 2008. Se evidencian tutelas por estas patologías.		1. Dar prioridad a las autorizaciones de patologías de alto costo. 2. Educar a los funcionarios en el direccionamiento adecuado para las autorizaciones de alto costo	5	5	5	125	
Referencia y contrarreferencia	No se evidencia documentado ni socializado el procedimiento para el trámite de los servicios negados.		1. Conformar el comité tecnico científico CTC 2. Documentar y socializar los servicios, materiales y/o medicamentos no pos. 3. Socializar el direccionamiento de los servicios, materiles y medicamentos no pos	5	5	5	125	
Referencia y contrarreferencia	En la EPS no se evidencia la adopción del formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos, de la superintendencia nacional de salud.		1. Adoptar el formato de negación de servicios y/o medicamentos de la superintendencia nacional de salud.	5	5	5	125	
Referencia y contrarreferencia	La EPS comfachoco no cuenta con un censo diario de sus usuarios hospitalizados.		Implementar un sistema que permita arrojar diariamente las autorizaciones de hospitalización	4	4	4	64	
Referencia y contrarreferencia	Comfachoco EPS no cuenta un registro de las evoluciones diarias de sus usuarios hospitalizados.		Realizar seguimiento a los usuarios hospitalizados solicitando a los prestadores la evolución diaria	4	4	4	64	
Referencia y contrarreferencia	El líder del proceso de referencia y contrarreferencia no cuenta con un archivo o documento de las no conformidades encontradas en las auditorias externas y/o internas realizadas.		1. Crear un archivo físico y/o magnético de los hallazgos detectados en las auditorias que se le realicen al proceso de referencia y contrarreferencia. 2. Socializar las no conformidades con todo el personal involucrado en el proceso.	3	3	3	27	
Referencia y contrarreferencia	No se evidencian planes de mejora de las auditorias realizadas al proceso de referencia y contrarreferencia.		1. Elaborar e implementar planes de mejora con respecto a las no conformidades detectadas en las auditorias	3	3	4	36	
Referencia y contrarreferencia	En la EPS no se evidencia documentado los municipios que requieren pago de transporte de sus usuarios, no se cuenta con registros de socialización: la líder del proceso desconoce cuales son las zonas que originan el pago de transporte.		1. Documentar y socializar los municipios que requieren pago de transporte y el medio de transporte	4	4	4	64	
Referencia y contrarreferencia	En la EPS no se evidencian documentadas ni socializadas las tarifas referente a transporte para el proceso de referencia.		1. Documentar las tarifas de los diferentes transportes utilizados para la referencia de los usuarios de la EPS. 2. Socializar las tarifas con los involucrados en el proceso.	4	4	4	64	
Referencia y contrarreferencia	La líder del proceso de referencia y contrarreferencia no analiza las causas, no realiza planes de mejora, ni retroalimenta sobre las quejas que se presentan por su proceso.		1. Analizar las causas por las que se producen las PQRS 2. Elaborar e implementar plan de mejora ante las PQRS que se presenten por el proceso de referencia y contrarreferencia. 3. Realizar retroalimentación de las PQRS con todos funcionarios involucrados en el proceso.	4	3	4	48	
Referencia y contrarreferencia	Se evidencia en la EPS Comfachoco que las auxiliares de autorizaciones no disponen de una actitud cálida y respetuosa para los usuarios, además no direccionan adecuadamente al usuario al entregarle la autorización.		1. Efectuar capacitaciones a las auxiliares de autorizaciones sobre atención al cliente.	5	3	4	60	
Reporte de información	Se evidencia el reporte de información para el Estudio de Suficiencia incompleto ya que NO reportan los registros: tipo 5 (medicamentos de Resolución 5592 Art. 134), tipo 6 (medicamentos Resolución 5592 Art. 134), tipo 8 (registro de detalle Insumos, lentes, monturas, Stent duodenal, Stent coronario recubierto o medicado y Stent coronario convencional o no recubierto). La EPS reportó la información del primer semestre de 2016.		1. Consolidar la información anual requerida para el informe completo de Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la unidad de pago por capitación. 2. Crear las estructuras R5, R6,R8, para el reporte oportuno al ministerio de Salud y Protección Social	3	4	3	36	
Reporte de información	La EPS no reporta los tiempos de espera de odontología, medicina general y especializada. Argumenta el ingeniero Dannies Luis que esto se debe a la inoportunidad del reporte de dicha información por la red de prestadores.		1. Enlazar en los contratos el reporte oportuno de la información de la resolución 1552 de 2013 2. Publicar en la página web de la EPS oportunamente lo definido en la resolución 1552 de 2013.	4	4	4	64	
Reporte de información	La líder del proceso no cuenta con un archivo físico o magnético de los soportes de auditoria internas y externas realizadas en la EPS Comfachoco.		1. Crear un archivo físico y/o magnético que contenga el informe de las no conformidades detectadas durante las visitas de auditorias	3	3	3	27	

Reporte de información	No se evidencia planes de mejora ni acciones ante los hallazgos detectados en las auditorías realizadas a la EPS Comfachoco		1. Elaborar e implementar planes de mejora conforme a los hallazgos detectados durante las auditorías realizadas.	3	3	4	36	
Reporte de información	No se evidencia documentado la descripción del procedimiento de reporte de información.		1. Elaborar el manual de procesos y procedimiento de reporte de información	5	5	5	125	
Registro y afiliaciones	No hay evidencia que demuestre que la EPS realice divulgación de los requisitos para pertenecer al régimen contributivo o al régimen subsidiado.		1. Realizar campañas de divulgación de los requisitos de los regímenes subsidiado y contributivo a través de charlas dentro y fuera de la organización	5	4	5	100	
Registro y afiliaciones	La EPS no cuenta con estrategias que permitan dar a conocer a sus afiliados de su obligación de mantener su información y documento de identificación actualizado, además no mide adherencia.		1. Realizar campañas de divulgación que permita dar a conocer a los usuarios de su obligación de mantener su información y documento de identificación actualizado 2. Realizar encuestas que permitan medir la adherencia de la información divulgada.	5	4	5	100	
Registro y afiliaciones	La EPS no cuenta con estrategias que permitan dar a conocer a sus usuarios que el núcleo familiar debe estar afiliado en una misma EPS.		1. Realizar campañas de divulgación que permitan dar a conocer a los usuarios que por ley todo el núcleo familiar debe estar afiliado en una sola EPS 2. Realizar encuestas que permitan medir la adherencia de la información divulgada	5	4	5	100	
Registro y afiliaciones	La EPS no cuenta con mecanismos que permitan dar a conocer a sus afiliados de su obligación del reporte de novedades, además no mide adherencia.		1. Realizar campañas de divulgación que permitan dar a conocer a los usuarios del reporte de novedades 2. Realizar encuestas que permitan medir la adherencia de la información divulgada	5	4	5	100	
Registro y afiliaciones	La EPS no cuenta con un sistema que permita identificar y gestionar los riesgos de los afiliados, se evidencian en los formularios recibidos en la oficina central por parte de las promotoras, casos donde los afiliados a la EPS comfachoco se encuentran activos en otras EPS y en regímenes diferentes, lo que nos muestra la no identificación de riesgos de glosas.		1. Instruir a las promotoras sobre el sistema de gestión de riesgo en afiliaciones. 2. Dotar a las promotoras de herramientas de trabajo que permita rastrear los riesgos en afiliación.	5	5	5	125	
Registro y afiliaciones	En la EPS no se evidencian estrategias implementadas para medir la adherencia de los derechos y deberes de sus afiliados.		1. Realizar campañas de divulgación que permitan dar a conocer a los usuarios sus derechos y deberes 2. Continuar con la entrega de las cartillas de los deberes y derechos de los afiliados 3. Realizar encuestas que permitan medir la adherencia de la información divulgada	5	4	5	100	
Registro y afiliaciones	La EPS no cuenta con la descripción documentada del procedimiento de registro y afiliación.		1. Elaborar el manual de procesos y procedimiento del registro y afiliaciones. 2. Socializar el manual con los funcionarios involucrados en el proceso	5	5	5	125	
Registro y afiliaciones	El líder del proceso no cuenta con los hallazgos detectados en las auditorías internas y/o externas realizadas al proceso de registro de afiliaciones.		1. Crear un archivo físico y/o magnético que contenga el informe de las no conformidades detectadas durante las visitas de auditorías	3	3	3	27	
Registro y afiliaciones	NO se evidencia plan de mejora implementado ni ejecutado de los hallazgos detectados en las auditorías realizadas a la oficina de registro y afiliaciones.		1. Elaborar e implementar planes de mejora conforme a los hallazgos detectados durante las auditorías que se realicen.	3	3	4	36	
Registro y afiliaciones	No se evidencia documentado plan de mejora ni acciones ejecutadas para minizar las quejas presentadas en el servicio de afiliaciones y no se realiza retroalimentación.		1. Realizar retroalimentación de las quejas que se presenten en el servicio de afiliaciones 2. Elaborar e implementar planes de mejora de las quejas que se presenten por el servicio de afiliaciones.	3	3	4	36	