



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la atención en salud -PAMEC en una IPS de salud ocupacional de la ciudad de Medellín.

Audit Program for Quality Improvement in health care -PAMEC in an occupational health IPS in the city of Medellín.

Sandra Yoladis Asprilla Mosquera

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

2021



Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la atención en salud
-PAMEC en una IPS de salud ocupacional de la ciudad de Medellín.

Audit Program for Quality Improvement in health care -PAMEC in an occupational
health IPS in the city of Medellin.

Sandra Yoladis Asprilla Mosquera

Trabajo de grado optar al título de
Especialista en Auditoria en Salud

Asesor

Guido Manuel Hernández Paternina MD. PhD.

Profesor Universidad de Antioquia

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
“Héctor Abad Gómez”
Medellín, Colombia
2021

Tabla de contenido

Resumen	9
Abstract	10
1 Planteamiento del problema	11
2 Justificación	14
3 Objetivos.....	16
3.1 Objetivo general	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4 Marco teórico	17
4.1 Marco institucional.....	17
4.2 Portafolio de servicios	17
4.3 Planeación estratégica	18
4.3.1 <i>Misión</i>	18
4.3.2 <i>Visión</i>	18
4.3.3 <i>Objetivos institucionales</i>	18
4.3.4 <i>Valores corporativos</i>	18
4.3.5 <i>Política de calidad</i>	18
4.4 Marco conceptual	19
4.4.1 <i>Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.</i>	19
4.4.2 <i>Auditoría Interna</i>	19
4.4.3 <i>Auditoría Externa</i>	19
4.4.4 <i>Calidad de la Atención de Salud</i>	20
4.4.5 <i>Ciclo PHVA.</i>	20
4.4.5.1 <i>Planear</i>	20
4.4.5.2 <i>Hacer</i>	20
4.4.5.3 <i>Verificar</i>	20
4.4.5.4 <i>Actuar</i>	20
4.4.6 <i>Criterios de Auditoría</i>	20
4.4.7 <i>Estándar</i>	20
4.4.8 <i>Estandarización</i>	20
4.4.9 <i>Evidencia de la Auditoría</i>	20

4.4.10	<i>Fortalezas.</i>	21
4.4.11	<i>Gestión de la Calidad.</i>	21
4.4.12	<i>Hallazgos de la Auditoria.</i>	21
4.4.13	<i>Indicadores.</i>	21
4.4.14	<i>Indicador de Calidad.</i>	21
4.4.15	<i>Mejora de la Calidad.</i>	21
4.4.16	<i>Mejora Continua.</i>	21
4.4.17	<i>Mejoramiento continuo de la Calidad (MCC).</i>	21
4.4.18	<i>Oportunidades de Mejoramiento.</i>	21
4.4.19	<i>Plan de Auditoria.</i>	21
4.4.20	<i>Programa de Auditoria.</i>	21
4.4.21	<i>Proceso.</i>	22
4.4.22	<i>PAMEC.</i>	22
4.4.23	<i>Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS.</i>	22
4.4.24	<i>Sistema Único de Habilitación.</i>	22
4.4.25	<i>Sistema Único de Acreditación.</i>	22
4.4.26	<i>Sistema de información para la calidad.</i>	22
4.5	<i>Marco legal.</i>	23
4.5.1	<i>Ley 10 de 1990.</i>	23
4.5.2	<i>Ley 100 de 1993.</i>	23
4.5.3	<i>Ley 715 de 2001.</i>	23
4.5.4	<i>Ley 872 de 2003.</i>	23
4.5.5	<i>Ley 1122 de 2007.</i>	23
4.5.6	<i>Ley 1438 de 2011.</i>	24
4.5.7	<i>Decreto 780 de 2016.</i>	24
4.5.8	<i>Decreto 1011 de 2006.</i>	24
4.5.9	<i>Decreto 4295 de 2007.</i>	24
4.5.10	<i>Decreto 4747 de 2007.</i>	24
4.5.11	<i>Resolución 1439 de 2002.</i>	24
4.5.12	<i>Resolución 486 de 2003.</i>	25
4.5.13	<i>Resolución 3100 de 2019.</i>	25
4.5.14	<i>Resolución 1445 de 2006.</i>	25

4.5.15	<i>Resolución 1446 de 2006.....</i>	25
4.5.16	<i>Resolución 2181 de 2008.....</i>	25
4.5.17	<i>Resolución 3960 de 2008.....</i>	25
4.5.18	<i>Resolución 5095 de 2018.....</i>	25
4.5.19	<i>Resolución 0256 de 2015.....</i>	25
5	Metodología.....	26
5.1	Técnicas.....	26
5.1.1	<i>Recolección y procedimiento de la información.</i>	26
5.1.2	<i>Ruta crítica.</i>	26
5.1.2.1	<i>Primer paso: Autoevaluación:</i>	27
5.1.2.2	<i>Segundo paso: Definición de prioridades.....</i>	28
5.1.2.3	<i>Tercer paso: Definición de la calidad esperada.</i>	29
5.1.2.4	<i>Cuarto paso: Medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios -identificación de la calidad observada.....</i>	30
5.1.2.5	<i>Quinto paso: Formulación del plan de mejoramiento.....</i>	30
5.1.2.6	<i>Sexto paso: ejecución del plan de mejoramiento.....</i>	31
5.1.2.7	<i>Séptimo paso: evaluación del mejoramiento.....</i>	31
5.1.2.8	<i>Octavo paso: aprendizaje organizacional..</i>	31
5.1.3	Estandarización de procesos:.....	31
5.1.4	Autoevaluación.....	32
5.1.5	Análisis de resultados de la autoevaluación.....	34
5.1.5.1	<i>Selección de los estándares a priorizar</i>	34
5.1.5.2	<i>Definición de calidad esperada.....</i>	38
5.1.5.3	<i>Medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios – identificación de la calidad observada.....</i>	38
5.1.5.4	<i>Formulación del plan de mejoramiento.</i>	38
5.1.5.5	<i>Ejecución del plan de mejoramiento.</i>	39
5.1.5.6	<i>Evaluación del mejoramiento.....</i>	39
5.1.5.7	<i>Aprendizaje organizacional.....</i>	39
6	Resultados.....	41
6.1	Fase de autoevaluación	41
6.2	Fase de evaluación cualitativa.....	41
6.3	Fase de evaluación cuantitativa	42

6.3.1	Fase propuesta de seguimiento calidad esperada (indicadores)	42
7	Conclusiones.....	43
8	Recomendaciones.....	44
9	Referencias	45
10	Anexos.....	48

Lista de tablas

Tabla 1. Matriz de priorización.	28
Tabla 2. Información de indicadores según las prácticas priorizadas.	30
Tabla 3. Matriz de autoevaluación.....	33
Tabla 4. Criterios de calificación.....	33

Lista de figuras

Figura 1. Portafolio de servicios.	17
Figura 2. Mapa de procesos.	19
Figura 3. Pasos de la ruta crítica.....	27

Resumen

Objetivo: Establecer una propuesta de fortalecimiento del Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad PAMEC en la IPS LABORALMED, Medellín 2021.

Metodología: Se tendrá en cuenta para la elaboración todas las pautas de auditorías para el mejoramiento de la calidad de atención en salud y todas las guías básicas para la implementación de las modelos para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud que establece el Ministerio de Salud y Protección Social y las normas que está vigente a la fecha, las cuales tienen como fin proporcionar una serie de herramientas que son necesarias para lograr la implementación del PAMEC.

Resultados: Se contó con dos fases de desarrollo, en la primera fase de autoevaluación orientada tanto a la evaluación cualitativa como cuantitativa, en la primera se analizaron las fortalezas que la institución demostraba, y posterior a esto se dieron recomendaciones de oportunidad de mejora. Se priorizaron 17 estándares, siendo los de mayor afectación el grupo de estándar de mejoramiento y el de gestión de la tecnología. En la cuantitativa de acuerdo con el análisis de la escala de calificación, se pudo establecer que la IPS se encuentra en un estado crítico por las bajas puntuaciones, lo que sugiere una intervención prioritaria.

Conclusiones: Se propuso planes de mejoramiento basados en la priorización de las oportunidades de mejora e intervenidas mediante la ruta de implementación del PAMEC por parte de la IPS LABORALMED teniendo en cuenta la intervención en primera instancia de los 17 estándares escogidos por parte de la Gerente en reunión de presentación de resultados, se sugirió realizar cambios pertinentes para la continuación del desarrollo y aplicabilidad por parte de la institución, cumpliendo así las exigencias de la normatividad legal vigente.

Palabras clave: PAMEC, IPS, normatividad, procedimiento y procesos.

Abstract

Objective: Establish a proposal to strengthen the Audit Program for Continuous Quality Improvement PAMEC in the IPS LABORALMED, Medellín 2021.

Methodology: All the audit guidelines for the improvement of the quality of health care and all the basic guidelines for the implementation of the models for the improvement of the quality of health care established by the Ministry of Health and Social Protection and the standards currently in force, which are intended to provide a series of tools that are necessary to achieve the implementation of the PAMEC, will be taken into account for the elaboration.

Results: There were two development phases, in the first phase of self-evaluation oriented both to qualitative and quantitative evaluation, in the first the strengths that the institution demonstrated were analyzed, and after this, recommendations of opportunity for improvement were given. Seventeen standards were prioritized, with the improvement standard group and technology management group being the most affected. In the quantitative analysis, according to the rating scale analysis, it was possible to establish that the IPS is in a critical state due to the low scores, which suggests a priority intervention.

Conclusions: Improvement plans were proposed based on the prioritization of improvement opportunities and intervened through the PAMEC implementation route by IPS LABORALMED, taking into account the intervention in the first instance of the 17 standards chosen by the Manager in meeting to present the results, it was suggested to make pertinent changes for the continuation of the development and applicability by the institution, thus complying with the requirements of the current legal regulations.

Keywords: PAMEC, IPS, regulations, procedure and processes.

1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) disponen de documentos que establecen directivas para la mejora del desempeño para las organizaciones sanitarias, con la finalidad de contribuir a la satisfacción de todas las partes interesadas, también en el concepto de calidad de los servicios de salud deben estar presente: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos y mínimo de riesgos para el paciente el sistema nacional de salud de Colombia, buscaba contemplar la salud como un atributo fundamental de la atención integral de la salud que se le brinda a toda la población teniendo en cuenta los principios fundamentales basado en la equidad, universalidad, protección integral y libre escogencias de sus usuarios (1–5).

Desde que se creó el sistema de seguridad social en salud el cual se implementó mediante la ley 100 de 1993 se ha desarrollado un esquema de trabajo basado en la necesidad de trabajar en la calidad de la prestación de los servicios de salud que se estableció en el sistema general de seguridad en salud mediante la ley 1122 de 2007 el cual establece la prestación de servicios con calidad, reglamenta posteriormente el control y mejoramiento en todos sus componentes y niveles a través del (SOGCS), o sistema obligatorio de garantía en la calidad en salud, este se creó estratégicamente y por disposición de mejorar y mantener todos los servicios de salud que se presten en nuestro territorio, para sostener esta estrategia se creó el decreto 1011 del 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, este decreto tiene cuatro principales componentes: 1.Habilitación, 2. Sistema único de acreditación, 3.Sistema de información para la calidad, 4. Auditoria para el mejoramiento de la calidad. Estos cuatro componentes tiene un campo de aplicación dirigido a entidades territoriales, prestadores de servicios de salud, y las entidades administradoras de planes de beneficios EAPB, este decreto reglamenta un modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud el cual se requiere que sea implantado en todas las entidades prestadora de los servicios de salud, este decreto obliga a todas estas instituciones a adoptar los indicadores y todos los estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad que ellas mismas esperan en los procesos de atención de sus usuarios, generando acciones que permitan ser preventivas de seguimiento y coyunturales en la evaluación (6–8).

De acuerdo con toda esta normatividad se hace la necesidad de que todos los actores prestadores de servicios de salud deben contar con un programa de auditoria de sus servicios y de atención a sus clientes o usuarios, es por eso que se debe tomar como guía base el decreto 1011 del 2006 lo cual implica que se debe adoptar un sistema de desarrollado de evaluación y seguimiento a todos sus procesos y procedimientos que se observa dentro de la institución prestadora de servicios de salud, haciendo un paralelo entre la calidad observada frente a la calidad esperada y trazar ese objetivo de mejorar la calidad de todos los servicios,

es por eso que hemos definido que la herramienta ideal para operativizarlo es precisamente el PAMEC, lo cual implica la obtención de todos los resultados centrados en el cliente, y de manera coherente este mismo tiene la capacidad de identificar y analizar los problemas de calidad y definiendo todas las áreas críticas que se detectan en él y así proponer acciones de mejoras en el (8).

Mediante la resolución 3100 del 2019 se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicio de salud y se adoptan el manual de inscripción de prestadores de habilitación de los servicios de salud, donde su objeto principal es definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicio de salud y de habilitación, contemplándolo en el manual que establece las competencias, adicional a esto es un instrumento que contiene las condiciones, estándares y criterios mínimos requeridos para ofertar y prestar servicios de salud en todo el territorio nacional, estandarizando los requisitos de autoevaluación, el cual deben hacerse de manera previa a la inscripción inicial y por ultimo antes del vencimiento de la renovación (9).

La prestación de los servicios de salud con lleva no solo a cumplir todo el esquema normativo de la legislación colombiana en relación con la prestación del servicio de salud, es por eso que las entidades de inspección, vigilancia y control, velan para que estas se cumplan y se brinden una excelente prestación de los servicios de salud enfocado a la atención a los usuarios y su familia, la misma normatividad exige que sean instituciones prestadoras de servicios de salud con alta calidad en su atención y que estas mismas aporten en gran manera un toque de competitividad (5,10).

La regulación 5095 del 2018, establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, donde se establece el manual de acreditación en salud ambulatoria y hospitalario en Colombia, obligando a las IPS que se encuentren inscritas en el registro único de acreditación en salud a evaluar sus niveles de atención que deseen alcanzar en su proceso de acreditación en marco del sistema único de acreditación del sistema obligarlo de la garantía de calidad en salud (11).

Debido a que la IPS LABORALMED no cuenta con un Programa de Mejoramiento para la Calidad- PAMEC, se hace de vital importancia la elaboración e implementación de este programa, estableciendo así, el mejoramiento con su respectivo objetivo claro y fácil de aplicar, los diversos indicadores y resultados esperados en relación a su mejoramiento y posicionarlo bajo altos estándares de calidad en la prestación de sus servicios, que contará con la participación y liderazgo de los directivos y administradores de la institución, con el fin de tener un plan específico de mejora para obtener un prestación con altos estándares de calidad y eficiencia y les permita posicionarse como una de las mejores instituciones salud de servicio especializado en salud ocupacional (12). Adicional, a esto hay un agravante, y es que el hecho de no cumplir con este requisito puede llevar a la terminación de contratos celebrados con las EAPB, cierre y suspensión de sus servicios por parte de las entidades que ejercen vigilancia y control de las instituciones prestadoras de servicios de salud (9,11).

2 Justificación

Con el fin implementar una herramienta para el desarrollo y el seguimiento del programa de auditoria mediante la aplicación de la normatividad que establece el sistema general de seguridad social en salud(SGSSS), la ley 100 de 1993 ha desarrollado un esquema de trabajo basado en la necesidad de la prestación de los servicios de salud que se estableció en el sistema general de seguridad en salud mediante la ley 1122 de 2007 el cual establece la prestación de servicios con calidad, reglamenta posteriormente el control y mejoramiento en todos sus componentes y niveles a través del (SOGCS), o sistema obligatorio de garantía en la calidad en salud, este se creó estratégicamente y por disposición de mejorar y mantener todos los servicios de salud que se presten en nuestro territorio, para sostener esta estrategia se creó el decreto 1011 del 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, este decreto tiene cuatro principales componentes los cuales son: 1.Habilitación, 2. Sistema único de acreditación, 3.Sistema de información para la calidad, 4. Auditoria para el mejoramiento de la calidad (6–8).

La aplicación de todas estas normatividades enfocadas a evidenciar los procesos críticos y saber cómo afecta la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios especializados recibidos para la satisfacción de sus necesidades y expectativas, razón por la cual se incorpora la necesidad de contar con modelos que permitan un mejoramiento teórico practico, sistemático de una IPS y convertirlo en un instrumento de evaluación permanente y monitorización constante de los procesos que presenten mayores debilidades en la atención de los usuarios.

Se considera importante la implementación de un modelo que pueda replicarse, teniendo en cuenta los componentes normativos de estos planes, ya que son de obligación para todas las entidades de salud que prestan su servicio en todo el territorio colombiano, es por eso que la auditoria en salud si es bien implementada permite mejorar y avanzar en el logro de la calidad esperada ajustando en ellos toda la reglamentación vigente expedida por el ministerio de salud y protección social y las entidad encargadas de ejercer inspección , vigilancia y control, por eso, todos los procesos requieren de una revisión y seguimiento constante que permita cumplir y así convertirlos en un importante aporte para la gestión de calidad en las IPS especializadas en salud ocupacional, todas las IPS requieren de una serie de elementos necesarios que permitan que todos sus actores estén capacitados , sino también de pertenencia de la institución y comprometerlos a ser gestores de este programa de mejoramiento.

Partiendo de lo anterior se pretende que surja un acuerdo y una necesidad de realización de este trabajo de grado como proyecto de intervención en el cual la IPS LABORALMED S.A.S, impelente acciones en conjunto que permitan elaborar un diagnóstico con el fin de establecer indicadores, planes de mejora, planes de seguimiento a los procesos institucionales, que conlleven al mejoramiento de sus

servicios, satisfacción de las necesidades del cliente interno y externo y así brindar una atención humanizada de la seguridad en la atención del paciente, esto conlleva al fortalecimiento y madurez de la IPS, cumpliendo con todos los parámetros normativas vigentes

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Establecer una propuesta de fortalecimiento del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad PAMEC en la IPS LABORALMED, Medellín 2021.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar y describir los pasos para el desarrollo y la implementación del PAMEC de acuerdo a la normatividad vigente.
- ✓ Instaurar y proponer herramientas metodológicas a seguir en para desarrollar el PAMEC en la IPS.
- ✓ Formular un plan de mejoramiento de acuerdo a los hallazgos encontrados en la identificación e implementación del PAMEC.

4 Marco teórico

4.1 Marco institucional

LABORALMED SAS. se encuentra ubicado en el departamento de Antioquia en la ciudad de Medellín, ubicados en la zona centro donde ofrecen sus servicios en salud ocupacional y es de fácil ubicación, es una empresa prestadora de servicios de salud que en su portafolio ofrece servicio médico de seguridad y salud en el trabajo, de baja complejidad ambulatoria presta servicios tales como (12):

- ✓ Examen médico ocupacionales
- ✓ Optometría
- ✓ Fonoaudiología
- ✓ Espirometría
- ✓ Consulta externa de medicina general

En la actualidad existen 1 sede; que se encuentra ubicada en el municipio de Medellín y que presenta todos los servicios mencionados anteriormente, en la IPS tiene un talento humano de 7 personas (gerente, auxiliar administrativo y mercadeo, auxiliar de enfermería, medica especialista en salud ocupacional, optómetra y fonoaudióloga, con un horario de trabajo de 7am a 12m y de 2pm a 6pm de lunes a viernes, los sábados de 8am a 12m.

4.2 Portafolio de servicios

LABORALMED IPS, es una entidad especializada en la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo. Cuenta con un equipo de profesionales multidisciplinario idóneo de alta calidad y trayectoria para satisfacer las necesidades y requerimiento, brindando una atención humanizada e integral en la prestación de todos nuestros servicios, como son exámenes médicos ocupacionales: ingreso, retiro, altura, periódico, manipulación de alimentos, examen visual, audiometría, espirometría, implementación del SG-SST y asesorías y capacitaciones (12).



Figura 1. Portafolio de servicios.

4.3 Planeación estratégica

4.3.1 Misión

Brindar un servicio médico especializado en seguridad y salud en el trabajo, cumpliendo todos los estándares de calidad en la prestación de servicios con enfoque humano, técnico y científico, que permita satisfacer todas las necesidades de nuestros usuarios.

4.3.2 Visión

En el 2030, ser una empresa líder en la prestación del servicio especializados en seguridad y salud en el trabajo, reconocida en todo el territorio nacional, brindándole un enfoque óptimo y de calidad a nuestros usuarios en la prevención y diagnóstico de enfermedad laborales, ofreciendo seguimientos permanentes y profesional, que permitan contribuir al bienestar integral de nuestros usuarios.

4.3.3 Objetivos institucionales

- ✓ Convertirse en una de las IPS líderes en salud ocupacional de la ciudad de Medellín.
- ✓ Incrementar el personal fijo contratado y ampliar las coordinaciones existentes a nivel regional
- ✓ Diseñar una estructura empresarial novedosa que permita la expansión de la empresa.

4.3.4 Valores corporativos

- ✓ Honestidad.
- ✓ Eficiencia.
- ✓ Mejoramiento continuo.
- ✓ Privacidad.
- ✓ Confidencialidad.

4.3.5 Política de calidad

LABORALMED SAS, Empresa dedicada a la prestación de Servicios especializado en medicina para el trabajo, se compromete a brindar un servicio oportuno, continuo, eficiente pertinente y un trabajo con calidad, estructurando y ejecutando estrategias orientadas al mejoramiento continuo mediante la selección del personal idóneo y con alto perfil para el desempeño de sus competencias, soporte tecnológico y científico e infraestructura adecuada. Está comprometida con la prestación de servicios con excelencia el ánimo de satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

LABORALMED SAS, especialista en salud ocupacional considera que, para el logro de los objetivos corporativos, el trabajo en equipo es una herramienta fundamental que busca satisfacer al usuario, logrando una interrelación entre las diferentes áreas interdisciplinarias que nos permiten brindar los servicios ofrecidos con los más altos estándares de calidad (12). Ver figura 2.

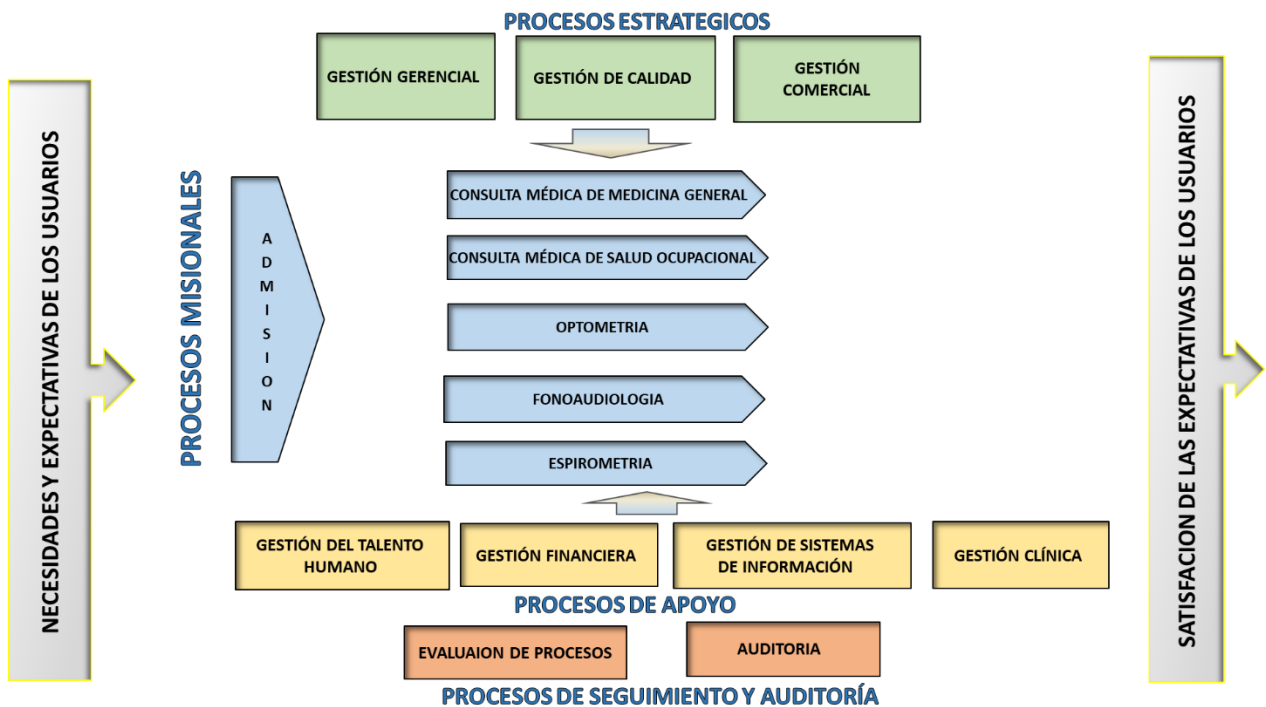


Figura 2. Mapa de procesos.

4.4 Marco conceptual (8,13,14)

4.4.1 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

4.4.2 Auditoría Interna: Es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita.

4.4.3 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.

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

4.4.5 Ciclo PHVA: Es una herramienta que ayuda a fortalecer la relación Sistema de Auditoría y los procesos de una institución con un resultado de mejora continua. Por medio de este ciclo se monitorean y corrigen los procesos de planeación para mejoras de una manera efectiva y permanente en la que se planea, se toman acciones, se verifican si los resultados obtenidos son los esperados, se actúa sobre dichos resultados corrigiendo las desviaciones del estándar, se aprende y se reinicia el proceso; tal es el caso del PAMEC.

4.4.5.1 Planear: Allí se definen las metas y los métodos para alcanzarlas.

4.4.5.2 Hacer: Ejecutar las tareas y recoger los datos, después de haber realizado un proceso de formación, educación y entrenamiento.

4.4.5.3 Verificar: Es la evaluación de los resultados de las tareas ejecutadas, identificación de los problemas que originan el no-cumplimiento de las tareas.

4.4.5.4 Actuar: Consiste en tomar medidas correctivas para lograr el cumplimiento de las metas.

4.4.6 Criterios de Auditoría: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos. Los criterios de auditoría se utilizan como una referencia frente a la cual se compara la evidencia de la auditoría.

4.4.7 Estándar: Expresiones desarrolladas profesionalmente de los rangos de variaciones aceptables de una norma o criterio. Nivel alcanzable y deseable del desempeño contra el cual puede ser comparado el desempeño actual. Hay diferentes tipos de estándares de acuerdo hacia donde estén dirigidos, ya sea, hacia la estructura, el proceso o el resultado.

4.4.8 Estandarización: Actividad mediante la cual se implanta un proceso controlado con sistemas de medición que permite que el proceso se repita de manera similar independientemente de las personas que lo operan, con el fin de garantizar un desempeño esperado.

4.4.9 Evidencia de la Auditoría: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinente para los criterios de auditoría y que son

verificables. Está basada en muestras de la información disponible.

4.4.10 Fortalezas: Son mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios que se constituyen en factores potenciales de éxito ante el entorno.

4.4.11 Gestión de la Calidad: Conjunto de acciones sistematizadas y continuas dirigidas a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones de riesgos para los pacientes o usuarios, a través de monitoria, evaluación, diseño, desarrollo y cambio organizacional.

4.4.12 Hallazgos de la Auditoria: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoria recopilada frente a los criterios de auditoría.

4.4.13 Indicadores: Se refiere a la información numérica que cuantifica (mide) las dimensiones de entrada, salida y de desempeño de procesos, productos y servicios de la organización como un todo.

4.4.14 Indicador de Calidad: Permite asegurar que los productos y servicios alcancen los estándares de calidad previamente definidos.

4.4.15 Mejora de la Calidad: Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos.

4.4.16 Mejora Continua: Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

4.4.17 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.

4.4.18 Oportunidades de Mejoramiento: Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados.

4.4.19 Plan de Auditoria: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoria.

4.4.20 Programa de Auditoria: Conjunto de una o más auditorias planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

4.4.21 Proceso: Un proceso se define como un conjunto de actividades enlazadas entre sí, que partiendo de una o más entradas las transforman, generando un resultado, un producto o un servicio para satisfacer una necesidad.

4.4.22 PAMEC: Se define como un documento importante para la institución ya que tiene implicaciones de mejoramiento continuo de los procesos directamente relacionados con la atención del usuario.

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

4.4.24 Sistema Único de Habilitación: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

4.4.25 Sistema Único de Acreditación: Acreditación es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que decidan acogerse a este proceso. Es realizado por personas idóneas, entrenadas para tal fin y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizadas para dicha función.

4.4.26 Sistema de información para la calidad: El Ministerio de la Protección Social diseñó e implementó un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita 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 y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.5 Marco legal

- 4.5.1 Ley 10 de 1990.** Por la cual se reorganiza el sistema nacional de salud y se dictan otras disposiciones. La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y las personas privados autorizados, para efecto, en los términos que establece la presente ley. La asistencia pública en salud, como función del estado, se prestará en los términos del artículo 19 de la constitución política, directamente por las entidades públicas o a través de las personas privadas, conforme a las disposiciones previstas en esta ley (15).
- 4.5.2 Ley 100 de 1993.** Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Es la ley marco del actual sistema de seguridad social, la cual contempla: principios: eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad y participación comunitaria, garantiza las prestaciones económicas de salud y ampliación de coberturas para toda la población. “Es facultad del gobierno nacional expedir normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de la garantía de la calidad de la atención en salud, incluyendo la auditoria médica de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud. La información producida será de conocimiento público” (6).
- 4.5.3 Ley 715 de 2001.** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros (16).
- 4.5.4 Ley 872 de 2003.** Mediante la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de las entidades y agentes obligados, entre las cuales están las entidades que conforman el Sistema de Seguridad Social Integral de acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993 (17).
- 4.5.5 Ley 1122 de 2007.** La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.(7).

4.5.6 Ley 1438 de 2011. Modifica el SGSSS (18). Tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

4.5.7 Decreto 780 de 2016 (14), Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único.

4.5.8 Decreto 1011 de 2006. Por lo cual se establece el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Específicamente en lo que tiene que ver con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) Artículos 3, 32, 35 y 39, Sistema Único de Acreditación Artículo 41, Sistema de Información para la Calidad Artículos 45,46,47, 48, Inspección, Vigilancia y Control Artículos 50,51 y 52 (8).

4.5.9 Decreto 4295 de 2007 (19). Fija como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollen y modifiquen. En el párrafo del artículo 1° del prescribe que el Ministerio de la Protección Social expedirá las guías aplicativas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y ajustará las normas técnicas en el marco de la Ley 872 de 2003.

4.5.10 Decreto 4747 de 2007. Por el medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud a su cargo, y se dictan otras disposiciones (20).

4.5.11 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 (21).

4.5.12 Resolución 486 de 2003. Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 001439 de 2002 y 486 de 2003 y se ajustan algunos estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (22).

4.5.13 Resolución 3100 de 2019 (9). Por lo cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de Servicios de Salud para Habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

4.5.14 Resolución 1445 de 2006 (23). Por el cual se definen las funciones de la entidad acreditadora. Anexo Técnico establece el Manual de Estándares para EAPB e IPS.

4.5.15 Resolución 1446 de 2006 (24). Por la cual se define el sistema de información para calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención. Anexo Técnico establece tablero de indicadores de obligatorio reporte.

4.5.16 Resolución 2181 de 2008. Por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Carácter Público obligadas a cumplir con la Ley 872 de 2003 (25).

4.5.17 Resolución 3960 de 2008. Por la cual se modifica la Resolución 1445 de 2006 y sus anexos técnicos y adiciona el manual de estándares de Acreditación para las Direcciones Territoriales (26).

4.5.18 Resolución 5095 de 2018. Por la cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1 (11).

4.5.19 Resolución 0256 de 2015 (13). Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.

5 Metodología

La propuesta metodológica que se selecciona para el Desarrollo del PAMEC en la IPS LABORAL MED S.A.S, se encuentra enmarcada en el sistema de gestión de calidad y garantía de la calidad, definida mediante el decreto ley 1011 de 2006, se tendrá en cuenta para la elaboración todas la pautas de auditorías para el mejoramiento de la calidad de atención en salud y todas las guías básicas para la implementación de las modelos para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud que establece el ministerio de salud y protección social y las normas que está vigente a la fecha, las cuales tienen como fin proporcionar una series de herramientas que son necesarias para lograr la implementación del PAMEC.

Por medio de esta ejecución se pretende llegar a conocer las situaciones y acciones predominante en la IPS dándole una descripción exacta de todas las actividades y proceso que se desarrollan en esta institución, y que se logre la recolección de datos.

El presente proyecto metodológico que tiene como fin la implementación del PAMEC para el mejoramiento en la atención en la prestación de los servicios de salud se desarrollará un cronograma de actividades proyectado y aprobado para tal fin.

5.1 Técnicas

Se utilizarán formatos de medición de todos los estándares a evaluar previamente establecido en la planificación, ejecución y valuación en la institución LABORALMED S.A.S.

5.1.1 *Recolección y procedimiento de la información.* Se pretende diseñar un formato que nos permita recoger toda la información a analizar y a procesar. Entre ellas está la encuesta de satisfacción de los usuarios, autoevaluación de los estándares de acreditación.

5.1.2 *Ruta crítica.* Para la implementación del PAMEC en LABORALMED se pretende dar seguimiento con la siguiente ruta crítica que se detalla en la figura 3:

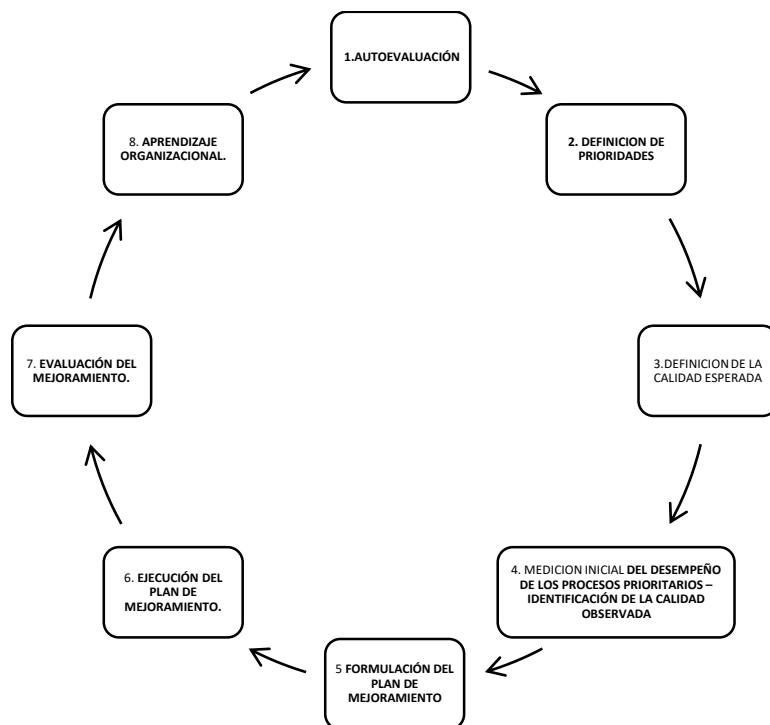


Figura 3. Pasos de la ruta crítica.

5.1.2.1 Primer paso:

Autoevaluación: realizar la autoevaluación, es decir, un diagnóstico básico, para identificar problemas o fallas de calidad que afectan a la IPS LABORALMED, según lo que se establece en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, la autoevaluación se realizarse tomando como base:

1. Los estándares definidos por el Sistema Único de Acreditación (Resolución 5095 de 2018).
2. Indicadores para el monitoreo del sistema y lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores. (resolución 0256 de 2016).
3. Política de Seguridad del Paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
4. Indicadores de seguimiento a riesgos del estándar del Sistema Único de Habilitación (Resolución 3100 de 2019): Seguimiento a riesgos en la prestación de los servicios.

Con el resultado de la autoevaluación se identificarán los procesos a mejorar, generando un listado de procesos que sea factibles de intervenir y que

pueden a corto, mediano o largo plazo ser objeto de la o las auditorías operativas emplear.

5.1.2.2 Segundo paso: Definición de prioridades.

Se establecerán prioridades en la IPS que determinarán todos los resultados teniendo en cuenta su limitación de sus recursos y que el mejoramiento continuo requiere un proceso de aprendizaje individual y colectivo, de trabajo en equipo y la generación de confianza en los participantes de LABORALMED.

La priorización busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes tenga como consecuencia un mayor beneficio, generando un espacio de conocimiento, discusión y participación para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, el nivel Directivo, los responsables del mismo y quienes tienen a su cargo la función de auditoría interna se convierten en los responsables de definir el nivel de calidad esperada.

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.

La matriz de priorización que se pretende utilizar para planear y para evaluar el desempeño de los procesos, dado que este es el resultado de la autoevaluación, identificando los procesos que mejorando a corto plazo tiene mayor impacto en el mejoramiento institucional (ver tabla 1).

Tabla 1. Matriz de priorización.

Criterios de priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
* 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.	* 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.	* Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios externos o el impacto es leve.

Criterios de priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
* 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.	* Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	* 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.
* 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.	* Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	* 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.

5.1.2.3 Tercer paso: Definición de la calidad esperada.

Definir la calidad esperada significa establecer la forma como la Institución quiere que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo que finalmente tiene como propósito el seguimiento constante al logro de los resultados esperados.

Para cada práctica, se plantean acciones de intervención para cumplir con el enfoque, la implementación y los resultados que respondan al mismo, se definen indicadores que permitan ver cómo la Institución avanza de manera firme hacia el logro del objetivo de la práctica segura, dentro de estos indicadores se establecen las metas que se convierten en los referentes a alcanzar (Calidad esperada).

Definir los indicadores significa planear la calidad en forma cuantitativa. 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, ya que permiten monitorear y hacer seguimiento a los resultados del plan de mejoramiento establecido.

Los indicadores deben estar técnicamente definidos, lo que significa contar con una ficha técnica que permita homologar en la organización la forma de obtener la información y la manera de medir los resultados esperados.

De la misma manera se deben diseñar los instrumentos que permitan la recolección de los datos de manera sistemática y estandarizada.

Tabla 2. Información de indicadores según las prácticas priorizadas.

Práctica priorizada	Tipo de indicador	Calidad esperada	Nombre del indicador propuesto	Cómo medir (indicador fuente)
Objetivo de la Práctica segura priorizada	E P R			

5.1.2.4 Cuarto paso: Medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios - identificación de la calidad observada.

En este paso de la ruta crítica, se establecen mecanismos que permiten a la Institución la medición del desempeño actual de sus procesos, de tal manera que se pueda identificar la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada; para ello la Institución hace uso de los siguientes mecanismos:

- Auditorias
- Comités
- Mediciones de adherencia

La aplicación de estos mecanismos permite a la Institución tener una idea clara de los resultados actuales de las oportunidades de mejoramiento identificadas y además permite establecer una línea base para el seguimiento de la tendencia de mejora durante la implementación del ciclo.

5.1.2.5 Quinto paso: Formulación del plan de mejoramiento.

Con los resultados generados en las etapas anteriores, los responsables de los procesos y los equipos de auditoría contarán con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan solucionar las fallas de calidad detectadas. La formulación del plan de mejoramiento deberá responder a la detección de las causas fundamentales de los principales problemas de calidad detectados (procesos prioritarios), para lo cual se aplicarán las herramientas que permitan neutralizar y bloquear lo que no permite lograr los resultados deseados.

Elaborar un plan de acción muy detallado, capaz de bloquear las causas y solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además unos indicadores para monitorear y evaluar posteriormente los resultados.

Constituye la elaboración del ciclo WH con el fin de orientar al cumplimiento de altos estándares de calidad y diseñar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención.

- QUÉ: Actividades a realizar.
- QUIÉN: Responsable de la ejecución.
- CUANDO: Fecha de terminación de la actividad.
- DÓNDE: Lugar donde se realiza la actividad.
- CÓMO: Indica las pautas para la realización de la actividad.
- POR QUÉ: Determina el propósito de la actividad.
- FECHA DE SEGUIMIENTO: Definición del momento de control en el tiempo.

5.1.2.6 Sexto paso: ejecución del plan de mejoramiento. Una vez elaborado el plan de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en él. Donde se requiere el apoyo de los niveles directivos de la IPS para que en forma explícita y deliberada se generen espacios para hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de acción y de los resultados obtenidos en el mejoramiento a través de los indicadores definidos con este fin.

5.1.2.7 Séptimo paso: evaluación del mejoramiento. Como elemento del seguimiento es importante evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo efectivas, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos. Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados.

5.1.2.8 Octavo paso: aprendizaje organizacional. El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, elabora 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.

5.1.3 Estandarización de procesos:

La metodología que se utilizara para estandarizar los procesos prioritarios una vez logrado los resultados esperados, los pasos que pueden ser utilizados:

- ✓ Definir como estrategia la estandarización.
- ✓ Establecer el clima necesario para comenzar el proceso de estandarización.
- ✓ Tener claro el propósito de la estandarización.
- ✓ Capacitar a las personas en los métodos y formatos estándares aprobados por la institución para ser utilizados en la estandarización.

- ✓ Fomentar que los miembros de la institución trabajen de acuerdo con los estándares, para lo cual es útil realizar verificaciones.

Una vez se identifique los procesos prioritarios, se puede proceder a elaborarlos, siguiendo las siguientes pautas:

- ✓ Describir paso a paso el proceso.
- ✓ Identificar las tareas que agregan valor y las que no.
- ✓ Realizar diagrama del proceso.
- ✓ Establecer mecanismos para la documentación y para el almacenamiento de los estándares.
- ✓ Diseñar mecanismos por los cuales se pueda implementar y generar un aprendizaje organizacional a partir de las mejoras alcanzadas en los procesos prioritarios.
- ✓ Retroalimentación de los resultados.
- ✓ Estandarización y ajuste de procesos.
- ✓ Divulgación de experiencias exitosas.
- ✓ Capacitación y reentrenamiento

Esta propuesta metodológica se encuentra basada en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia octubre 2011, versión 003 Dirección General de Calidad de Servicios Unidad Sectorial de Normalización en Salud, se realiza actualización en noviembre 2018 e inicia a registrar e implementar versión 3.1 bajo la resolución 5095, se realiza una evaluación basada en la observación y verificación de procesos, actividades y documentación, esta evaluación cualitativa y cuantitativa se lleva a cabo a través de la hoja radar basada en los estándares de acreditación, desarrollado mediante la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), se realizó priorización según evaluación de riesgo, costo y volumen en la matriz de priorización para su intervención y generando planes de mejoramiento mediante la implementación de la matriz de formulación y análisis de planes de mejora; que permiten realizar avances de brechas encontradas entre calidad observada y calidad esperada en la prestación de los servicios de LABORALMED.

Luego de la implementación del cronograma se procede a realizar una reunión con la directiva de la IPS LABORALMED encabezado por el representante legal WANDNER ANDRES MOSQUERA GOMEZ y el personal administrativo vinculado a la fecha con el fin de dar a conocer resultados de la implementación de los instrumentos y resultados del primer ciclo de autoevaluación del PAMEC.

5.1.4 Autoevaluación.

En la aplicación del proceso de autoevaluación en la IPS LABORALMED se aplicaron los diferentes formatos establecidos dentro del marco normativo legal el cual permitió analizar los estándares de acuerdo a su orden y priorización, realizando un promedio de cada una de las evaluaciones de los estándares de

acreditación, donde se puede observar la necesidad de intervención en todos los ámbitos de la institución, estos resultados fueron socializados en reunión con la gerente de la IPS LABORALMED quien realizó una escogencia de ciertos estándares para intervenir en primera instancia y continuar con el proceso de mejora en la prestación de servicios de salud en su institución (ver tablas 3 y 4).

Según el análisis de los 8 estándares resumidos en la tabla anterior se puede evidenciar que el rango del estándar más alto es de 2,9 y el más bajo es de 1,6 lo que pone a la IPS LABORALMED en estado insuficiencia-crítica lo que requiere intervención de todo el grupo de estándares (tabla 3).

Tabla 3. Matriz de autoevaluación.

ESTANDARES	TOTAL ENFOQUE	TOTAL IMPLEMENTACION	TOTAL RESULTADOS	TOTAL ESTANDAR
Grupo de estándares asistenciales	1,5	2,3	2,3	2,8
Grupo de estándares de direccionamiento	2,9	2,7	2,7	2,8
Grupo de estándares de gerencia	2,6	2,6	2,6	2,6
Estándares de gerencia del talento humano	2,4	2,4	2,3	2,4
Grupo de estándares de ambiente físico	3,0	2,9	2,9	2,9
Grupo de estándares de gestión de la tecnología	2,5	2,0	2,1	2,1
Grupo de estándares de gestión de la información	2,6	2,4	2,2	2,4
Grupo de estándares de mejoramiento	1,6	1,5	1,5	1,6

Tabla 4. Criterios de calificación.

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN
Rango 1.0 – 1.9: Insuficiencia Crítica
Rango 2.0 – 2.9: Insuficiente
Rango 3.0 – 3.9: Adecuado
Rango 4.0 – 5.0: Satisfactorio

5.1.5 Análisis de resultados de la autoevaluación

Durante el desarrollo y aplicación del Primer Ciclo de Autoevaluación del PAMEC en la IPS LABORALMED se obtuvo mediante la aplicación de la matriz la priorización de 17 estándares del Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia, estos estándares son: (11,21,24,32,33,81,82,83,120,125,131,133,141,143,144,156,158).

Así como el planteamiento de planes de mejoramiento de todos los estándares anterior mencionados, luego de realizar el análisis de los 17 estándares prioritarios se procedió a realizar una reunión con el gerente de la institución quien decidió realizar intervención inmediata sobre 17 estándares como prioridad de desarrollo y aplicación para la institución.

También se realizó el análisis de los estándares que no aplican en la autoevaluación de la IPS LABORALMED debido a la prestación de servicios de baja complejidad, estos estándares fueron:

(18,21,22,23,25,26,27,28,29,30,31,34,36,37,38,39,40,41,42,49,50,52,56,57,87,102,113,117,118,119,127,130,140).

5.1.5.1 Selección de los estándares a priorizar

Autoevaluación del estándar asistencial

Estándar	Oportunidad de mejora
Estándar Código: (AsAC3)	11. Documentar y estandarizar el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso. socializar a todo el personal, evaluando periódicamente el grado de conocimiento y aplicación.
Estándar Código: (AsEV2)	21. Documentar e implementar el programa de promoción y prevención de acuerdo los servicios prestados de medicina general y salud ocupacional.
Estándar Código: (AsPL2)	24. Documentar el proceso de cómo se debe de planear de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente.
Estándar Código: (AsPL10)	32. 1.Revisar, actualizar y socializar el procedimiento de consentimiento informado con todos los funcionarios de la institución. 2. Definir políticas y criterios claros en caso de negativa del consentimiento informado por parte del usuario,

3. vigilar que a todos los pacientes que ingresen a la IPS se les entreguen y diligencien el consentimiento informado

Estándar 33. Código: (AsPL11) 1.Documentar y estandarizar el protocolo y la política de atención humanizada.

2.Establecer mecanismos estandarizados y conocidos por todo el personal para garantizar una adecuada y agradable atención al paciente.

3.Documentar una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la IPS no será divulgada sin su consentimiento

Autoevaluación del estándar de direccionamiento

Estándar 81. Código: (DIR.6) Diseñar la política de prestación de servicios de salud de promoción y prevención dirigido a usuarios, familiares y colaboradores

Estándar 82. Código: (DIR7) Documentar un proceso de garantía y viabilidad financiera que incluya la asignación de recursos.

Estándar 83. Código: (DIR8) Diseñar un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, con base en procesos de evaluación de la calidad.

Autoevaluación del estándar de gerencia del recurso humano

Estándar 120. Código: (THMCC1) Realizar y documentar un procedimiento para la implementación de un plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad, el cual evalúa la implementación de los estándares del sistema único de acreditación en salud, relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos

de atención y por los clientes externos e internos de la institución

Autoevaluación del estándar de gerencia del ambiente físico

Estándar 125. Código: (GAF5) Evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta, documentar y socializar el plan de emergencias y desastres internos y externo y evaluar la capacidad de respuesta.

Estándar 131. Código: (GAFMCC1) 1.Implementar las acciones de mejora como es la implementación y ejecución del PAMEC
2. Realizar seguimiento por la alta dirección a los resultados del mejoramiento continuo, verificando especialmente el cierre de ciclos y la estandarización de las acciones eficaces de manera que se asegure la calidad de los procesos.

Autoevaluación del estándar de gerencia de la información

Estándar 143. Código: (GI2) Documentar una política para el sistema de información en la cual se define el Manejo confiable, seguro y oportuno de la información que permita una acertada toma de decisiones en todos los niveles de la organización.

Estándar 155. Código: (GIMCC1) documentar un procedimiento para la implementación de un plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad, el cual evalúa la implementación de los estándares del sistema único de acreditación en salud, el cual se encuentra enmarcado en la ruta crítica del PAMEC.

Autoevaluación del estándar de gestión de la tecnología

- Estándar 141. Código: (GTMCC1)** Documentar un procedimiento para la implementación de un plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad, el cual evalúa la implementación de los estándares del sistema único de acreditación en salud, el cual se encuentra enmarcado en la ruta crítica del PAMEC.

Autoevaluación del estándar de mejoramiento

- Estándar 156. Código: (MCC1)**
1. Documentar el proceso de planeación del mejoramiento continuo
 2. Implementar en la evaluación el impacto de las acciones sobre el usuario y su familia con base en indicadores como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros, estableciendo la forma de comunicarles estos resultados.
- Estándar 156. Código: (MCC2)**
1. Implementar planes de mejoramiento por proceso integrales que incluyan todas las oportunidades detectadas por todas las fuentes, realizándole seguimientos periódicos de acuerdo al instructivo diseñado, evidenciando el cumplimiento y la eficacia de las acciones.
- Estándar 158. Código: (MCC3):**
1. Estandarizar en todos los procesos el modelo de mejoramiento continuo para la identificación, análisis, toma de acciones, seguimientos y verificación de la eficacia de las acciones de forma sistemática y amplia.

5.1.5.2 *Definición de calidad esperada*

La IPS LABORALMED define que su calidad esperada es el aumento en la calificación de cada una de las variables propuestas en el Enfoque, Implementación y Resultado (Hoja radar) con base en la auto evaluación realizada para el grupo de estándares, todo ello, en cumplimiento de los estándares de Acreditación. Con ésta calidad esperada se asegura que toda su mejora se oriente al logro de la Acreditación. Esto implica definir criterios a través de los cuales se medirá el desempeño de los procesos críticos para garantizar la presentación de los servicios.

Los indicadores que se plantean permiten evaluar como la organización LABORALMED va avanza de manera firme hacia el logro del objetivo del estándar, dentro de estos indicadores se establecen las metas que se convierten en referentes a alcanzar (calidad esperada).

Según la metodología desarrollada se estableció criterios normativos a los 17 estándares priorizados en la autoevaluación donde se le estableció a cada indicador si pertenece al grupo de estructura, proceso y resultado. Donde se encontraron 11 indicadores de procesos y 6 indicadores de resultado, no se encontraron indicadores de estructura a cada uno de esto se le estableció su nombre de indicador estableciéndole acá uno de estos numerador y denominador (ver anexo 1).

5.1.5.3 *Medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios – identificación de la calidad observada.*

Como herramientas para la evaluación y medición inicial del desempeño de los procesos priorizados, en LABORALMED IPS, se utilizará las herramientas de medición del desempeño de los procesos y los resultados de la autoevaluación.

La medición inicial de los estándares priorizados, permite obtener la calidad observada, y así poder identificar la brecha existente entre lo esperado y lo observado.

Para la medición del desempeño de los procesos se hace seguimiento a los indicadores establecidos en la institución de los estándares priorizados especificando al grupo de proceso y resultado que pertenece, además a cada indicador se le puso un nombre y porcentaje de la calidad esperada.

5.1.5.4 *Formulación del plan de mejoramiento.*

El plan de mejoramiento continuo de la calidad consiste en la definición de acciones relacionada con las oportunidades de mejora identificadas y priorizadas, de tal forma

que se implementen los estándares del Sistema Único de Acreditación hasta la obtención de los resultados favorables para el usuario y la institución (anexo 2).

5.1.5.5 Ejecución del plan de mejoramiento.

En esta fase se desarrolla el diseño de las estrategias específicas, la divulgación, capacitación y entrenamiento planteados en el plan de mejoramiento, cada líder de proceso seleccionara la forma de cómo va a realizar la divulgación de acuerdo a las características de la institución y el equipo de trabajo y los recursos económicos que tenga disponible la empresa, además realizar seguimiento a la implementación con el fin de evaluar si las estrategias planteadas en el plan están siendo efectivas o requieren un ajuste.

Para la ejecución del plan de mejoramiento la Gerencia y todo el talento humano de LABORALMED IPS realizaran las actividades establecidas para minimizar la brecha encontrada en la autoevaluación y formuladas en los planes de mejoramiento con enfoque a la acreditación.

Con base en las oportunidades de mejoramiento priorizadas por LABORALMED IPS y con lo definido en los estándares de Mejoramiento de la calidad del Sistema Único de Acreditación, se implementarán los planes de mejoramiento para cada grupo de estándares, establecidos en la formulación del plan de mejora.

5.1.5.6 Evaluación del mejoramiento.

En el desarrollo del plan de mejoramiento cada uno de los estándares priorizados posee diferente mecanismo para su respectiva evaluación y mejoramiento.

Para el seguimiento de cada de los estándares priorizados se debe hacer seguimiento a los indicadores elegidos por la institución, incluyendo técnicas de auditoria de los procesos a desarrollar por el equipo encargado de cada uno de estas estableciendo mecanismo de medición periódica a mediano plazo y realizando cierre de ciclos.

En esta fase también se incluyen todas las técnicas de auditoria de procesos desarrollada por el equipo de calidad en el procedimiento de auditorías internas.

La actividad a desarrollar una vez identificada una oportunidad de mejora es:
- Seguimiento de oportunidades de Mejora: Periódicamente el equipo de calidad realiza seguimiento a los planes de mejoramiento por proceso y las oportunidades de mejora registradas en el plan de mejora, el equipo de calidad debe hacer cierre de dichas oportunidades de mejora, si se da el caso que aún no se observa mejora se puede hacer reporte de la misma nuevamente con el fin de iniciar un nuevo ciclo.

5.1.5.7 Aprendizaje organizacional.

Esta etapa se realiza con el fin de cerrar todos los ciclos anteriores, una vez se han logrado los resultados esperados, la realización de la autoevaluación, priorización, establecimiento de un plan de mejoramiento inicial, definición de indicadores y el seguimiento de esos indicadores, la auditoria a los procesos, el seguimiento a los eventos adversos entre otras acciones de seguimiento , hace que LABORALMED IPS identifique nuevas oportunidades de mejora y por lo tanto es necesario la aplicación de metodologías que le permita desarrollar mejoramientos continuos y sistemáticos frente a los hallazgos encontrados.

LABORALMED IPS implementa herramientas de capacitación, entrenamiento y despliegue de la calidad en equipo para obtener una visión compartida tales como: Reentrenamiento, Estandarización de procesos, Acciones de mejora y ajuste a indicadores.

LABORALMED IPS se compromete a desplegar y retroalimentar al interior de la organización la experiencia, la socialización de los avances, capacitar para contribuir en la interiorización de los logros obtenidos y por lo tanto la estandarización de los procesos.

6 Resultados

Partiendo del cronograma propuesto con las actividades y guías planteadas por el Ministerio se inició con las fases del PAMEC (ver anexo 3):

6.1 Fase de autoevaluación

Durante el desarrollo de esta fase se aplicaron los formatos de autoevaluación obteniendo resultados que se encontraron en el desarrollo y seguimiento al programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud (PAMEC) de la IPS LABORALMED que garantiza la prestación de servicios de salud de baja complejidad la cual busca cumplir con estándares de calidad orientados a la acreditación siempre teniendo presente el compromiso social y la satisfacción de los usuarios. (ver anexo 4, numerales f y g).

6.2 Fase de evaluación cualitativa

Partiendo de los grupos de estándares seleccionados a evaluar, se inició con el análisis de las fortalezas que la institución demostraba, y posterior a esto dar recomendaciones de oportunidad de mejora.

Para llevar el proceso de consolidar la información se tuvo en cuenta los estándares críticos de la autoevaluación cualitativa donde fueron tomados los estándares con una puntuación entre 100 y 125, obteniendo 17 priorizados, reflejando mayor afectación en el grupo de estándar de mejoramiento. Es importante que desde el área de calidad y la gerencia se realice mayor seguimiento a los procesos directivos con cierre de los ciclos de mejoramiento planeados. Estableciendo mecanismos para la medición en la humanización del servicio y satisfacción del usuario donde socializando, aplicando y evaluando el personal que labora la calidad del servicio prestado articulado con un buen gerenciamiento del riesgo, política de seguridad del paciente y toda la normatividad vigente (ver anexo 4).

El segundo grupo de estándares afectado es gestión de la tecnología en el cual se debe plantear como propuesta de mejoramiento analizar el servicio prestado con el fin de gestionar la tecnología que requiera para la prestación del servicio y evidenciar el mantenimiento de la tecnología y soporte técnico de los mismos. (anexo 4).

En el estándar de talento humano es importante que todos los procesos de acreditación dentro de la institución, genere mejores resultados y beneficios los cuales se ven reflejados en la satisfacción del usuario ya que se exige dentro de muchos requisitos tener el recurso humano necesario para prestar adecuadamente el servicio en salud, estos profesionales deben estar debidamente capacitado y sensibilizado en el cumplimiento de la planeación estratégica, procesos, procedimientos, políticas, guías, protocolos, indicadores y demás requisitos exigidos por la normatividad vigente (ver anexo 4).

Dentro del grupo de estándar del ambiente físico es importante gestionar, implementar y socializar el protocolo de emergencias y desastres mediante capacitaciones a los profesionales de la institución, de igual forma se deben diseñar estrategias de cultura ecológica y responsabilidad ambiental para beneficio de toda la comunidad (anexo 4).

El otro grupo de estándares que tuvo varias priorizaciones es el proceso de atención al cliente asistencial el cual dentro de sus exigencias pide que dentro de la institución se haga seguimiento continuo a la adherencia de las guías de práctica clínica, protocolos y demás. También involucra todos los procesos de evaluación y seguimiento, garantizando la adherencia a la política de seguridad del paciente la cual incluya gestión de los eventos adversos. (anexo 4).

Los estándares del grupo de mejoramiento de la calidad priorizados, por ser críticos dentro de los procesos de la institución hacen relación al aprendizaje organizacional, en el cual se evidencia que falta soportar la retroalimentación de los avances y seguimiento a los planes de mejoramiento, teniendo en cuenta las auditorías internas y externas que afectan directamente al cliente interno y externo. (ver anexo 4)

Dentro de la priorización se tuvo en cuenta el grupo de estándares de gerencia de la información, por lo que es importante realizar auditoria sistémica y periódica al contenido de los registros clínicos para que se garantice la calidad en la información generando cultura organizacional en el buen registro de los datos y manipulación adecuada de estos. (ver anexo 4)

6.3 Fase de evaluación cuantitativa

Partiendo de los grupos de estándares seleccionados a evaluar, se inició con el análisis de la escala de calificación del enfoque, la implementación y resultados y sus respectivas variables, conociendo así la puntuación total de los estándares a evaluar, según los criterios evaluados la IPS se encuentra en un estado crítico ya todos sus estándares presentan una puntuación de 1.0a 2.9 insuficiencia crítica lo que requiere una intervención prioritaria (ver anexo 5).

6.3.1 Fase propuesta de seguimiento calidad esperada (indicadores)

Para realizar seguimiento de las metas planteadas para cada oportunidad de mejora se sugieren unos indicadores que permitirán determinar la calidad esperada en cada proceso. En esta fase se implementó a cada uno de los estándares priorizados de las evaluaciones anteriores donde se estableció a cada uno de ellos se le asignó se pertenece al grupo de procesos, estructura o resultado, posterior esto se le asignó un nombre, forma de medición y su respectivo plan de mejoramiento (ver anexo 5).

7 Conclusiones

Dentro de la identificación de los pasos a desarrollar en la implantación del PAMEC DE LA IPS LABORALMED, se establecieron los pasos a seguir dentro de la ruta crítica (autoevaluación, definición de prioridades, definición de calidad esperada, medición del desempeño de los procesos prioritarios, ejecución del plan de mejoramiento, evaluación del mejoramiento y aprendizaje organizacional).

Al realizar la autoevaluación de los estándares de acreditación como lo establece la resolución 5095 del 2018, se obtuvo la valoración de los grupos de estándares del sistema único de acreditación por medio de la hoja radar identificando las fortalezas y oportunidades de mejora en cada uno de los procesos que se llevan a cabo en la institución se realizó la priorización de aquellas oportunidades de mejora que fueron resultantes de la evaluación de cada uno de los estándares, se realizó mediante la matriz de priorización, posterior a esto se establecieron indicadores para definir la calidad esperada y así proponer a la IPS la ejecución del plan de mejoramiento basado en los hallazgos encontrados.

Las herramientas metodológicas propuestas para el desarrollo del PAMEC en la IPS fueron todos los formatos diseñados y establecidos por la normatividad legal vigente colombiana, para esto se tomó la resolución 5095 del 2018 la cual establece el manual único de acreditación y los formatos diseñados y establecidos por comité del PAMEC de la institución y los líderes de cada uno de los procesos.

Las herramientas más importantes planteadas dentro del desarrollo del PAMEC se encuentra la encuesta de satisfacción de los usuarios tanto al incidente interno y externo, permitiendo conocer la percepción de los servicios prestados y los niveles de satisfacción de estos, también cronograma de actividades, actas de reunión, protocolos definidos por la ley.

Fue posible proponer planes de mejoramiento basados en la priorización de las oportunidades de mejora e intervenidas mediante la ruta de implementación del PAMEC por parte de la IPS LABORALMED teniendo en cuenta la intervención en primera instancia de los 17 estándares escogidos por parte de la Gerente en reunión de presentación de resultados y así continuar con el desarrollo de las actividades de mejoramiento y planes de trabajo, se realizara los cambios pertinentes para la continuación del desarrollo y aplicabilidad por parte de la institución, cumpliendo así las exigencias de la normatividad legal vigente.

8 Recomendaciones

- Proponer y desarrollar actividades de acuerdo con los procesos priorizados.
- Realizar seguimiento y evaluación de las oportunidades de mejora que se generen.
- Continuar con la implementación de la matriz para los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la institución.
- Sensibilizar a los funcionarios de la institución sobre la importancia del PAMEC en la institución.
- 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.

9 Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. [Internet] [Consultado 2021 07 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/quienes-somos>
2. Organización Mundial de la Salud. Oficina del Secretario General para la Juventud. [Internet] [Consultado 2021 07 17]. Disponible en: <https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-la-salud/>
3. Cabrera-Arana GA, Bello-Parías LD, Londoño-Pimienta JL. Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. *Rev Salud Pública*. 2008;10(4):593-604.
4. Banco Mundial. Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector de la Salud en Colombia. [Internet] [Consultado 2021 07 17]. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/health/publication/external-assessment-of-quality-of-care-in-the-health-sector-in-colombia>
5. Reinoso N, Gómez FA. Contexto en salud y calidad en Colombia. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina; 2018.
6. Colombia. 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.
7. Colombia. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007 Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Congreso; 2007.
8. 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.
9. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Bogotá: El Ministerio; 2019.
10. Jaramillo-Mejía MC, Chernichovsky D. Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí. *Estudios Gerenciales*. 2016; 31(1): 30–40. DOI: 10.1016/j.estger.2014.09.004.
11. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5095 de 2018 por la cual entra en vigencia el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1. Bogotá: El Ministerio; 2018.
12. IPS LaboralMed. LaboralMed. [Internet] [Consultado 2021 07 18]. Disponible

en: <https://laboralmed.com.co/>

13. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0256 de 2015, dicta disposiciones en relación con el SIC y establece los indicadores para el monitoreo de la Calidad en Salud. Bogotá: El Ministerio; 2015.
14. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016 compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud, tiene como objetivo racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único. Bogotá: El Ministerio; 2016.
15. Colombia. Congreso de la República. Ley 10 de 1990 dicta las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades e instituciones del sistema de salud. Bogotá: El Congreso; 1990.
16. Colombia. Congreso de la República. Ley 715 de 2001 por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá: El Congreso; 2001.
17. Colombia. El Congreso de la República. Ley 0872 de 2003 por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios. Bogotá: El Congreso; 2003.
18. Colombia. El Congreso de la República. Ley 1438 de 2001 tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.. Bogotá: El Congreso; 2011.
19. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4295 de 2007 por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003. Bogotá: El Ministerio; 2007.
20. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007 Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicio de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2007.
21. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 1439 de 2002 por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud. Bogotá: El Ministerio; 2002.
22. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 486 de 2003 por la cual se modifica parcialmente la Resolución 001439 del 1o. de noviembre de

2002. Bogotá: El Ministerio; 2003.

23. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1445 de 2006 por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2006.
24. 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 monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Bogotá: El Ministerio; 2006.
25. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2181 de 2008 por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Carácter Público. Bogotá: El Ministerio; 2008.
26. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3960 de 2008 por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1445 de 2006 y sus anexos técnicos. Bogotá: El Ministerio; 2008.

10 Anexos

Anexo 1. Estándares priorizados en la autoevaluación.

PROCESOS PRIORIZADOS (CALIDAD ESPERADA)							
CODIGO DEL ESTANDAR PRIORIZADO	INDICADOR DE ESTRUCTURA, PROCESO Y RESULTADO			CALIDAD ESPERADA	NOMBRE PROPUESTO PARA EL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	
	E	P	R			NUMERADOR	DENOMINADOR
Estándar 11. Código: (AsAC3)		x		SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción del personal asistencia y administrativo que conoce el ciclo de atención al usuario	Número de funcionarios con adherencia y conocimiento del ciclo de atención al usuario	Total de funcionarios evaluados.
Estándar 21. Código: (AsEV2)			x	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción del personal de salud que adherente al programa de promoción y prevención	Número de profesionales con adherencia al programa de promoción y prevención	Total de profesionales evaluados.
Estándar 24. Código: (AsPL2)		x		SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de profesionales que tienen conocimiento de adhieren a las guías de práctica clínica	Número de profesionales que se adhieren correctamente las guías de practica clínica	total de profesionales evaluadas
Estándar 32. Código: (AsPL10)		x		SOBRESALIENTE: > 95% ACEPTABLE: 94-94 % NO CUMPLIDA: < 90	proporción de pacientes que diligencian el consentimiento informado de forma adecuada	Número de pacientes que ha diligenciado el consentimiento informado	total de pacientes que han diligenciado el consentimiento informado
Estándar 33. Código: (AsPL11)		x		SOBRESALIENTE: > 95% ACEPTABLE: 94-94 % NO CUMPLIDA: < 90	proporción de usuarios satisfechos con la atención humanizada	Número de pacientes satisfecho con la atención	Total de pacientes en respondieron la encuesta
Estándar 81. Código: (DIR.6)			x	96% del resultado de la evaluación	Proporción de usuarios satisfecho con la atención recibida sin discriminación en la prestación de servicios de salud	Número de usuarios con usuarios satisfecho que manifestaron que fueron atendidos sin discriminación	Total de usuarios encuestados

Estándar 82. Código: (DIR7)		x		SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de parámetros de medición de los planes ejecutados	Numero de parámetros asociados a medir	Total de parámetros a evaluar
Estándar 83. Código: (DIR8)		x		SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de parámetros de medición en los modelos de atención clínica que intervengan en la institución	Numero de procesos evaluados asociados con la gestión clínica	Total de procesos evaluados
Estándar 120. Código: (THMCC1)		x		SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	*Proporción de procesos estratégicos de direccionamiento	Numero de procesos relacionados	Total de procesos evaluados en el periodo
Estándar 125. Código: (GAF5)		x		SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de clientes internos y externos que conocen el plan de emergencia y desastre	*Número de clientes externos e internos que conocen el plan de emergía de la institución	*Total de usuarios encuestados evaluados
Estándar 131. Código: (GAFMCC1)			x	96% del resultado de la evaluación	proporción de estándares evaluados con enfoque en mejoramiento continuo de los estándares del ambiente físico de la institución	*Número de procesos de evaluados del grupo de estándares	*Total de estándares evaluados
Estándar 141. Código: (GTMCC1)			x	96% del resultado de la evaluación	proporción de estándares evaluados con enfoque en los estándares de la gestión de la tectología	Numero de procesos de evaluados del grupo de estándares	*Total de estándares evaluados

Estándar 143. Código: (GI2)			x	95%	Proporción del cumplimiento de la gestión de la información	Numero de cumplimiento de metas definidas en el manual.	Total de metas definidas.
Estándar 144. Código: (GI3)			X	95%	Proporción de las acciones de mejora en relaciones a las variaciones no esperadas en la prestación de los servicios.	Numero acciones mejoradas	Total de acciones no esperadas a mejorar
Estándar 155. Código: (GIMCC1)			x	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de las acciones de mejora en relación a la gerencia de la información de la institución	Número de acciones a mejorar	Total de acciones de mejora
Estándar 156. Código: (MCC1)			x	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	*Proporción de los estándares de mejoramiento que involucre en mejoramiento de la calidad en la atención	*Número de estándares involucrados para el mejoramiento de la calidad	Todos los estándares evaluados
Estándar 156. Código: (MCC2)			x	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de los procesos que involucren acciones de mejoramiento de la institución en relación a la calidad esperada	Número de procesos relacionados con la planeación	Total de procesos evaluados
Estándar 158. Código: (MCC3):			x	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de los procesos monitorizados relacionados con la calidad y el mejoramiento continuo	Numero de procesos monitorizados	Todos los procesos monitorizados

Anexo 2. Estándar Sistema Único de Acreditación priorizado.

CODIGO DEL ESTANDAR PRIORIZADO	CALIDAD ESPERADA	NOMBRE PROPUESTO PARA EL INDICADOR	PLAN DE ACCION	RESPONSABLES	PLAZO
Estándar 11. Código: (AsAC3)	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción del personal de asistencia y administrativo que conoce el ciclo de atención al usuario	*Formulación y socialización del ciclo de atención al usuario *Revisar y adaptar las guías que estén enfatizadas al ciclo de atención al usuario. *Socializar y definir la metodología para la evaluación de la adherencia y conocimiento del ciclo de atención al usuario	Líderes de los procesos.	06 Y 07 de septiembre
Estándar 21. Código: (AsEV2)	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción del personal de salud adherente al programa de promoción y prevención	socializar y evaluar al personal sobre el conocimiento y adherencia en los programas de promoción y prevención	líder del proceso	11 de septiembre.
Estándar 24. Código: (AsPL2)	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de profesionales que tienen conocimiento de adhieren a las guías de práctica clínica	evaluar a los profesionales de la IPS sobre los conocimientos de guías de practica clínica	Gerente	25 de septiembre.
Estándar 32. Código: (AsPL10)	SOBRESALIENTE: > 95% ACEPTABLE: 94-94 % NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de pacientes que diligencian el consentimiento informado de forma adecuada	Capacitar al personal sobre la importancia que tiene el consentimiento informado y por qué es importante que todos los usuarios lo diligenciamiento de forma adecuada.	líder dl proceso y líder de seguridad del paciente	10 de octubre.
Estándar 33. Código: (AsPL11)	SOBRESALIENTE: > 95% ACEPTABLE: 94-94 % NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de usuarios satisfechos con la atención humanizada	Capacitar al personal para garantizar una adecuada y agradable atención al paciente	líder del proceso , personal asistencial, y personal administrativo	20 de octubre
Estándar 81. Código: (DIR.6)	96% del resultado de la evaluación	Proporción de usuarios satisfecho con la atención recibida sin discriminación en la prestación de servicios de salud	socializar y capacitar al personal que labora en la IPS hacer seguimiento periódico a la política de atención recibida	líder del proceso , personal asistencial, y personal administrativo	23 de octubre

CODIGO DEL ESTANDAR PRIORIZADO	CALIDAD ESPERADA	NOMBRE PROPUESTO PARA EL INDICADOR	PLAN DE ACCION	RESPONSABLES	PLAZO
Estándar 82. Código: (DIR7)	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de parámetros de medición de los planes ejecutados	Documentar un proceso de garantía y viabilidad financiera que incluya la asignación de recursos.	*Gerencia. *Líder de los procesos.	24 de octubre
Estándar 83. Código: (DIR8)	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de parámetros de medición en los modelos de atención clínica que intervengan en la institución	Diseñar un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que con base en procesos de evaluación de la calidad.	Líder del proceso y gerencia	25 de octubre
Estándar 120. Código: (THMCC1)	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	*Proporción de procesos estratégicos de direccionamiento	realizar y documentar los procedimientos en base a la necesidades físicas de la institución implementación de un plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad	*Sistema de gestión de calidad. *Líder del proceso	30 de octubre
Estándar 125. Código: (GAF5)	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de clientes internos y externos que conocen el plan de emergencia y desastre	diseño implantación y evaluación del plan de emergencias y desastre de la institución	*Sistema de gestión de calidad. *Líderes de los procesos.	5 de noviembre
Estándar 131. Código: (GAFMCC1)	96% del resultado de la evaluación	proporción de estándares evaluados con enfoque en mejoramiento continuo de los estándares del ambiente físico de la institución	diseñar y aplicar un modelo de evaluación que permite conocer las condiciones del ambiente físico de la institución seguimiento periódico de los estándares relacionados con el ambiente físico	Líder del proceso de sistemas de información. Comité de seguridad.	10 de noviembre
Estándar 141. Código: (GTMCC1)	96% del resultado de la evaluación	Proporción de estándares evaluados con enfoque en los estándares de la gestión de la tectología	Diseñar y aplicar un modelo de evaluación que permite conocer el desarrollo tecnológico implementado en la institución y sus respectivos seguimiento	Líder del proceso de sistema de información.	15 de noviembre
Estándar 143. Código: (GI2)	95%	Proporción del cumplimiento de la gestión de la información	Seguimiento al cumplimiento de metas. Definición de planes de mejoramiento.	líder del proceso Gerencia	17 de noviembre

CODIGO DEL ESTANDAR PRIORIZADO	CALIDAD ESPERADA	NOMBRE PROPUESTO PARA EL INDICADOR	PLAN DE ACCION	RESPONSABLES	PLAZO
Estándar 144. Código: (GI3)	95%	Proporción de las acciones de mejora en relaciones a las variaciones no esperadas en la prestación de los servicios.	diseñar un programa de auditoria continua que permita hacer seguimiento con las acciones de mejoras encontradas	Gerencia. Líder de los procesos.	20 de noviembre
Estándar 155. Código: (GIMCC1)	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de las acciones de mejora en relación a la gerencia de la información de la institución	diseñar y socializar un programa de mejoramiento continuo que involucre acciones de mejora la gerencia de la información	Gerencia *Lideres de procesos	23 de noviembre
Estándar 156. Código: (MCC1)	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de los estándares de mejoramiento que involucre en mejoramiento de la calidad en la atención	Diseñar un proceso de evaluación que involucre todos los estándares a mejorar	Gerencia *Lideres de procesos.	26 de noviembre
Estándar 156. Código: (MCC2)	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de los procesos que involucren acciones de mejoramiento de la institución en relación a la calidad esperada	Diseñar e implementar procesos de evaluación que permitan medir los estándares de planeación de la institución a mejorar	Gerencia *Lideres de procesos.	30 de noviembre
Estándar 158. Código: (MCC3):	SOBRESALIENTE: > 95 % ACEPTABLE: 90 - 95% NO CUMPLIDA: < 90	Proporción de los procesos monitorizados relacionados con la calidad y el mejoramiento continuo	Diseñar e implementar un modelo que permita monitorizar de manera periódica los procesos de la calidad y el mejoramiento continuo	Gerencia *Lideres de procesos.	02-diciembre

Anexo 3. Cronograma de actividades y guías.

Fecha de elaboración	MES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DIEMBRE											
SEMANA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
ACTIVIDADES PREVIAS																						
MOTIVAR Y SENSIBILIZAR AL PERSONAL																					RESPONSABLE	OBSERVACIONES
motivar y sensibilizar al personal sobre PAMEC Y MPG		X																			Gerencia-Planeación	
CONCEPTUALIZACIÓN AL PERSONAL																					RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Realizar capacitación magistral sobre sistema obligatorio de garantía de la calidad dirigido a líderes de procesos					X																Gerencia-Planeación	
Conceptualización básica sobre acreditación dirigida a líderes de procesos					X																Gerencia-Planeación	
Realizar un taller teórico práctico sobre PAMEC dirigido a todos los líderes de cada estándar que es el mismo grupo del comité de calidad					X																Gerencia-Planeación	
IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL																					RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Conformación de equipos de trabajo por grupo de estándares con un coordinador teniendo en cuenta el perfil de los cargos		X																			Gerencia-Planeación	
Definición de las funciones de los equipos de autoevaluación y mejoramiento		X																			Gerencia-Planeación	
DISEÑO DE INSTRUMENTOS																					RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Diseñar y/o adoptar los instrumentos y formatos necesarios para elaborar y ejecutar el PAMEC en la institución basados en los estándares de acreditación así: 1. Formato de autoevaluación cualitativa 2. Formato de autoevaluación cuantitativa 3. Matriz de priorización 4. Formato de los planes de mejoramiento 5. Formato de definición de calidad esperada 6. ficha técnica de los indicadores 5. Plan de mejoramiento 6. Formato de aprendizaje organizacional		X																			Gerencia-Planeación	
RUTA CRITICA																						
AUTOEVALUACIÓN DE ESTANDARES																					RESPONSABLE	OBSERVACIONES
autoevaluación cualitativa y cuantitativa del estándar de Dirección					X																Lider del estándar (gerente) y grupo de trabajo seleccionado	
autoevaluación cualitativa y cuantitativa del estándar de Gerencia					X																Lider del estándar (gerente) y grupo de trabajo seleccionado	
autoevaluación cualitativa y cuantitativa del estándar de ambulatorio					X																Lider del estándar (coordinador médico-enfermería servicios ambulatorios) y grupo de trabajo seleccionado	
autoevaluación cualitativa y cuantitativa del estándar de gerencia del recurso humano					X																Lider del estándar (Técnica en Recursos humanos) y grupo de trabajo seleccionado	
autoevaluación cualitativa y cuantitativa del estándar de gerencia del ambiente físico					X																Lider del estándar (administradora) y grupo de trabajo seleccionado	
autoevaluación cualitativa y cuantitativa del estándar de gerencia de la información					X																Lider del estándar (técnica en sistemas de información) y grupo de trabajo seleccionado	
autoevaluación cualitativa y cuantitativa del estándar de la tecnología					X																Lider del estándar (Técnico de mantenimiento) y grupo de trabajo seleccionado	
SELECCIÓN DE ESTANDARES CON OPORTUNIDADES DE MEJORA																					RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Identificar los estándares con oportunidades de mejora y relacionarlos con sus respectivos procesos					X																Lider de procesos	
PRIORIZACIÓN DE ESTANDARES DE MEJORA																					RESPONSABLE	OBSERVACIONES
Priorizar estándares bajo la metodología Riesgo, Costo, volumen					X																Lider de proceso-planeación	
Asociar los estándares priorizados con los procesos de la organización para incluir criterios de acreditación					X																Lider de proceso-planeación	
DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA EN LOS ESTANDARES PRIORIZADOS																						
Aplicar la metodología de la norma crítica a los estándares priorizados teniendo en cuenta los siguientes pasos: -Identificar que se busca con el estándar -Expresar atributo o características de calidad -Clasificar las normas críticas por indicadores de estructura, proceso y resultado -seleccionar primero los indicadores de Resultado, luego los de proceso y por último los de estructura -Seleccionar los indicadores de acuerdo a las mejores características					X																Lider de proceso-Planeación	
Estandarizar los indicadores a través de fichas técnicas					X																Lider de proceso-Planeación	
MEDICIÓN INICIAL																						
Capacitar al personal encargado de la medición en la correcta aplicación de los instrumentos					X																Lider de proceso-Planeación	
Construir cronograma de medición de indicadores					X																Lider de proceso-Planeación	
Realizar medición inicial e identificar brechas					X																Lider de proceso-Planeación	
Realizar plan de mejoramiento que contenga como, cuando, quien es el responsable y la meta que se espera					X																Lider de proceso-Planeación	
EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN																						
El comité técnico debe garantizar los recursos necesarios para la ejecución del plan de mejoramiento					X																Gerencia	
Ejecución de las acciones de mejoramiento según cronograma establecido					X																Lideres de procesos	
EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO DE LOS ESTANDARES INTERVENIDOS																						
Realizar seguimiento a la implementación de las acciones realizadas					X																Lider del proceso	
Definir si las estrategias planteadas están siendo efectivas					X																Lider del Proceso	
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL																						
Realizar un resumen del mejoramiento logrado que contenga: cuál era el problema, cómo se analizó, cuáles eran las causas del problema, cómo se trató y cuáles fueron los resultados.					X																Lider del proceso- Comité de Gerencia	
Informar a todos los involucrados del proceso sobre los resultados obtenidos en reunión de áreas					X																Lider del proceso- Comité de Gerencia	
Realizar taller teórico práctico con los responsables del proceso mejorado cuyo objetivo sea continuar con la implementación de los cambios aprobados.					X																Lider del proceso- Comité de Gerencia	
Documentar el proceso organizacional en formato establecido					X																Lider del proceso- Comité de Gerencia	

Anexo 4. Matriz Autoevaluación cualitativa

GRUPO ESTANDAR	FORTALEZA	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PRIORIZACIÓN				PRIORITARIO
			Riesgo	Costo	Volumen	Total	
Estándar 11. Código: (AsAC3)	1. Se cuenta con un protocolo de prevención de enfermedades el cual ha sido socializado a los empleados de la empresa. 2. Se cuenta con un protocolo de lavado de manos el cual ha es soportado en la evidencia científica y sido socializado y es visible para todo el personal que labora en la IPS como para los usuarios	1. documentar y estandarizar el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso. 2. Socializar a todo el personal, evaluando periódicamente el grado de conocimiento y aplicación	4	4	5	80	PRIORITARIO
Estándar 21. Código: (AsEV2)	No se encontraron fortalezas	1. Documentar el proceso y estandarizado de identificación de necesidades de los pacientes	5	5	5	125	PRIORITARIO
Estándar 24. Código: (AsPL2)	No se encontraron fortalezas	Documentar el proceso de cómo se debe de planear de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente.	5	4	4	80	PRIORITARIO
Estándar 32. Código: (AsPL10)	1. En la Entidad se cuenta con formatos específicos para el registro del consentimiento informado diseñado según requerimientos de norma, estos cuentan con instructivo de diligenciamiento. 2. En cada servicio se aplica para los procedimientos determinados en la institución..	1. Revisar, actualizar y socializar el procedimiento de consentimiento informado con todos los funcionarios de la institución. 2. Definir políticas y criterios claros en caso de negativa del consentimiento informado por parte del usuario, 3. vigilar que a todos los pacientes que ingresen a la IPS se les entreguen y diligencien el consentimiento informado	5	4	4	80	PRIORITARIO
Estándar 33. Código: (AsPL11)	1. La infraestructura de los consultorios permite la privacidad de la atención medico paciente 2. se tiene un documento de custodia de las historias clínicas	1 Documentar y estandarizar el protocolo y la política de atención humanizada. 2. Establecer mecanismos estandarizados y conocidos por todo el personal para garantizar una adecuada y agradable atención al paciente. Documentar una política de confidencialidad frente a la información del usuario y que su presencia en la IPS no será divulgada sin su consentimiento	5	4	4	80	PRIORITARIO
Estándar 81. Código: (DIR.6)	No se encontraron fortalezas	Diseñar la política de prestación de servicios de salud de promoción y prevención dirigido a	5	5	5	125	PRIORITARIO

GRUPO ESTANDAR	FORTALEZA	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PRIORIZACIÓN				PRIORITARIO
			Riesgo	Costo	Volumen	Total	
		usuarios, familiares y colaboradores					
Estándar 82. Código: (DIR7)	No se encontraron fortalezas	Documentar un proceso de garantía y viabilidad financiera que incluya la asignación de recursos	5	4	5	100	PRIORITARIO
Estándar 83. Código: (DIR8)	No se encontraron fortalezas	Diseñar un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización.	5	5	5	125	PRIORITARIO
Estándar 120. Código: (THMCC1)	No se encontraron fortalezas	Realizar y documentar documentado un procedimiento para la implementación de un plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad, el cual evalúa la implementación de los estándares del sistema único de acreditación en salud, el cual se encuentra enmarcado en la ruta crítica del PAMEC.	5	5	5	125	PRIORITARIO
Estándar 125. Código: (GAF5)	se tiene diseñada la ruta de evacuación	Evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante 1.documentar y socializar el plan de emergencias y desastres internos y externos y evaluar la capacidad de respuesta	5	5	5	125	PRIORITARIO
Estándar 131. Código: (GAFMCC1)	No se encontraron fortalezas	1. Implementar las acciones de mejora como es la implementación y ejecución del PAMEC 2. Realizar seguimiento por la alta dirección a los resultados del mejoramiento continuo, verificando especialmente el cierre de ciclos y la estandarización de las acciones eficaces de manera que se asegure la calidad de los procesos.	5	5	5	125	PRIORITARIO
Estándar 141. Código: (GTMCC1)	No se encontraron fortalezas	Documentar un procedimiento para la implementación de un plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad, el cual evalúa la implementación de los estándares del sistema único de acreditación en salud, el cual se encuentra enmarcado en la ruta crítica del PAMEC.	5	5	4	100	PRIORITARIO

GRUPO ESTANDAR	FORTALEZA	OPORTUNIDADES DE MEJORA	PRIORIZACIÓN				PRIORITARIO
			Riesgo	Costo	Volumen	Total	
Estándar 143. Código: (G12)	No se encontraron fortalezas	Documentar una política para el sistema de información en la cual se define el Manejo confiable, seguro y oportuno de la información que permita una acertada toma de decisiones en todos los niveles de la organización	5	4	4	80	PRIORITARIO
Estándar de mejoramiento	No se encontraron fortalezas	Documentar un procedimiento para la implementación de un plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad, el cual evalúa la implementación de los estándares del sistema único de acreditación en salud, el cual se encuentra enmarcado en la ruta crítica del PAMEC.	5	4	4	80	PRIORITARIO
Estándar 156. Código: (MCC1)	No se encontraron fortalezas	1 .Documentar el proceso de planeación del mejoramiento continuo 2. Implementar en la evaluación el impacto de las acciones sobre el usuario y su familia con base en indicadores como seguridad, continuidad, coordinación, competencia, efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, entre otros, estableciendo la forma de comunicarles estos resultados.	4	4	5	80	PRIORITARIO
Estándar 156. Código: (MCC2)	No se encontraron fortalezas	1. Implementar planes de mejoramiento por proceso integrales que incluyan todas las oportunidades detectadas por todas las fuentes, realizándole seguimientos periódicos de acuerdo al instructivo diseñado, evidenciando el cumplimiento y la eficacia de las acciones.	5	4	4	80	PRIORITARIO
Estándar 158. Código: (MCC3):	No se encontraron fortalezas	1. Estandarizar en todos los procesos el modelo de mejoramiento continuo para la identificación, análisis, toma de acciones, seguimientos y verificación de la eficacia de las acciones de forma sistemática y amplia. De las acciones.	5	4	4	80	PRIORITARIO

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

PROMEDIO DEL ESTANDAR 2,83

GRUPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA

Estándar 89. Código: (GER1)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,67
Estándar 90. Código: (GER. 2)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Estándar 91. Código: (GER. 3)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,40	3,13
Estándar 92. Código: (GER. 4)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Estándar 94. Código: (GER.6)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,60	2,87
Estándar 95. Código: (GER.7)	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Estándar 96. Código: (GER.8)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Estándar 97. Código: (GER.9)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Estándar 98. Código: (GER.10)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Estándar 99. Código: (GER.11)	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,20	3,73
Estándar 100. Código: (GER.12)	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,50	2,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,40	2,30
Estándar 101. Código: (GER.13)	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00	3,00	3,60	3,87
Estándar 103. Código: (GERMCC1)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

PROMEDIO DEL ESTANDAR 2,83

ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO

Estándar 104. Código: (TH1).	4,00	4,00	3,00	3,67	4,00	3,00	3,50	4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,40	3,52
Estándar 105. Código: (TH2)	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,33
Estándar 106. Código: (TH3)	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	3,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,17
Estándar 107. Código: (TH4)	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
Estándar 108. Código: (TH5)	4,00	4,00	3,00	3,67	4,00	3,00	3,50	4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,40	3,52
Estándar 109. Código: (TH6):	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	3,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,17
Estándar 110. Código: (TH7)	4,00	4,00	3,00	3,67	4,00	3,00	3,50	4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,40	3,52

GRUPO DE ESTÁNDARES ASISTENCIALES	CALIFICACIÓN CUANTITATIVA													
	ENFOQUE				IMPLEMENTACION			RESULTADOS						TOTAL ESTANDAR
	SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD	PROACTIVIDAD	CICLO DE EVALUACION	TOTAL ENFOQUE	DESPLIEGUE EN LA INSTITUCION	DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO O EXTERNO	TOTAL IMPLEMENTACION	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	AVANCE DE LA MEDICION	TENDENCIA	COMPARACION	TOTAL RESULTADOS	
Estándar 111. Código: (TH8)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Estándar 112. Código: (TH9)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Estándar 114. Código: (TH11)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Estándar 115. Código: (TH12)	4,00	3,00	3,00	3,33	4,00	3,00	3,50	4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,40	3,41
Estándar 116. Código: (TH13)	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	3,50	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,20	3,23
Estándar 120. Código: (THMCC1)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,67
													PROMEDIO DEL ESTANDAR	3,20
GRUPO DE ESTÁNDARES DE AMBIENTE FÍSICO														
Estándar 121. Código: (GAF1)	4,00	4,00	3,00	3,67	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,89
Estándar 122. Código: (GAF2)	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	3,80	3,93
Estándar 123. Código: (GAF3)	4,00	4,00	3,00	3,67	4,00	3,00	3,50	4,00	4,00	4,00	2,00	1,00	3,00	3,39
Estándar 124. Código: (GAF4)	4,00	4,00	3,00	3,67	4,00	3,00	3,50	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,20	3,46
Estándar 125. Código: (GAF5)	4,00	4,00	3,00	3,67	4,00	3,00	3,50	4,00	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,39
Estándar 126. Código: (GAF6)	4,00	4,00	3,00	3,67	4,00	3,00	3,50	4,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,39
Estándar 128. Código: (GAF8)	4,00	4,00	2,00	3,33	4,00	3,00	3,50	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,61
Estándar 129. Código: (GAF9)	4,00	4,00	3,00	3,67	4,00	3,00	3,50	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,72
Estándar 130. Código: (GAF10)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estándar 131. Código: (GAFMCC1)	4,00	4,00	3,00	3,67	4,00	3,00	3,50	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,72
													PROMEDIO DEL ESTANDAR	3,25
GRUPO DE ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA														
Estándar 132. Código: (GT1)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,50	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,83
Estándar 133. Código: (GT2)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

GRUPO DE ESTÁNDARES ASISTENCIALES	CALIFICACIÓN CUANTITATIVA													
	ENFOQUE				IMPLEMENTACION			RESULTADOS						
	SISTEMATIZADA Y AMPLITUD	PROACTIVIDAD	CICLO DE EVALUACION	TOTAL ENFOQUE	DESPLIEGUE EN LA INSTITUCION	DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO O EXTERNO	TOTAL IMPLEMENTACION	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	AVANCE DE LA MEDICION	TENDENCIA	COMPARACION	TOTAL RESULTADOS	TOTAL ESTANDAR
Estándar 134. Código: (GT3)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Estándar 135. Código: (GT4)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Estándar 136. Código: (GT5)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Estándar 137. Código: (GT6)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Estándar 141. Código: (GTMCC1)	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,33
PROMEDIO DEL ESTANDAR													2,45	
GRUPO DE ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN														
Estándar 142. Código: (G11)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,80	2,93
Estándar 143. Código: (G12)	1,00	1,00	2,00	1,33	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,20	1,51
Estándar 144. Código: (G13)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,33
Estándar 145. Código: (G14)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,50	3,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,60	2,70
Estándar 146. Código: (G15)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,50	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,80	2,77
Estándar 145. Código: (G16)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,50	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,20	2,57
Estándar 147. Código: (G17)	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	2,50	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,60	2,70
Estándar 149. Código: (G18)	2,00	3,00	3,00	2,67	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,80	2,82
Estándar 150. Código: (G19)	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,80	3,60
Estándar 151. Código: (G110)	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,50	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,50
Estándar 152. Código: (G111)	2,00	3,00	3,00	2,67	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,89
Estándar 153. Código:	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
Estándar 154. Código: (G113)	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,20	2,07
Estándar de mejoramiento Estándar 155. Código: (GIMCC1)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
PROMEDIO DEL ESTANDAR													2,36	

GRUPO DE ESTÁNDARES ASISTENCIALES	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	TOTAL ESTANDAR	
GRUPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO															
Estándar 156. Código: (MCC1)	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
Estándar 157. Código: (MCC2)	1,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,20	1,07	
Estándar 158. Código: (MCC3):	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
Estándar 159. Código: (MCC4):	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	
Estándar 160. Código: (MCC5):	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,33	
													PROMEDIO DEL ESTANDAR	1,48	
														EVALUACION GLOBAL DE LA IPS	2,58