

Propuesta fortalecimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) en la ESE Hospital San Rafael del municipio de Angostura para el año 2018

Strengthening Proposal of the Audit Program for the Quality Improvement (PAMEC) in the ESE San Rafael Hospital of Municipality Angostura for the year 2018

**Alejandra María Arango Álvarez
Astrid Yurani Londoño Rincón**

Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Administración de Servicios de Salud

**Asesor
Guido Hernández Paternina
Especialista Gerencia de la Salud pública
Profesor Facultad Nacional de Salud Pública**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín
2018**

Tabla de contenido

Lista de cuadros.....	4
Lista de figuras.....	5
Resumen.....	6
Summary.....	7
1. Introducción	8
2. Planteamiento del problema	9
3. Justificación	11
4. Objetivo general.....	13
4.1 objetivos específicos.....	13
5. Marco teórico	14
5.1 Marco temático	14
5.1.1 PAMEC	18
5.2 Marco normativo	19
5.3 Generalidades de la ESE.....	24
5.3.1 Misión.....	26
5.3.2 Visión	26
5.3.3 Objetivos del hospital San Rafael Angostura	26
6. Metodología	29
6.1 Metodología de autoevaluación	34
6.1.1 Matriz cuantitativa	35
6.1.2 Matriz cualitativa	37
6.1.3 Definiciones diagnóstico cualitativo	37
6.2 Metodología selección de procesos a mejorar	38
6.3 Metodología priorización de procesos a mejorar	39
6.4 Metodología definición de la calidad esperada	42
6.5 Metodología medición inicial del desempeño.....	44
6.6 Metodología formulación del plan de acción o de mejoramiento,de las oportunidades de mejora	45
6.6.1 Instrumento a utilizar.....	46
6.7 Metodología ejecución del plan de mejoramiento	46
6.8 Metodología evaluación del plan de mejoramiento	46
6.9 Metodología aprendizaje organizacional.....	47
7. Estandarización de procesos.....	49
8. Resultados.....	51
9. Conclusiones	52
10. Recomendaciones	53

Referencias bibliografía54

Lista de cuadros

Cuadro 1. Equipo autoevaluación proceso asistencial.....	30
Cuadro 2. Equipo autoevaluación direccionamiento y gerencia	30
Cuadro 3. Equipo de autoevaluación de talento humano	31
Cuadro 4. Equipo de autoevaluación de ambiente físico	31
Cuadro 5. Equipo autoevaluación de gestión de la tecnología	31
Cuadro 6. Equipo autoevaluación de gerencia de la información	31
Cuadro 7. Equipo de autoevaluación de mejoramiento de la calidad	32

Lista de figuras

Figura 1. Ruta crítica para el proceso de autocontrol y autoevaluación según el PAMEC	18
Figura 2. Mapa organizacional de procesos ESE hospital San Rafael de Angostura.	25
Figura 3. Mapa organizacional personal ESE hospital San Rafael de Angostura.	28
Figura 4. Cronograma propuesto a la entidad para el desarrollo del programa.	33
Figura 5. Matriz cuantitativa para la calificación de estándares.	35
Figura 6. Escala de calificación de estándares.	36
Figura 7. Matriz de calificación cualitativa de los estándares.	37
Figura 8. Criterios de priorización de estándares.	41
Figura 9. Matriz de priorización de estándares según riesgo, costo y volumen.	41
Figura 10. Instrumento para formulación del plan de acción.	46

Resumen

El PAMEC es un programa de auditoría incluido en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud, permite implementar un sistema continuo de evaluación y mejoramiento, comparando la calidad observada respecto a la calidad que se espera obtener en los servicios salud prestados a los usuarios.

La ESE Hospital San Rafael de Angostura, es una Empresa Social del Estado que presta servicios en salud de Primer Nivel de Atención de acuerdo a lo establecido el Sistema General de Seguridad Social SGSSS, la cual espera tener un servicio de salud con calidad a través de un sistema continuo de evaluación y mejoramiento. Con base en las guías y pautas de auditoría se propone un proceso para el desarrollo del PAMEC de una manera clara y guiada, se plantearon los instrumentos necesarios para priorizar los estándares a intervenir desde un enfoque de acreditación.

Partiendo directamente de la autoevaluación realizada se pudo establecer las áreas de intervención dentro de la ESE Hospital San Rafael de Angostura. Dejando establecidas posibles acciones de mejoramiento. La Junta Directiva tomará como punto de partida este proyecto con el fin de encaminar e implementar los planes de mejora propuestos para obtener una prestación de servicio de alta calidad.

Palabras claves: Auditoría, calidad, mejoramiento continuo, hospital, priorización, estándares, seguimiento.

Summary

PAMEC is an audit program included in the Mandatory Quality Assurance System of health care, allows to implement a continuous system of evaluation and improvement, comparing the observed quality with respect to the quality that is expected in health services provided to users.

ESE San Rafael Angostura Hospital is a State of Social Enterprise that provides health services at the First Level of Care according with the General Social Security System SGSSS, which expects to have a quality health service through a continuous evaluation and improvement systems. Based on the guidelines and auditing guidelines, a process for the development of the PAMEC is proposed in a clear and guided manner, the necessary instruments were put forward to prioritize the standards to be intervened from an accreditation approach.

Starting directly from the self-assessment conducted, it was possible to establish intervention areas within the ESE San Rafael of Angostura Hospital. Leaving possible actions for improvement. Board of Directors will take this project as a starting point in order to direct and implement the proposed improvement plans to obtain a high quality service provision.

Keywords: Audit, quality, continuous improvement, hospital, prioritization, standards, monitoring, accreditation, approach.

1. Introducción

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad dentro de sus cuatro componentes establece el programa de auditoría para el mejoramiento de la Calidad PAMEC, estrategia que permite a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, identificar las oportunidades de mejora que se presentan en los servicios ofrecidos, a través de un Plan de Auditoría.

Entendida la auditoría en el campo de acción como el conjunto de procesos organizacionales desarrollados para el seguimiento de las diferentes prácticas. Para este proceso existe una serie de guías establecidas por el Ministerio de Protección Social de Colombia que buscan ayudar a las instituciones a desarrollar el PAMEC como herramienta de evaluación interna, en donde se determinan las pautas a evaluar, los parámetros para priorizar y las posibles oportunidades de mejora.

La ESE Hospital San Rafael de Angostura, es una Empresa Social del Estado que presta servicios en salud de Primer Nivel de Atención de acuerdo a lo establecido el Sistema General de Seguridad Social SGSSS la cual espera tener un servicio de salud con calidad a través de un sistema continuo de evaluación y mejoramiento. Con base en las guías se logra establecer un proceso para el desarrollo del PAMEC de una manera clara y guiada, se plantearon los instrumentos necesarios para encontrar los puntos a mejorar en la atención basados en la política de seguridad del paciente.

Partiendo directamente de la autoevaluación realizada se pudo establecer las áreas de intervención dentro de la ESE Hospital San Rafael de Angostura. Dejando establecidas posibles acciones de mejoramiento. La Junta Directiva tomará como punto de partida este proyecto con el fin de encaminar e implementar los planes de mejora propuestos para obtener una prestación de servicio de alta calidad.

Como parte indispensable del Sistema de Garantía de la calidad, es importante la implementación del Programa de Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad (PAMEC), de esta manera cumplir no solo con lo que dicta la Ley en la actualidad, sino también la política gerencial y su planeación estratégica.

2. Planteamiento del problema

Prestar servicios de Salud en Colombia y a nivel Mundial, lleva consigo no solo cumplir la normatividad planteada por las entidades de vigilancia y control, si no que cada vez se brinden atenciones más seguras para los usuarios, con niveles de atención de alta calidad que ayuden a la competitividad de las instituciones.

El incumplimiento de la normatividad respecto a la prestación de servicios de salud, como institución de primer nivel, además de las contribuciones legales que esto implica, también influye negativamente tanto en la satisfacción de los pacientes como en la seguridad de los mismos a la hora de recibir la atención o acceder a los servicios demandados por ellos y le impide a la institución brindar una garantía de la calidad competitiva, restándole así, un posicionamiento con credibilidad en el medio frente a otras instituciones del mismo nivel de complejidad que cuentan con personal idóneo, tecnología de punta y dilución de riesgos asociados a la prestación de servicios de salud.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGC, fue creado para mantener y mejorar los servicios de salud y se reglamenta a través del decreto 1011 del 2006(1), el cual tiene cuatro componentes que son: Sistema Único de Habilitación, Sistema Único DE Acreditación, Sistema de Información para la Calidad y Auditoria para el Mejoramiento continua de la Calidad.

La ESE Hospital San Rafael de Angostura no ha formulado e implementado el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC). Actualmente, la Institución no cuenta con dicho programa, problemática que interfiere en el cumplimiento eficiente de las metas y objetivos trazados en su plataforma estratégica y por ende se hace necesario formular y posteriormente ejecutar el desarrollo de los procesos de mejora continua.

En la ESE Hospital San Rafael de Angostura se ha evidenciado poca implementación y avance del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, ya que en el marco de cumplimiento de la normatividad legal vigente para la ESE es de carácter obligatorio la formulación e implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, sin embargo dicho programa en el pasado no ha contado con el compromiso de la alta gerencia, cuyos integrantes son responsables de identificar, impartir y delegar directrices, que hasta el momento se encuentran ausentes o están asignadas a personal no cualificado traduciéndose a

la carencia de la conformación de un equipo o comité PAMEC, el cuál sería el directamente encargado de la gestión para la formulación, implementación y seguimiento del programa.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud es un componente que se debe implementar de forma obligatoria buscando alcanzar estándares superiores de calidad basados en la medición del desempeño de los procesos; con el fin de apoyar el mejoramiento continuo y el desarrollo en la ESE Hospital San Rafael.

3. Justificación

La normatividad colombiana en el sector salud ha planteado la prestación de los servicios de salud enmarcados en el ámbito de la calidad con el fin de generar un sistema de garantía de calidad integral, con el que se garantice a los usuarios un servicio dirigido a la satisfacción de estos. Por otro lado, la alta competitividad que se da en la actualidad entre las IPS de salud ha generado que no solo por la normatividad sino también con el fin de tener un mayor número de usuarios, dichas instituciones generen planes de mejoramiento continuo que les permita prestar servicios con mayor calidad, y con una mayor oportunidad de atención que consoliden su posición en el mercado y así mismo permitan el crecimiento de la organización.

El Modelo inicial que se utilizó en nuestro país de auditoría para el mejoramiento de la calidad estuvo consignado inicialmente en el decreto 2174 de noviembre de 1996 y posteriormente lo modificó el decreto 2093 del 2002 y después modificó todo el decreto 1011 del 2006(1).

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 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. Igualmente, en la misma norma se indica que los Prestadores de Servicios de Salud realizarán procedimientos de auditoría, destinados a la auto evaluación permanente de los servicios que prestan.

El sistema de Garantía de la Calidad incluye el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), el cual implica un cumplimiento superior a los estándares de habilitación y es de carácter obligatorio para la ESE. Normativamente, el PAMEC se sustenta según lo establecido por el decreto 515 del 2004(2), la resolución 581 del 2004(3) específicamente el anexo 1, el decreto 1011 de 2006 (1) y la circular única 047 de la Superintendencia Nacional de Salud y además de ser una norma, también confluye como un punto de referencia frente a otras instituciones del mismo nivel de complejidad en términos de competencia y ejemplo de desarrollo a nivel municipal.

El Campo de Acción de la Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud, concepto contemplado en el Artículo 1 del decreto 1439 de 2002(4), en los siguientes términos: “Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los prestadores de servicios de salud, a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y a las entidades departamentales, distritales y municipales de salud. A los prestadores de servicios de salud que operen en los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993(5), serán obligatorias las disposiciones del Sistema de Garantía de la Calidad. Se Exceptúan las Fuerzas Militares y la Policía Nacional”

La ESE Hospital San Rafael de Angostura es una institución de carácter público, prestadora de servicios de salud de primer nivel, la cual, de acuerdo a los lineamientos consignados en el sistema de Garantía de la Calidad, debe brindar a sus usuarios seguridad y garantías en la atención durante la prestación de los servicios demandados.

Por lo anteriormente descrito se precisa una junta directiva sensibilizada en la necesidad del cumplimiento del sistema obligatorio de la garantía de la calidad y que vele por un desarrollo institucional, apoyado en un equipo o comité que implemente el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, inicialmente con el diseño de estrategias metodológicas para la implementación en sus primeras cuatro etapas de la ruta crítica, que comprende autoevaluación, definición de procesos, priorización de procesos y definición de la calidad esperada.

4. Objetivo general

Establecer una propuesta de fortalecimiento del programa de auditoría para el mejoramiento continuo PAMEC de la ESE Hospital San Rafael de Angostura.

4.1 objetivos específicos

- ✓ Realizar un diagnóstico del sistema obligatorio de la garantía de la calidad con enfoque de acreditación.
- ✓ Detectar la selección y la priorización de los procesos.
- ✓ Generar mecanismos de sensibilización en todo el personal de acuerdo a los avances en la implementación del PAMEC.

5. Marco teórico

5.1 Marco temático

Con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud se pretende enmarcar dentro de un único sistema la atención en salud y la seguridad social, estableciendo los parámetros bajo los cuales se desarrollarían, por parte de los actores del proceso: el aseguramiento, la administración y la prestación de los servicios de salud.

El decreto 2309 de 15 de octubre de 2002(6) reglamenta el proyecto de garantía de la calidad y define una serie de características básicas del sistema como son su campo de aplicación, el cual cubre a las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades adaptadas, las empresas de medicina prepagada y las entidades departamentales, distritales y municipales de salud. Por otra parte, define el Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, entendido como 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. Este sistema cuenta con una serie de características tales como(6):

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

La calidad teóricamente es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades.

“La calidad de la atención, en el marco del SGSSS y la normatividad vigente, se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios”. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana.” (Minsalud.gov.co, 2017)(7).

Tal y como se consagra en las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud(8), la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud; esto tiene implicaciones conceptuales y metodológicas:

- El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.
- El MCC debe ser visto como un proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.
- La filosofía de mejoramiento continuo nace en la industria como el resultado del desarrollo y aplicación de herramientas y métodos de calidad, por personas como Edward Deming, Joseph Juran y Philip Crosby en los Estados Unidos y en el Japón, se introduce en salud a raíz de los trabajos de Donald Berwick en la década de los 90, integrándose y potenciándose con los conceptos y métodos provenientes del modelo asistencial, incluidos los planteamientos pioneros de EA Codman. Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas en la organización.

- El MCC ocasiona una inversión económica relativamente pequeña, comparativamente inferior a la de otros enfoques, por cuanto implica una filosofía de vida laboral, personal y social, centrada en esfuerzos de mejoramiento constante, y aunque los mejoramientos aislados son pequeños, el proceso origina resultados dramáticos a través del tiempo, además de constituir un modelo de bajo riesgo.
- El MCC procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos: hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso.

Según las pautas de auditoría del mejoramiento de la calidad bridadas por el ministerio, otro pilar del Sistema de Garantía de Calidad es la atención centrada en el cliente; la norma entiende como cliente al usuario, es decir, al cliente externo. No significa esto que a la luz del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud no sea importante la satisfacción del cliente interno, lo es y mucho, sobre todo en la medida en que su satisfacción es un prerrequisito para obtener los resultados centrados en el usuario. En la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población.

Para lograr este objetivo se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia e incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención.

Esta forma de evaluación implica que la organización debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llega a la institución hasta que sale. Los principios en que se fundamenta la atención centrada en el cliente son:

- Las instituciones, sus programas y sus servicios deben identificar con precisión quiénes son sus clientes y cuáles son sus necesidades y expectativas de cuidado y servicio.

- La evaluación de los procesos no se realiza por dependencias, sino de manera transversal, con los equipos de trabajo que participan en el resultado de los procesos, de tal forma que se reflejen todos los niveles y áreas de la organización involucradas en cada proceso.
- El respaldo y el compromiso gerencial son factores claves para el éxito de los procesos de mejoramiento de la calidad. Así, los directivos de las instituciones juegan un papel preponderante en el desarrollo de esta cultura.

En cuanto a la seguridad del paciente los sistemas de atención en salud han alcanzado un importante desarrollo y son complejos. Aún acciones de atención en salud aparentemente simples se desarrollan mediante la operativización de secuencias de procesos múltiples y en los cuales intervienen muchos profesionales y trabajadores de la salud, durante los cuales pueden presentarse fallas en la calidad impactando en la seguridad del paciente.

Es necesario ser conscientes entonces de que los sistemas de atención en salud son sistemas de alto riesgo y que por lo tanto en ellos deben analizarse permanentemente tanto de manera retrospectiva cuales han sido los errores que se han cometido y han culminado en un daño al paciente (eventos adversos) o que podrían haberlo hecho (incidentes o casi - evento adverso), como de manera proactiva cuáles son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras de seguridad (modo de falla).

La seguridad del paciente debe involucrar acciones hacia el paciente y la familia en los temas de información cuando ocurre un evento adverso y de apoyo durante el despliegue de las acciones requeridas para remediar o mitigar sus consecuencias. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente: elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes. Igualmente, durante el despliegue de las acciones de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención debe facilitar la creación de una cultura organizacional autocrítica y proactiva ante los errores y que sea solidaria con los pacientes y sus familias. (8)

5.1.1 PAMEC

El mejoramiento continuo de la calidad es el conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad, o de establecer guías, o protocolos de seguimiento, este debe ser visto como un proceso de autocontrol, que involucra al cliente y sus necesidades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento con el fin de establecer los ajustes necesarios del proceso seguimiento que sirven únicamente para la inspección, y superar las expectativas de dichos clientes está regido por el decreto 1103 de 2006(9) y es de exigencia mediana y de carácter obligatorio para entidades, Departamentales, Distritales y Municipales de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud y las EAPB.

En relación con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad se establece de una manera muy clara que este debe ser coherente con los estándares de acreditación, y se establece como obligatorio el desarrollo del primer ciclo de esta.



Figura 1. Ruta crítica para el proceso de autocontrol y autoevaluación según el PAMEC

6.1.2 Sistema único de acreditación SUA

Mediante la Resolución 123 de 2012, que modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006(10), la cual adopta entre otros el Manual de Estándares de

Acreditación en salud ambulatorio y hospitalario, cuya autoevaluación de estándares, incluye la verificación de procesos y subprocesos así:

- ✓ Asistenciales
- ✓ Direccionamiento
- ✓ Gerencia
- ✓ Gerencia del talento humano
- ✓ Gerencia del ambiente físico
- ✓ Gestión de la tecnología
- ✓ Gerencia de la información
- ✓ Mejoramiento de la calidad

5.2 Marco normativo

Constitución Política de Colombia, En sus artículos 48 y 49, define la Seguridad Social como un servicio público y de carácter obligatorio, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, desarrollada con principios de EFICIENCIA, UNIVERSALIDAD y SOLIDARIDAD; y establece como funciones del Estado organizar, dirigir, reglamentar y generar políticas para la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental por entidades privadas, ejerciendo vigilancia y control.

Ley 100 de 1993, Como norma reguladora del Sistema General de Seguridad Social, en su artículo 153 define el concepto de La CALIDAD en los servicios como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional, y establece en su artículo 227 la responsabilidad del Gobierno de definir el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud (5).

Decreto 1011 del año 2006(1), por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus resoluciones reglamentarias:

TITULO IV

Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud

Artículo 32. Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la

intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación (1).

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

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

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

Parágrafo. Para todos los efectos de este decreto debe entenderse que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud incluye el concepto de Auditoría Médica a que se refiere el artículo 227 de la Ley 100 de 1993 y las normas que lo modifiquen o sustituyan.

Artículo 33. *Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.* En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

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

2. *Auditoría Interna.* Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

3. *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. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

Artículo 34. *Tipos de acciones.* El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

1. *Acciones Preventivas*. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

2. *Acciones de Seguimiento*. Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

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

Artículo 35. *Énfasis de la auditoría según tipos de entidad.* 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 y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación:

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

2. *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud*. Estas instituciones deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

3. *Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud*. Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán

adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

Parágrafo. Este modelo se aplicará con base en las pautas indicativas expedidas por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 36. *Procesos de auditoría en las EAPB.* Las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. *Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud.* La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 3° de este decreto.

2. *Atención al Usuario.* La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

Artículo 37. *Procesos de auditoría en las instituciones prestadoras de servicios de salud.* Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. *Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud.* La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3° del presente decreto.

2. *Atención al Usuario.* La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Artículo 38. *Procesos de auditoría externa de las EAPB sobre los prestadores de servicios de salud.* Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 3° de este decreto.

Artículo 39. *Procesos de auditoría en las entidades departamentales, distritales y municipales de salud.* Las entidades departamentales, distritales y municipales de salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las EAPB.

Para los procesos de auditoría externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contempladas para las EAPB.

De igual manera, les corresponde asesorar a las EAPB y a los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Artículo 40. Responsabilidad en el ejercicio de la auditoría. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente.

Resolución 1043 de 2006(11), por medio del cual se establecen las condiciones que deben cumplir las Instituciones Prestadoras 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 1445 de 2006(12), por medio del cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

Resolución 1446 de 2006(13), por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitorización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Es un componente transversal del sistema, es decir se encuentra inmerso en cada uno de los componentes mencionados anteriormente por lo tanto este monitorea componentes de estructura, procesos y resultados, y lo que busca es orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud, de manera que se puedan tomar decisiones informadas, en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema general de Seguridad en Salud.

También adopta los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, y en su anexo técnico establece las fichas técnicas para su implementación, complementariamente a esta normatividad, la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la circular externa 0030 del 19 de mayo de 2006, exige el reporte semestral de estos indicadores

Circular 030 de 2006(14), Las Instrucciones en 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 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(15), 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(16), por medio del cual se adopta el modelo estándar de control Interno para el estado colombiano conforme de 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(17), da compatibilidad al sistema de gestión de la calidad y el modelo estándar de control interno en las entidades u organismos distritales.

Resolución 2680 de agosto de 2007(18), 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.

Otras normas: Decretos 2174 y 2240 de 1996, y 2753 de 1997; Resolución 4445 de 1996, Resolución 4252 de 1997 y 238 de 1999, Resolución 0741 de 1997; Resolución 1995 de 1999, Decreto 2309/02.

5.3 Generalidades de la ESE

La estructura organizacional descrita a continuación se encuentra publicada en la página oficial de la ESE(19).

Mapa de procesos

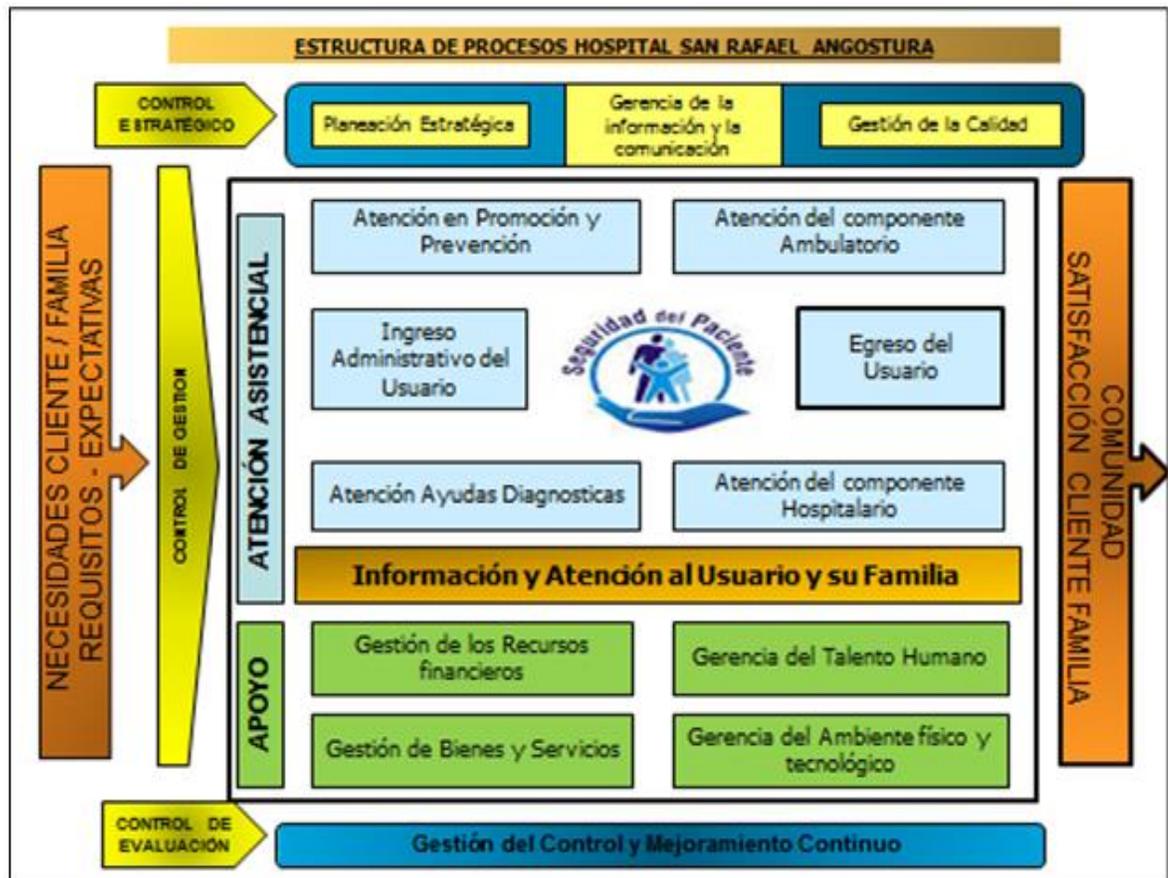


Figura 2. Mapa organizacional de procesos ESE hospital San Rafael de Angostura.

5.3.1 Misión

Nuestro compromiso es satisfacer las necesidades de salud de baja complejidad de nuestros Usuarios, mediante la utilización adecuada de los recursos médicos. El servicio se fundamenta en la competitividad, la labor en equipo, la seguridad, la humanización y dignificación de la persona; para lo cual nos orientamos hacia el mejoramiento continuo de nuestra organización, de su gente y de los recursos tecnológicos. Nuestra labor se enmarca dentro de los más altos estándares de la ética y redonda en beneficio de la comunidad, de nuestros Colaboradores y del crecimiento y desarrollo de la Institución.

5.3.2 Visión

El Hospital San Rafael de Angostura trabaja para ser una institución con altos estándares de Calidad en prestación de servicios de salud, con una adaptación constante a los cambios normativos, siendo líder en humanismo, tecnología y desarrollo sostenible mediante un modelo de administración y atención al usuario con cultura de servicio, seguridad, eficiencia, rentabilidad y enfoque de responsabilidad social.

5.3.3 Objetivos del hospital San Rafael Angostura

Objetivo General: Compilar en un documento sencillo, claro y ameno las políticas institucionales, lo que se constituye en marco de referencia para que todos los colaboradores de la empresa nos comprometemos a brindar una atención humanizada centrada en el usuario y su familia, en un marco de seguridad, confidencialidad, protección de los recursos, satisfacción y buen trato.

Objetivos Específicos:

- Sensibilizar, capacitar y motivar a los funcionarios de la E.S.E Hospital San Rafael de Angostura para que en cumplimiento de las políticas institucionales brinden una atención más integral y segura al usuario y su familia.
- Comprometer al personal de la institución con la modificación de algunas conductas negativas que impidan avanzar hacia la calidad en la atención y la resolución de los problemas a través del cumplimiento y acato de las políticas institucionales.

- Promover entre funcionarios y usuarios; entre funcionarios y aseguradores; y entre funcionarios y proveedores la interiorización y conocimiento de las políticas institucionales con el fin de favorecer su aplicación y conocimiento.
- Procurar la satisfacción de los clientes internos y externos con relación a la atención segura, buen trato, confidencialidad y privacidad, a través de la declaración, implementación y cumplimiento de las políticas institucionales.

Funciones de la Junta Directiva

De conformidad con el acuerdo 18/04/2006/01 del 18 de abril de 2006 de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado san Rafael, tiene las siguientes funciones:

- Expedir, adicionar y reformar el estatuto interno.
- Discutir y aprobar los planes de desarrollo de la Empresa.
- Aprobar los planes operativos anuales.
- Analizar y aprobar el proyecto de presupuesto anual, y las operaciones presupuestales de crédito de la empresa, de acuerdo con el plan de desarrollo y el plan operativo para la vigencia.
- Aprobar las modificaciones de tarifas y cuotas de recuperación que proponga el Gerente, para ajustarse a las políticas tarifarias establecidas por las autoridades competentes en el sistema general de seguridad social en salud, en sus diversos órdenes.
- Aprobar la planta de personal y las modificaciones a la misma, para su posterior adopción por la autoridad competente.
- Aprobar los manuales de funciones y requisitos y de procesos y procedimientos, para su posterior adopción por la autoridad competente.
- Establecer y modificar el estatuto interno de la empresa.
- Analizar los informes financieros y los informes de ejecución presupuestal presentados por el Gerente y emitir concepto sobre los mismos y sugerencias para mejorar el desempeño institucional.
- Supervisar el cumplimiento de los planes y programas definidos para la Empresa.
- Servir de voceros de la Empresa ante las instancias político administrativas correspondientes y ante los diferentes niveles de Dirección del Sistema de Salud, apoyando la labor del Gerente en este sentido.
- Asesorar al Gerente en los aspectos que este considere pertinentes o en los asuntos que a juicio de la Junta lo ameriten.

- Diseñar la política, de conformidad con las disposiciones legales, para la suscripción de los contratos de integración docente asistencial por el Gerente de la Empresa.
- Elaborar terna para designación del responsable de la unidad de Control Interno.
- Fijar honorarios para el Revisor Fiscal
- Elaborar terna de candidatos y presentarla al jefe de la respectiva Entidad Territorial para la designación del Gerente.
- Concertar, coordinar con otras dependencias del sector y otros sectores públicos y privados, la prestación de servicios de salud, cuando ello sea de su competencia, teniendo en cuenta la integración funcional.
- Fijar los días y horarios de atención, según las necesidades de los usuarios.
- Hacer cumplir las disposiciones legales que rigen el sistema de seguridad social en salud, así como las disposiciones de los Consejos Nacionales y territorial de seguridad social.
- Las demás que legalmente le corresponden como Junta Directiva

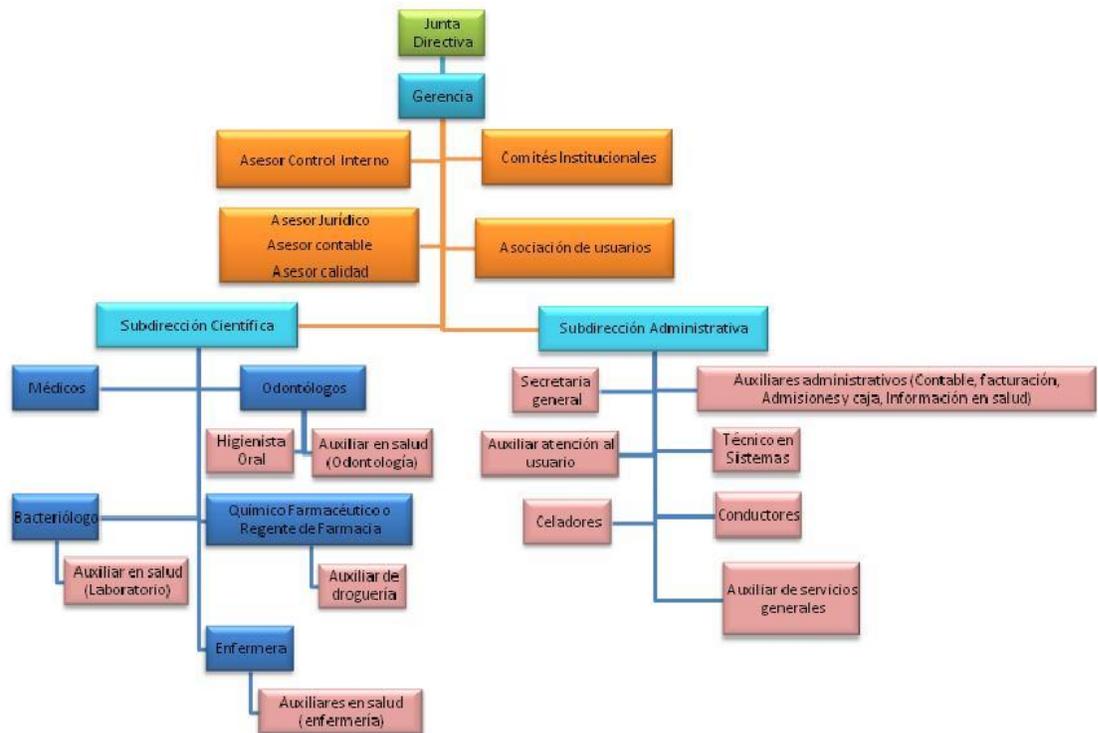


Figura 3. Mapa organizacional personal ESE hospital San Rafael de Angostura.

6. Metodología

La metodología para la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad se planteó dando cumplimiento a cada uno de los pasos de la Ruta Crítica presentada en las Pautas y Guías Indicativas de auditoría del Ministerio de la Protección Social (20).

Previo al desarrollo de los pasos de la ruta crítica, se planearon una serie de Actividades tales son:

- Elaboración de un Cronograma de trabajo, que permita determinar tiempos, actividades y objetivos a lograr en la autoevaluación.
- Sensibilización, de los miembros de la ESE Hospital San Rafael de Angostura en el proceso que se va a iniciar, esta etapa consiste en brindar conocimiento, crear conciencia y compromiso de los funcionarios con respecto a la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud en todos sus componentes; se desarrollarán por lo tanto acciones basadas en el Programa de Fortalecimiento de la Cultura del autocontrol.
- Organizar los equipos de autoevaluación de los Estándares de Acreditación. Estos equipos van a estar conformados máximo por siete personas y serán liderados por cada uno de los integrantes del equipo PAMEC, lo cual Permite establecer responsabilidades y dirección.

La autoevaluación de los estándares de acreditación en salud se realiza con la verificación en cada uno de los grupos de estándares, discriminados en: Asistenciales, de Direccionamiento, de Gerencia, de Gerencia del talento humano, de Gerencia del ambiente físico, de Gestión de la tecnología, de Gerencia de la información, y de Mejoramiento de la calidad. Los equipos para realizar la autoevaluación en la institución fueron distribuidos para cada uno de los grupos de estándares de acreditación.

Para el proceso de auto evaluación, es deseable que la conformación de los equipos incluya una mezcla de niveles organizacionales, disciplinas y momentos diferentes de la atención, que garantice la representatividad de los diferentes miembros de la organización. Los equipos quedaron conformados de la siguiente manera:

**Conformación de equipos de autoevaluación de estándares de acreditación
2018**

Cuadro 1. Equipo autoevaluación proceso asistencial (62)

Nº	PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL		PERFIL
1.	GERENTE DEL HOSPITAL	JAVIER ARTEAGA	INTEGRANTE
2.	COORDINADOR MÉDICO	JOSE GUERRERO	INTEGRANTE
3.	COORDINADORA CALIDAD	PAMELA JIMENEZ	SECRETARIA
4.	COORDINADORA ENFERMERÍA	MARLENIS CORDOBA	INTEGRANTE
5.	REGENTE DE FARMACIA	JUAN CARLOS ESTRADA	INTEGRANTE
6.	COORDINADORA LABORATORIO CLÍNICO	KARIDYS CORTEZ	INTEGRANTE

Cuadro 2. Equipo autoevaluación direccionamiento (13) y gerencia (15)

Nº	ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA		PERFIL
1.	GERENTE DEL HOSPITAL	JAVIER ARTEAGA	LÍDER
2.	SUBD. ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	BEATRIZ PABON	INTEGRANTE
3.	COORDINADOR MÉDICO	JOSE GUERRERO	INTEGRANTE
4.	COORDINADORA CALIDAD	PAMELA JIMENEZ	SECRETARIA

Cuadro 3. Equipo de autoevaluación de talento humano (16)

Nº	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO		PERFIL
1.	COORDINADOR DEL TALENTO HUMANO	ADRIANA BEDOYA	LÍDER
2.	GERENTE DEL HOSPITAL	LUZ ESTELLA ZULETA	INTEGRANTE
3.	COORDINADORA CALIDAD	PAMELA JIMENEZ	SECRETARIA
4.	COORDINADOR MÉDICO	JOSE GUERRERO	INTEGRANTE
5.	COORDINADORA ENFERMERÍA	MARLENIS CORDOBA	INTEGRANTE

Cuadro 4. Equipo de autoevaluación de ambiente físico (11)

Nº	GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO		PERFIL
1.	SUBD. ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	BEATRIZ PABON	LÍDER
2.	GERENTE DEL HOSPITAL	JAVIER ARTEAGA	INTEGRANTE
3.	REGENTE DE FARMACIA	JUAN CARLOS ESTRADA	SECRETARIO
4.	COORDINADORA CALIDAD	PAMELA JIMENEZ	INTEGRANTE

Cuadro 5. Equipo autoevaluación de gestión de la tecnología (10)

Nº	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA		PERFIL
1.	SUBD. ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	BEATRIZ PABON	LÍDER
2.	GERENTE DEL HOSPITAL	JAVIER ARTEAGA	INTEGRANTE
3.	TÉCNICO EN SISTEMAS	JORGE GAVIRIA	INTEGRANTE
4.	COORDINADORA CALIDAD	PAMELA JIMENEZ	SECRETARIA

Cuadro 6. Equipo autoevaluación de gerencia de la información (10)

Nº	GERENCIA DE LA INFORMACIÓN		PERFIL
1.	SUBD. ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	BEATRIZ PABON	LÍDER
2.	GERENTE DEL HOSPITAL	JAVIER ARTEAGA	INTEGRANTE
3.	TÉCNICO EN SISTEMAS	JORGE GAVIRIA	INTEGRANTE
4.	COORDINADORA CALIDAD	PAMELA JIMENEZ	SECRETARIA

Cuadro 7. Equipo de autoevaluación de mejoramiento de la calidad (5)

Nº	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD		PERFIL
1.	COORDINADORA CALIDAD	PAMELA JIMENEZ	LÍDER
2.	GERENTE DEL HOSPITAL	JAVIER ARTEAGA	INTEGRANTE
3.	SUBD. ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO	BEATRIZ PABON	INTEGRANTE
4.	COORDINADOR MÉDICO	JOSE GUERRERO	SECRETARIA
5.	COORDINADORA LABORATORIO CLÍNICO	KARIDYS CORTEZ	INTEGRANTE
6.	COORDINADORA ENFERMERÍA	MARLENIS CORDOBA	INTEGRANTE
7.	REGENTE DE FARMACIA	JUAN CARLOS ESTRADA	INTEGRANTE

Cronograma

		2018																											
Fecha de elaboración	MES	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
MARZO/2018	SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
CONCEPTUALIZACIÓN AL PERSONAL																													
Realizar capacitación magistral sobre sistema obligatorio de garantía de la calidad dirigido a líderes de procesos																													
Conceptualización básica sobre acreditación dirigida a líderes de procesos																													
Realizar un taller teórico práctico sobre PAMEC dirigido a todos los líderes de cada estándar que es el mismo grupo del comité de calidad.																													
IDENTIFICACION DEL PERSONAL																													
Conformación de equipos de trabajo por																													
Definición de las funciones de los equipos de																													
DISEÑO DE INSTRUMENTOS																													
Diseñar y/o adoptar los instrumentos y																													
RUTA CRITICA																													
AUTOEVALUACIÓN DE ESTANDARES																													
autoevaluación cualitativa y cuantitativa del estándar de Direccionamiento																													
autoevaluación cualitativa y cuantitativa del estándar de Gerencia																													
autoevaluación cualitativa y cuantitativa del estándar de ambulatorio																													
autoevaluación cualitativa y cuantitativa del estándar de gerencia del recurso humano																													
autoevaluación cualitativa y cuantitativa del estándar de gerencia del ambiente físico																													
autoevaluación cualitativa y cuantitativa del																													
autoevaluación cualitativa y cuantitativa del																													
SELECCIÓN DE ESTANDARES CON OPORTUNIDADES DE MEJORA																													
Identificar los estándares con oportunidades																													
PRIORIZACIÓN DE ESTANDARES DE MEJORA																													
Priorizar estándares bajo la metodología																													
Asociar los estándares priorizados con los																													
DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA EN LOS ESTANDARES PRIORIZADOS																													
Aplicar la metodología de la norma crítica a																													
Estandarizar los indicadores a través de																													
EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN																													
El comité técnico debe garantizar los																													
Ejecución de las acciones de mejoramiento																													
1																													
Realizar seguimiento a la implementación de																													
Definir si las estrategias planteadas están																													
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL																													
Realizar un resumen del mejoramiento																													
Informar a todos los involucrados del																													
Realizar taller teórico práctico con los																													
Documentar el proceso organizacional en																													

Figura 4. Cronograma de actividades para el desarrollo del programa.

6.1 Metodología de autoevaluación

El primer paso para que la organización pueda desarrollar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud consiste en establecer qué es lo que puede mejorarse, para ello debe realizar una autoevaluación interna, es decir, un diagnóstico básico general de la institución, que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan vigorosamente al usuario. En ese orden de ideas, los aspectos objeto de mejoramiento de la calidad son, especialmente, todos aquellos procesos, momentos de verdad y resultados que, por razón de su relación con la calidad de la atención alcanzan gran importancia, como quiera que no responden a las necesidades o expectativas de los usuarios.

Los participantes en el proceso de autoevaluación interna para la elaboración del diagnóstico básico que identificará los problemas o fallas de calidad en la organización deben ser la gerencia, el equipo directivo, la auditoría, el control interno y el equipo de mejoramiento de la calidad si está constituido; en caso de no estarlo, se convocaría a miembros de la organización, responsables de implementar el nivel de autocontrol, que puedan ser potenciales integrantes de un equipo de mejoramiento de la calidad o de un comité de mejoramiento de la calidad. En éste caso el equipo de autoevaluación estará constituido por:

- ✓ Gerente
- ✓ Coordinador de Calidad
- ✓ Coordinador médico
- ✓ Coordinador de urgencias
- ✓ Representante del Área Administrativa (control Interno)

Después de su conformación se capacitará al grupo responsable de realizar el proceso para posteriormente dar inicio a la autoevaluación propiamente dicha.

Premisa: La calificación se hace estándar por estándar. Los pasos a seguir para la calificación de los estándares de acreditación serán los siguientes:

- Leer detenidamente los estándares antes de iniciar la calificación, hasta entenderlo completamente
- Interpretar el alcance del estándar, aclarar con el equipo si es necesario.

- Iniciar la calificación cuantitativa utilizando la hoja radar (Enfoque, implementación y resultado). El método de calificación final es la media aritmética.
- Iniciar la calificación cualitativa. Para cada estándar documentar y registrar las fortalezas definidas por el equipo, determinar las debilidades frente al estándar y redactar la oportunidad de mejora de acuerdo a lo descrito en la fortaleza y la debilidad.

En resumen, cada estándar tendrá una calificación cualitativa Fortaleza(s) y Oportunidad(es) de mejora y una calificación cuantitativa (Enfoque, Implementación y Resultado). La evaluación cualitativa orienta la formulación de las acciones de mejoramiento que constituyen el Plan de Acción para alcanzar el cumplimiento del estándar (Acciones de mejoramiento continuo de la calidad en salud). La evaluación cuantitativa nos permite conocer el grado de desarrollo de cada estándar y orienta la formulación de las acciones de mejora. Nos permite conocer, para las tres dimensiones (Enfoque, Implementación y Resultado) en qué grado de avance nos encontramos frente al estándar (línea de base) y cuál es la brecha de calidad (Qué tenemos hoy frente a lo definido por el estándar).

6.1.1 Matriz cuantitativa

ESTÁNDAR	CALIFICACIÓN CUANTITATIVA												
	ENFOQUE				IMPLEMENTACION			RESULTADOS					
	SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD	PROACTIVIDAD	CICLO DE EVALUACION	TOTAL ENFOQUE	DESPLIEGUE EN LA INSTITUCION	DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	TOTAL IMPLEMENTACION	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	AVANCE DE LA MEDICION	TENDENCIA	COMPARACION	TOTAL RESULTADOS
GRUPO DE ESTÁNDARES ASISTENCIALES													

Figura 5. Matriz cuantitativa para la calificación de estándares.

En ésta se define un rango de calificación de 1 a 5, siendo 1 el menor valor de calificación y 5 el más alto. Aquí cada uno de los estándares se analiza en tres (3) dimensiones que corresponde a enfoque, implementación y resultado, en cada una de estas dimensiones se analizan las variables con base en las cuales se va a calificar. Las dimensiones y variables son las siguientes (Figura 6):

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
Sistematicidad y amplitud	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Proactividad	Los enfoques son principalmente reactivos.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.	Enfoque principalmente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es principalmente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
Ciclo de evaluación y mejoramiento	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados.	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
RESULTADOS					
Pertinencia	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
Consistencia	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Avance de la medición	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de éxito solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.
Tendencia	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
Comparación	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos, productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación

Figura 6. Escala de calificación de estándares

6.1.2 Matriz cualitativa

No. ESTANDAR	FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PRIORIZACION				PRIORITARIO
			Riesgo	Costo	Volume	Total	
GRUPO DE ESTÁNDARES ASISTENCIALES							NO PRIORITARIO

Figura 7. Matriz de calificación cualitativa de los estándares.

En ésta se identifican las fortalezas relacionadas con cada estándar y criterio analizado y las oportunidades de mejora que pueden implementarse para su cumplimiento (Figura 7).

6.1.3 Definiciones diagnóstico cualitativo

FORTALEZAS: Son mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno, los cuales pueden deberse a un elevado dominio de funciones o procesos, o pueden resultar de aspectos tradicionales del día a día de la organización.

SOPORTE DE LAS FORTALEZAS: Si cree que el ítem analizado es una fortaleza deberá soportarlo con políticas, plan operativo, gráficos de tendencias, tablas, actas, diagramas del flujo del proceso, Cronograma de trabajo, etc., y todos los documentos que pueden mostrarle al evaluador la madurez del proceso.

OPORTUNIDADES DE MEJORA: Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación y los resultados esperados.

A cada estándar se le califican las 10 variables de 1 a 5, según la tabla anterior por consenso del grupo a cada variable se le califica con el menor valor y la calificación del estándar, se da sacando el promedio de la calificación todas las variables. Al finalizar la calificación de todos los estándares aplicando el instrumento de calificación cuantitativo, se suma la calificación desde el enfoque y se divide por el número de variables, así mismo con los componentes de implementación y

resultado, luego se suman los tres componentes, se dividen por tres y al final se suman todos los valores del estándar y se dividen por el número de estándares calificados, multiplicando este valor por el factor de corrección definido y si es necesario se aproxima al número entero más cercano. En otras palabras, posterior a la calificación de todos los estándares de cada grupo de estándares, para sacar la calificación del grupo de estándares, se promedia sumando el valor de todos los estándares y se divide por el # de estándares.

Para sacar la calificación global de la ESE se suman los valores de los grupos de estándares y se dividen por el número de grupos y ese sería el valor global de calificación de la Entidad. Otra forma es realizar el mismo ejercicio por estándares y por grupo de estándares y luego el global, pero sacando el promedio con la fórmula en Excel.

Ya evaluados todos los estándares en las diferentes manuales y estándares del sistema único de acreditación, se realiza la consolidación de los instrumentos de autoevaluación diligenciados y calificados, con el fin de socializar a todos los empleados, se retroalimenta a los participantes de la autoevaluación sobre los estándares que se evaluaron, los hallazgos encontrados y la calificación global obtenida con las fortalezas y las oportunidades de mejora definidas para pasar al siguiente paso.

Esta autoevaluación se debe realizar cada que se va a empezar un nuevo ciclo de mejoramiento, eso sí, siempre y cuando se haya realizado y cerrado todo un ciclo anterior.

6.2 Metodología selección de procesos a mejorar

Se debe listar en un inventario general todos los procesos de estándares que aplican de acuerdo a los estándares de acreditación de la Resolución 123.

A partir de la identificación de las oportunidades de mejoramiento se debe establecer a qué procesos pertenecen. Las oportunidades de mejoramiento que pueden afectar los resultados de la atención pueden ser funciones organizacionales como son la comunicación, la información, partes del proceso en el ciclo PHVA o un proceso como tal. Es importante concentrarse en el mejoramiento de los procesos organizacionales para garantizar atacar las causas raíz de los problemas, evitando quedarse en la solución de síntomas.

6.3 Metodología priorización de procesos a mejorar

El inventario de los procesos objeto de mejoramiento puede resultar extenso y probablemente la institución no podrá mejorarlos todos simultáneamente, como quiera que implementar los siguientes pasos de la ruta crítica con cada proceso requiere esfuerzos importantes, aunado a que los recursos organizacionales son limitados.

Para seleccionar adecuadamente aquellos procesos que impactan con más fuerza al usuario se utilizará la matriz de priorización como una herramienta para evaluar opciones basándose en una determinada serie de criterios explícitos que el grupo ha decidido como importantes para tomar una decisión adecuada y aceptable. Se propone que estos criterios sean los factores críticos de éxito de la institución. Los factores críticos de éxito son entendidos como aquellos aspectos que, si todos los miembros de la institución contribuyen a cumplir, permitirán el logro de los objetivos y metas institucionales. Son aquellos aspectos o variables que, estando bajo el control de la institución y siendo medibles en el tiempo, se requiere controlar para el logro de los resultados esperados. Ejemplos de ellos son:

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

Finalmente, es importante que los miembros de la organización entiendan el factor de la misma manera, por lo que se sugiere que se realice un documento donde se defina cada uno de los factores antes de la realización del ejercicio de priorización. En el mismo taller planteado para cumplir con el propósito de identificar los procesos que harán parte del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede realizarse el ejercicio de priorización: una vez seleccionados los procesos objeto de mejoramiento se diligencia la matriz de priorización.

Durante la realización del ejercicio de priorización se propone tener en cuenta:

1. Seleccionar en cada uno de los equipos un moderador, quien tendrá la responsabilidad de que todos participen y de realizar la pregunta de evaluación para cada proceso frente al factor crítico de éxito.

2. La forma como debe ser realizada la pregunta está relacionada con entender que tanto el proceso permite el logro del factor crítico de éxito; en otras palabras, cuál es la incidencia o impacto que el proceso tiene en el factor crítico de éxito.
3. Hacer énfasis a los equipos que se busca priorizar y que esto significa un esfuerzo importante para categorizar que tiene mayor relevancia para iniciar su mejoramiento inmediatamente, como quiera que de una u otra forma todos los procesos son importantes para la organización.

Teniendo en cuenta los puntos anteriores, se puede iniciar el ejercicio de priorización siguiendo los pasos que se presentan a continuación:

1. Cada uno de los miembros del equipo realiza su calificación siguiendo la pregunta realizada por el moderador.
2. Realizar una matriz consolidada para cada grupo, lo cual se realiza identificando la moda que es el valor que más se repite en el grupo. En caso de que existan dos valores se exponen las razones de la calificación y se vuelve a realizar el ejercicio.
3. Realizar la matriz consolidada para la institución repitiendo la dinámica anterior con los resultados de cada grupo.
4. Consolidar los resultados totales, para esto se multiplican los valores en forma horizontal, logrando realizar una ponderación.
5. Finalmente, se ordenan los resultados de mayor a menor, seleccionando los procesos con un mayor valor. La cantidad de los procesos por seleccionar depende de la capacidad institucional de recursos y esfuerzos destinados al mejoramiento. Lo que no se puede olvidar es que como mínimo debe incluir aquellos que se consideran obligatorios en el Decreto 1011 de 2006.

7.3.1 Criterios de priorización (Figura 8).

Criterios de Priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

Figura 8. Criterios de priorización de estándares.

7.3.2 Matriz de priorización (Figura 9)

ESTANDAR	CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACION			
			RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL
			1	2	3	6
			3	4	5	60
			4	5	5	100
			5	5	5	125

Figura 9. Matriz de priorización de estándares según riesgo, costo y volumen.

En la priorización que se va a realizar en este ciclo, se trabajarán los estándares con la calificación entre 80 y 125.

Se sombrea con rojo las filas que resultaron ser los estándares priorizados y únicamente éstos son los que se llevan al formato del plan de mejoramiento, las oportunidades de mejora que no quedaron priorizadas, pueden esperar a ser intervenidas ya que no son las más críticas.

6.4 Metodología definición de la calidad esperada

Para el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, es el paso que va a permitir a la institución cumplir con altos estándares de calidad de acuerdo con la calidad actual frente al esperado. La organización ha determinado que para la definición de la calidad esperada tendrá como punto de referencia los estándares de Acreditación y lo establecido dentro de cada uno de los documentos que conforman el Manual de Procesos y Procedimientos. Conforme lo anterior, se tendrá que, para los planes de mejoramiento específicos de acreditación, la calidad esperada serán los estándares de acreditación.

Planificar la calidad deseada implica pensar inicialmente en términos de la obtención de los mejores resultados clínicos y/o los resultados de calidad esperados (calidad técnica-científica, seguridad, costo racional, servicio, disposición del talento humano) que impacten en la mejora de las condiciones de salud para la población, con el menor riesgo posible. Implica también definir los criterios y estándares de calidad conducentes a obtener la mejor utilización de los recursos (eficiencia), así como también un esfuerzo por conocer quiénes son nuestros clientes, cuáles son sus necesidades y por traducir esas necesidades en especificaciones de productos, servicios y procesos para monitorear a través de indicadores, la satisfacción de las expectativas legítimas acerca de la atención esperada por estos; en otras palabras, el establecimiento de los estándares a través de los cuales se definirá el desempeño de los procesos críticos organizacionales prioritarios para garantizar al usuario la prestación de los servicios con las condiciones óptimas de calidad.

Para ello es necesario establecer las metas de los procesos seleccionados sobre la base de las necesidades de los pacientes identificados en cada una de las dimensiones de la calidad. Es preciso definir la salida del proceso, identificar el cliente del proceso, sus necesidades frente a las salidas o productos que recibe y a partir de ahí establecer los niveles de calidad que deben cumplir los procesos para lograr los resultados esperados. En conclusión, definir el nivel de calidad esperada

significa establecer la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, Sistema Único de Acreditación), 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.

A continuación, se presenta una serie de sugerencias que facilitará la planeación de la calidad esperada de los procesos identificados como prioritarios.

- ✓ Definición en forma explícita y clara el producto (salida) que resulta del proceso por analizar.
- ✓ Identificación de los clientes externos e internos que se benefician del producto definido.
- ✓ Identificación de las necesidades y expectativas de los clientes frente al resultado o producto.
- ✓ Definición de los indicadores que permitirán evaluar los procesos y las metas esperadas de los mismos. Definir la calidad esperada incluye definir los instrumentos y metas con los cuales se hará el seguimiento y monitoreo posterior.

Para la ESE Hospital San Rafael de Angostura se definió, que su calidad esperada son los estándares del sistema único de acreditación de la resolución 123 de 2012, para definir esta calidad esperada se establecen unos indicadores, a través de los cuales se establecieron metas, estos indicadores a su vez son la herramienta con los cuales la ESE, va a monitorear la calidad esperada, con base en estos indicadores.

Los indicadores se convierten en una herramienta esencial para la ejecución de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, para monitorear y hacer seguimiento a los resultados en la ejecución y mejora de los procesos.

A estos indicadores se les construye una ficha técnica, como mínimo se van a utilizar los indicadores del sistema de información para la calidad, que son de reporte obligatorio, se usarán para la calidad esperada los indicadores de la resolución 256 de 2016, la calidad esperada es la que nos pide mínimamente el sistema de información para la calidad.

Con esta calidad esperada la institución asegura que toda su mejora se orienta hacia el logro de los estándares de calidad superiores.

Los indicadores mínimos que se van a trabajar en la ESE son los indicadores de Obligatorio cumplimiento y reporte como son los de la resolución 256 y la circular 012 de 2016.

6.5 Metodología medición inicial del desempeño

En la ESE Hospital San Rafael del Municipio de Angostura se parte de la siguiente premisa:

Si no puede medir lo que hace, no puede controlarlo

- ✓ Si no puede controlarlo no puede dirigirlo
- ✓ Si no puede dirigirlo, no puede mejorarlo.

Las medidas son el punto donde comienza el mejoramiento, porque permiten conocer cuáles son las metas. Esta etapa de medición inicial del desempeño de los procesos priorizados, tiene como objetivo desarrollar un mecanismo que permita a la ESE hospital San Rafael de Angostura, la medición de la calidad que se tiene en este momento, es decir la medición de la calidad observada, y el nivel de desempeño de los procesos que se tienen en la ESE actualmente, para identificar la brecha.

En la ESE se realizará medición mediante:

- ✓ Seguimiento de indicadores
- ✓ Documentación y aplicación del procedimiento de auditoria
- ✓ Seguimiento al plan para las oportunidades de mejora

Y al momento de las mediciones se va a analiza los resultados de los indicadores, comparándolos con las metas establecidas, y se va a utilizar el resultado de los análisis para la toma de decisiones.

Lo que se pretende es detectar si los procesos presentan los resultados en calidad esperados, lo cual es posible si se determina el nivel de calidad actual. Para realizar esta medición del desempeño de los procesos deberán utilizarse los mismos indicadores de la calidad esperada, con los mismos indicadores de desempeño que tengo en este momento, (está claro que son los del sistema de información para la calidad), para que se puedan comparar, para establecer la calidad esperada desarrollando los procedimientos de auditoría operativa más adecuados para este fin. Los indicadores que se van a utilizar para ser monitoreados, para hacerles seguimiento, son los del sistema de información para la calidad y se tomará como calidad esperada el estándar mínimo de cumplimiento de estos indicadores.

La ESE Hospital San Rafael del Municipio de Angostura, definirá cuáles son estos indicadores y se les va a hacer ficha técnica, después de hacer la priorización de procesos, pero también está establecido que mínimamente se van a utilizar los indicadores de la circular 012 de 2016 y 256 de 2016.

6.6 Metodología formulación del plan de acción o de mejoramiento, de las oportunidades de mejora

El plan de acción es el mecanismo mediante el cual la entidad actuará sobre las oportunidades de mejora, interviniendo las causas de la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada.

El plan de acción debe ser el producto del análisis realizado por los líderes de procesos y el comité de calidad, incluidos los directivos, concertando las acciones que apunten a las causas principales de incumplimientos.

La E.S.E. Hospital San Rafael de Angostura, definirá cómo va a elaborar el plan de mejora o de acción de acuerdo a los hallazgos encontrados durante la auditoría realizada durante la autoevaluación de los estándares de acreditación.

Como es bien sabido para formular un plan de mejoramiento se pueden utilizar varias metodologías como: Diagrama de afinidades, Diagrama de Pareto, Diagrama de Ishikawa, Método de Análisis Causal y solución de Problemas, etc.

En la ESE se llevará a cabo la entrega formal a cada responsable de su ejecución haciendo claridad en las fechas límites de cumplimiento y fechas de seguimiento a éste, según la programación del el Plan de Auditorías Internas

Para las vigencias 2017-2020. La ejecución del plan de mejoramiento será llevada a cabo por parte de cada uno de los responsables asignados, en las fechas establecidas en éste, así mismo será verificado el cumplimiento de su ejecución siguiendo estrictamente la programación planeada en el cronograma del plan de auditorías internas de la institución

6.6.1 Instrumento a utilizar (Figura 10).

N°	FECHA DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	REQUISITO ESTANDAR QUE SE INCLUYE	OPORTUNIDAD DE MEJORA	ORIGEN DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	CORRECCIÓN	PRIORIZACION DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA			CAUSAS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONAS RESPONSABLES DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	TRIMESTRE 2018			TRIMESTRE 2018			TRIMESTRE 2018			RECURSOS ADICIONALES	Responsable del seguimiento	ago-18	nov-18	feb-19	may-19	
						RIESGO	COSTO	VOOLUMEN					ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE			ENERO	FEBRERO	MARZO	Esta do	Esta do

Figura 10. Instrumento para formulación del plan de acción.

6.7 Metodología ejecución del plan de mejoramiento

Después de la socialización y el establecimiento del compromiso implementación del plan de acción se procede a su ejecución. Los planes de mejoramiento de calidad definidos son el primer paso del ciclo PHVA. El paso siguiente, HACER, consiste en capacitación y entrenamiento de los implicados tanto en el método a aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan.

Para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR o hacer seguimiento permanente y ACTUAR correctivamente en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas.

Cada responsable de las acciones en ejercicio del autocontrol realizará el seguimiento a los compromisos establecidos en el plan de acción para cumplir con los plazos y metas.

6.8 Metodología evaluación del plan de mejoramiento

Como elemento del seguimiento es importante evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo efectivas, evaluar la efectividad del plan, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos y utilizados en los pasos cuatro y cinco y que se esperaría fueran los mismos de los planes de mejora. Se hace necesario hacer seguimiento a las acciones que se están ejecutando, para esto se tienen los indicadores previamente establecidos.

Hacer monitoreo periódicamente y los ajustes de acuerdo a los análisis, recordar que los logros no se presentan de manera rápida y sostenida. El formato establecido para realizar la evaluación y el seguimiento a los planes de mejoramiento está incluido dentro del formato estipulado en el planteamiento del plan de mejoramiento.

Para el seguimiento, el equipo auditor y los directivos contarán con el apoyo de los siguientes comités:

- ✓ Comité Coordinador de Calidad
- ✓ Comité Coordinador de Control Interno
- ✓ Comité de Vigilancia Epidemiológica
- ✓ Comité de Farmacia y Terapéutica
- ✓ Comité de Gerencia (Técnico-científico-Control Interno)
- ✓ Comité de Ética Hospitalaria

También participará en este seguimiento el Jefe de control interno o quien haga sus veces en el rol de evaluación y seguimiento. Cada semestre se consolidará el seguimiento al plan de mejoramiento con el propósito de orientar las acciones de ajuste en el Comité Coordinador de Calidad y control interno.

Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones: La primera, que no se obtenga mejora ó no se disminuya la brecha inicial lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales o que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema.

La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

6.9 Metodología 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.

En el mes de noviembre del año 2018, se realizará retroalimentación de los resultados obtenidos anteriormente, de los informes de las auditorías realizadas y de los seguimientos para generar un aprendizaje a partir de las mejoras realizadas y de los seguimientos para generar aprendizaje a partir de las mejoras alcanzadas. A su vez se realizará los cambios que se requieran para cada proceso con el fin de ajustarse a dichas mejoras. También se organizó entrenamiento y capacitación, según las necesidades de mejora definidas. En este punto, el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo en los estándares de humanización y seguridad del paciente.

7. Estandarización de procesos

Se podrá utilizar la metodología que deseen para estandarizar los procesos prioritarios una vez han logrado los resultados esperados, la cual deberá ser única para toda la institución y conocida por todos.

Se debe recordar que estandarizar es la actividad sistemática de formalización, documentación implementación de los procesos con el objetivo de lograr los resultados esperados, entendiendo el estándar como el documento del conjunto de pasos definidos para el desarrollo de un proceso, de tal manera que este cumpla o alcance las metas señaladas.

Estos documentos son obtenidos por consenso para lograr un objetivo, con el objetivo de unificar y simplificar de tal manera que sea conveniente y benéfico para las personas involucradas.

Los estándares de calidad que son los niveles de calidad esperado por la institución deben ser construidos por las personas que trabajan en los procesos, que lo van a utilizar para la ejecución de las tareas diarias, fruto del consenso del grupo, simples, basados y con el objetivo de ser para la práctica y retratar la manera como las cosas se hacen.

Los pasos que pueden ser utilizados por quienes realizan la función de auditoría interna como facilitadores de calidad son:

- ✓ Defina como estrategia la estandarización.
- ✓ Establezca el clima necesario para comenzar el proceso de estandarización.
- ✓ Tenga claro el propósito de la estandarización.
- ✓ Entrene a las personas en los métodos y formatos estándares aprobados por la institución para ser utilizados en la estandarización.
- ✓ Fomente que los miembros de la institución trabajen de acuerdo con los estándares, para lo cual es útil realizar verificaciones.

Una vez las personas que van hacer parte de los procesos prioritarios objeto de auditoría están capacitados, se puede proceder a la elaboración de los mismos, para seguir las siguientes pautas:

- ✓ Describa paso a paso el proceso. Escriba uno a uno los pasos del proceso, liste las tareas que realiza.
- ✓ Identifique las tareas que agregan valor y las que no. (Una tarea agrega valor cuando es indispensable para el cliente).
- ✓ Diagrame el proceso mediante la utilización de formas convencionales y universales de graficación. Si ya ha definido para su institución algunos símbolos, utilícelos, asegure que todos entiendan su significado.
- ✓ Formalice mecanismos para la documentación y para el almacenamiento de los estándares, una mala planeación puede traer como consecuencia la pérdida de confianza en el proceso.

Las instituciones podrán seguir el siguiente método para establecer los estándares de la organización:

- ✓ Definir cuáles son los productos y/o servicios de la gerencia para establecer los sistemas
- ✓ Establecer los objetivos del sistema en cuanto a calidad, costo, seguridad, atención y disponibilidad del personal cuando estas apliquen al producto o servicio prioritario
- ✓ Establecer el flujograma del sistema, los medios o cómo para lograr los objetivos y garantizar la calidad de los productos y servicios explicando los procesos necesarios y reflejando la situación real de lo que actualmente se hace
- ✓ Simplificar el flujograma criticando cada etapa o proceso que se desarrolla a través de los “por qué(s)” encontrando su razón de ser.
- ✓ Dividir el flujograma de acuerdo con las cuatro etapas: planear, ejecutar, verificar y actuar. Detallando en cada proceso, qué, quién, cómo, cuándo, dónde y por qué. Desarrollar el flujograma de las tareas necesarias para realizarlos.
- ✓ Determinar cuál es la tarea prioritaria o crítica y desarrollar el estándar de procedimiento operacional.

8. Resultados

De acuerdo al cronograma propuesto se inician las fases de la ruta crítica del PAMEC con base en las pautas y guías planteadas por el ministerio.

Para la fase de autoevaluación se aplicaron dos matrices: cuantitativa y cualitativa, la evaluación cualitativa se realiza con el análisis de las oportunidades de mejora y de las fortalezas que la institución evidencia respecto a los puntos evaluados en cada estándar, éstas evidencias deben estar sustentadas con su respectiva documentación (adherencias a guías, protocolos, seguimiento de indicadores). La evaluación cuantitativa se realiza de acuerdo a enfoque, implementación y resultados. Se decide priorizar todos los estándares que en esta calificación obtuvieron un resultado superior a 80, en total se priorizaron 51 estándares.

Teniendo en cuenta que la calidad esperada es aquella que se desea encontrar después de la realización de las actividades planteadas para cada oportunidad de mejora en los diferentes grupos de estándares; para el seguimiento de las metas planteadas en los estándares priorizados se crean indicadores que permitirán determinar la calidad esperada en cada proceso, a cada uno de ellos se les realizó ficha técnica.

9. Conclusiones

Se hace necesario reactivar e iniciar en la Institución los comités que son reglamentados por norma para obtener impacto en la gestión de la calidad y a su vez Implementar y organizar los cronogramas de estos con el fin de fortalecer o definir los mecanismos de operación para que sean efectivas y contribuyan al fortalecimiento del autocontrol en la Institución.

Como herramientas se encuentra la implementación del PAMEC que es una metodología que permite demostrar la eficacia y la eficiencia de los resultados, adicional se utiliza la matriz de priorizaciones donde se encuentran hallazgos de 51 estándares y se les implementa la matriz de planes de mejoramiento.

Tener un PAMEC tomando la importancia de los procesos, así como de los resultados permite lograr el alcance que asegura la objetividad del proceso.

Se hace necesario implementar fichas de indicadores para hacerles un seguimiento permanente a los indicadores definidos para cada meta, de manera sistemática y con una periodicidad según la normatividad vigente, de tal manera que se pueda determinar oportunamente si se está alcanzando la meta deseada o identificar las causas y establecer las estrategias o soluciones adecuadas.

La identificación de documentos, procedimientos documentados y registros son las herramientas más importantes para lograr la calidad, por tal motivo es necesario actualizar e implementar la documentación con la que se cuenta en la Institución con el fin de lograr los objetivos propuestos.

Se buscará que la ESE avance al aprendizaje organizacional para que se logre un mejoramiento continuo de la calidad en la atención.

Facilitar el proceso de evaluación, priorización, realización de planes de mejoramiento y posteriormente el seguimiento a dichas acciones por medio de la matriz, la cual puede ser manejada no solo por el personal encargado de la calidad en los servicios sino de todo el personal relacionado con los procesos, lo que facilita el desarrollo del PAMEC y el seguimiento de todas las oportunidades a trabajar.

10. Recomendaciones

Sensibilizar a los funcionarios de la institución sobre la importancia de la seguridad del paciente en la calidad de los servicios para que se cree una cultura de seguridad del paciente y mejoramiento continuo de calidad.

Cumplir con el cronograma de educación continua de la institución, fomentando así la capacitación y actualización a los líderes de la institución y al personal en general, lo que garantice un trabajo continuo de calidad dentro de la institución.

Se inicie a la mayor brevedad la implementación de las fichas de indicadores para hacerles un seguimiento permanente a los indicadores definidos para cada meta, de manera sistemática y con una periodicidad según la normatividad vigente.

Actualizar e implementar la documentación de los procedimientos para determinar el mejoramiento continuo.

Referencias bibliografía

1 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: El ministerio; 2006. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf.

2 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 515 de 2004, Por el cual se define el Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS. Bogotá: El ministerio; 2004. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en https://www.medellin.gov.co/normograma/docs/decreto_0515_2004.htm

3 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 581 de 2004, por la cual se adopta el manual de Estándares que establece las condiciones de capacidad técnico-administrativa, tecnológica y científica para la habilitación de las entidades administradoras de Régimen Subsidiado. Bogotá: El ministerio; 2004. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_0581_2004.pdf.

4 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1439 de 2002, Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud y los definidos como tales. Bogotá: El ministerio; 2002. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201439%20DE%202002.pdf.

5 Colombia. El Congreso de la República. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 1993. El Congreso; 1993. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: <http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD%20EN%20LEY%20100%20DE%201993.pdf>.

6 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 2309 de 15 de octubre de 2002, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El ministerio;

2002. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: <http://www.anestesianet.com/normasydecretos/Decreto2309.pdf>.

7 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Calidad en salud en Colombia. Los principios [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

8 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

9 Colombia. El Congreso de la República. Decreto 1103 de 2006, por medio de la cual se rinde honores a los conductores de vehículos de servicio público y privado del país y se declara el Día Nacional del Conductor. Bogotá: El Congreso; 1993. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: <http://www.lexbase.co/lexdocs/indice/2006/I1103de2006>

10 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución Número 001445 de 2006 Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. El ministerio; 2006. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minproteccion_1445_2007.htm

11 Colombia. Ministerio de la Protección social. Resolución 1043 de 2006. por medio del cual se establecen las condiciones que deben cumplir las Instituciones Prestadoras 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. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: <https://www.invima.gov.co/images/pdf/medicamentos/resoluciones/resolucion1043de2006.pdf>

12 Colombia. Ministerio de la Protección social. Resolución 1445 de 2006, por medio del cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/R_MPS_1445_2006.pdf

13 Colombia. Ministerio de la Protección social. Resolución 1446 de 2006, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitorización del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf

14 Colombia. Superintendencia nacional de salud. Circular 030 de 2006, por la cual da instrucciones en materia de calidad en la prestación de servicios de salud de las instituciones prestadoras de servicios de salud [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: http://cfgce.com/wp-content/uploads/downloads/2011/04/Circular_Externa_30_de_2006.pdf.

15 Colombia. Congreso de Colombia. 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. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=11232>.

16 Colombia. Presidente de Colombia. Decreto 1599 de 2005, por medio del cual se adopta el modelo estándar de control Interno para el estado colombiano conforme de la Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio de control interno en las entidades y organismos del estado. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16547>

17 Colombia. Alcaldía mayor de Bogotá. Circular conjunta 018 de 2006, da compatibilidad al sistema de gestión de la calidad y el modelo estándar de control interno en las entidades u organismos distritales. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20514>

18 Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución 2680 de agosto de 2007, Por medio de la cual se modifica parcialmente la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-3763-de-2007.pdf>.

19 E.S.E. Hospital San Rafael. Acerca de la entidad. Estructura organizacional. [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: <http://esehospitalsanrafael.angostura-antioquia.gov.co/es/acerca-de-la-entidad/estructura-organizacional>

20 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Sistema obligatorio de garantía de calidad sistema guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud [Internet] [Consultado 2018 abril 20] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>.