

**DISEÑO DEL PLAN DE AUDITORIA PARA EL  
MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE  
FAMISALUD IPS SEDE CURRULAO.**

**HERNANDEZ MANRIQUE GLORIA ESTELA  
HERRERA MOLINA JAIME ANDRES  
HERRERA VASQUEZ SANDRA PAOLA**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE  
ESPECIALISTA DE AUDITORIA EN SALUD**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
AUDITORIA EN SALUD  
APARTADO ANTIOQUIA  
2009**

## RESUMEN

El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud - PAMEC busca en su fin mejorar la calidad de los servicios de salud y otorgar al usuario su más completa satisfacción. Es un programa que se encuentra estipulado en el Decreto 1011 de 2006, por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS), del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

El PAMEC sirve como instrumento para lograr un buen desempeño con rumbo a la excelencia que lleve a la evolución de los procesos ya establecidos, implementados y aplicados en toda la institución, además de una u otra forma es un componente específico para la habilitación de la IPS, y entre otras cosas se convierte en un gran aporte al mejoramiento continuo de la calidad de atención en salud y al compromiso de las personas que laboran en la institución en hacer las cosas cada vez mejor y siempre pensando en la satisfacción del usuario la principal razón de ser de la Empresa.

Este trabajo nace de la necesidad de un equipo de estudiantes de la Especialización en Auditoría de Salud proponentes del proyecto y la Gerencia de Famisalud IPS de trabajar en conjunto con todos los funcionarios que laboran en la institución para hacer el mejor y más confortable el programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad, adaptado a la institución y buscando que sea este, un importante aporte para seguir evaluando el buen funcionamiento, credibilidad y confianza de la Empresa.

Entre otras cosas la implementación de este programa servirá de ayuda para alcanzar la calidad de todos los servicios ofrecidos por la IPS, ayuda a lograr la eficiencia de los procesos de la institución y fomenta la generación de compromiso y amor propio por la empresa, con el objetivo de contribuir al cuidado, mejoramiento y recuperación de la salud de la población adscrita a la IPS.

El siguiente trabajo presenta en detalle la autoevaluación, revisión y análisis de los procesos que se llevan a cabo por las diferentes áreas de la institución, se plantea las causas y posibles soluciones de los problemas encontrados, y a la vez se presentan propuestas de mejoramiento y seguimiento para todas las falencias que se tienen en los procesos manejados en la IPS.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
<b>ANEXOS.....</b>	<b>5</b>
<b>1. ANTECEDENTES .....</b>	<b>6</b>
<b>2. PROBLEMA.....</b>	<b>9</b>
<b>3. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>12</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
4.1 GENERAL .....	13
4.2 ESPECÍFICOS .....	13
4.2.1 Realizar auto evaluación de la IPS FAMISALUD CURRULAO.....	13
4.2.2 Seleccionar procesos a mejorar .....	13
4.2.3 Priorizar procesos a mejorar .....	13
4.2.4 Definir la calidad esperada.....	13
4.2.5 Realizar medición inicial del desempeño de los procesos.....	13
4.2.6 Plantear plan de acción para procesos seleccionados.....	13
<b>5. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
5.1 SOPORTE JURÍDICO .....	14
5.2 SOPORTE REFERENCIAL .....	26
5.3 SOPORTE TEÓRICO .....	26
<b>6. MARCO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>31</b>
<b>MISIÓN.....</b>	<b>32</b>
<i>VISIÓN</i> .....	32
<b>PRINCIPIOS CORPORATIVOS.....</b>	<b>33</b>
<i>OBJETIVOS DE CALIDAD</i> .....	33
<b>7. METODOLOGÍA .....</b>	<b>36</b>
7.1 FASE 1: AUTOEVALUACIÓN DE LA INSTITUCIÓN: .....	36
7.1.1 <i>Diagnóstico Básico General</i> .....	36
7.2 FASE 2: SELECCIÓN DE LOS PROCESOS A MEJORAR EN LA INSTITUCIÓN: .....	37
7.3 FASE 3: PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS A MEJORAR EN LA INSTITUCIÓN: .....	38
7.3.1 <i>Definición De Prioridades</i> .....	38
7.4 FASE 4: DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA POR LA INSTITUCIÓN: .....	41
7.4.1 <i>Desdoblamiento de la calidad de FAMISALUD IPS</i> .....	41
7.4.2 <i>Fichas técnicas de indicadores</i> .....	43
7.5 FASE 5: MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS:.....	55
<i>QUIÉN</i> .....	57
<i>QUIÉN</i> .....	59

<i>QUIÉN</i> .....	62
<i>Admón.</i> .....	62
7.6 FASE 6: PLAN DE ACCIÓN DE LOS PROCESOS SELECCIONADOS: .....	63
<b>8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>65</b>
8.1 DISCUSIÓN .....	65
8.2 CONCLUSIONES .....	70
8.3 RECOMENDACIONES .....	71
<i>QUIÉN</i> .....	78
<b>9. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>83</b>

## **ANEXOS**

- Anexo A Análisis de encuestas de satisfacción al usuario segundo trimestre 2009
- Anexo B Reunión con grupo de enfoque
- Anexo C Metodología de trabajo de reuniones de autoevaluación
- Anexo D Matriz de priorización
- Anexo E Calificación de la matriz de priorización
- Anexo F Técnica de desdoblamiento de la calidad
- Anexo G Formato desdoblamiento de la calidad
- Anexo H Ficha técnica de indicador
- Anexo I Indicadores y eventos adversos trazadores del sistema de información para la calidad
- Anexo J Estándar de proceso: medición inicial del desempeño de los procesos
- Anexo K Formato para formular el programa de auditoría
- Anexo L Formato para planear el procedimiento de auditoría
- Anexo M Ciclo gerencial
- Anexo N Formato priorización de problemas
- Anexo O Formato causas de problemas
- Anexo P Formato estándar de solución a problema
- Anexo Q Formato de plan de mejoramiento
- Anexo R Formato para hacer seguimiento al plan de acción
- Anexo S Formato etapas para la elaboración del informe de tres generaciones
- Anexo T Formato para elaborar plan de trabajo del comité

## 1. ANTECEDENTES

La filosofía de mejoramiento continuo nace en la industria como el resultado del desarrollo y aplicación de herramientas y métodos de calidad, por personas como Edward Deming, Joseph Juran y Philip Crosby en los Estados Unidos y en el Japón, se introduce en salud a raíz de los trabajos de Donald Berwick en la década de los 90, integrándose y potenciándose con los conceptos y métodos provenientes del modelo asistencial, incluidos los planteamientos pioneros de EA Codman. Las acciones de mejoramiento deben involucrar a todas las personas en la organización.

La auditoría tiene prolongados antecedentes en el país, uno muy reciente es desde que en 1983 se aplicaron los primeros estudios de evaluación de Historia Clínica médica y de revisión de adecuación del uso de la cama hospitalaria, y en la perspectiva universal, ya ha transcurrido casi un siglo desde que EA Codman proponía, y aplicaba, métodos de evaluación de los resultados clínicos de la atención como estrategia para el mejoramiento de la atención y la diferenciación competitiva sobre la base de la calidad de los prestadores. Convertir a la auditoría en una herramienta de gestión implica el conocimiento de los elementos básicos que caracteriza el desarrollo del arte, así como el que sepa utilizar metodologías e instrumentos, propuestos en las experiencias exitosas, armonizándolas con sus condiciones específicas y adaptándolas.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Pautas Indicativas para la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud

La preocupación por la calidad no es nueva. En la Antigüedad eran los mismos campesinos o artesanos quienes producían o fabricaban los productos y controlaban la calidad de su trabajo, siendo a la vez productores y consumidores.

Con el desarrollo de la sociedad mercantil se van separando el productor y consumidor para dar paso al intermediario.

Posteriormente la aparición de la tecnología moderna en la Revolución Industrial cambia la forma de producción, generando una división del trabajo, la especialización y la creación de la línea de ensamble. Se da paso a una nueva forma de vida en la sociedad y a una transformación de las organizaciones.

Con el crecimiento y desarrollo de la organización industrial surge una nueva figura que vendría a reemplazar al antiguo capataz en sus funciones de control: el inspector, encargado inicialmente de seleccionar los productos en buenos y defectuosos. Esta etapa se caracterizó por la inspección ejercida sobre el producto final y por la aparición del sistema de producción en línea creado por Henry Ford.

El control de calidad moderno o control de calidad estadístico, comenzó en los años 30. La utilización estadística como la herramienta que mide la variación de los procesos, propician el cambio del modelo de control "estático o correctivo" a uno "dinámico, preventivo y evaluativo".

La nueva revolución tecnológica, representada por el invento de nuevos materiales, la microelectrónica, la biotecnología y la cibernética, trajo consigo un cambio de concebir la calidad del producto en todas sus fases de transformación, ya no desde la óptica del productor, sino con la óptica puesta en el consumidor. Es precisamente en este momento cuando el concepto de "control total de calidad" se convierte en una filosofía que tiene como propósito la satisfacción del consumidor.

El doctor Armand V. Felgenbaum en Mayo de 1957 da origen al concepto del control total de calidad definiéndolo como: "un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo, mantenimiento y mejoramiento de la calidad, realizados por los diversos grupos en una organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes"

En el Sistema de Seguridad Social, los procesos de calidad deben generar un valor agregado a la organización: ser eficiente, y prestar servicios de calidad con un alto nivel de contención de costos, se convierte en un reto de supervivencia a la vez que es la principal oportunidad de cumplir a cabalidad con los propósitos para los cuales se han creado los diferentes estamentos que constituyen el sistema. Igualmente se requieren profesionales que conozcan y apliquen en su práctica diaria los principios éticos y morales de tal manera que armonicen la eficiencia con la equidad en la distribución de la calidad de los servicios que se prestan a los clientes/pacientes.

En los últimos años se han presentado avances notables en los procesos de Auditoría y mejoramiento continuo de la calidad, específicamente en los conceptos de orientación a resultados, impacto de la Auditoría y la calidad en la productividad y competitividad de la empresa y su vínculo con la contención de costos y optimización de la utilización de los recursos que las EPSs, EPS subsidiadas, IPSs y el sistema en general destinan al cuidado de la salud de sus respectivas poblaciones. Igualmente se ha presentado un cambio en la normatividad vigente en el país relativa al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

## 2. PROBLEMA

En este momento se hace necesario la implementación de programas de mejoramiento continuo en todas las entidades prestadoras de servicios de salud, no solo en Colombia sino en el mundo entero, todo esto gracias a la necesidad de fortalecer un sistema de salud que piense en la calidad de vida de las personas y en incrementar en las empresas del sector salud un buen aprovechamiento de sus recursos con el máximo beneficio en busca de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.

Hay que tener claro que el mejoramiento de la calidad de la atención en salud brindada por una institución de cualquier naturaleza es compromiso tanto de la Gerencia como de los jefes de área y todo el personal que labora en la institución, por esto la Gerencia de Famisalud IPS ha visto la necesidad de trabajar en conjunto con todos los funcionarios que laboran en la IPS para hacer el mejor y más comfortable programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad, adaptado a la institución y buscando que sea este, un trabajo importante para mejorar el funcionamiento, la credibilidad y la confianza de la IPS.

Este programa busca lograr la calidad, eficiencia y que las debilidades se conviertan en una oportunidad para mejorar. Para esto se requiere del mejoramiento continuo de las condiciones de calidad, el incremento de la productividad, la reducción de los costos y mayor satisfacción de los usuarios. Para ello se hace necesario evaluar y analizar las barreras que interrumpen el flujo de trabajo y limitan la calidad de atención en salud y del mismo modo se debe evaluar los procesos llevados a cabo en cada una de las áreas para buscar soluciones a las falencias y conseguir la eliminación de los reprocesos con el buen manejo de los recursos (humanos, físicos y financieros).

Para lograr la calidad requerida es necesario fijar la atención tanto en las relaciones con los clientes como en las relaciones interpersonales dentro de la empresa; de aquí nace el criterio de cliente interno y cliente externo y de la importancia de la conformidad de cada uno frente a la calidad del servicio de atención brindada por la institución. Por lo tanto, para lograr globalmente la calidad se considerarán y se tratarán las relaciones entre las personas dentro y fuera de la organización, sin dejar de reconocer que brindar satisfacción al cliente significa conocerlo, conocer sus expectativas, necesidades, gustos y preferencias, mediante un método acorde con las normas, donde se analice el punto de vista de ellos frente a los problemas que se presenten en la prestación del servicio.

La Auditoría como un componente de mejoramiento continuo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud, implica metodologías a través de las cuales se implementan y se incluyen métodos de evaluación de problemas de

calidad, entendiendo este concepto como un resultado de la calidad deseada que no se consigue o un resultado no deseable que se presenta durante la prestación del servicio y que está relacionada con la prestación precedente. El no definir e implementar el programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud como componente de mejoramiento continuo, implica que:

- Aún cuando en una proporción importante de las situaciones se evalúen procesos de atención, y en algunas pocas estructuras dicha evaluación no estará orientada a buscar la mejora de los resultados con los cuales estará correlacionado el proceso de estructura.
- Su accionar no estaría orientada a la obtención de resultados centrados en el cliente.
- Sus evaluaciones estarían enfocadas hacia las unidades administrativas particulares, y no se entendería el proceso de atención, como un continuo clínico–administrativo que atraviesa toda la organización, no se examinaría el desempeño de la repartición Clínica o administrativa como la forma en la cual interactúa con las otras unidades para la prestación de servicios con calidad.
- Que los recursos que la organización en particular y el sistema general destine a ella, no generaría retorno, en términos de contención de costos de no calidad, y en todo caso, por lo menos en términos de mejora del comportamiento de indicadores válidos y confiables (basados en la evidencia)
- No se tendría un impacto orientado hacia la mejora de procesos, sino hacia la búsqueda de culpables.
- No se promovería la internalización en el profesional y en la organización, la cultura de mejora continua, la auto evaluación y el autocontrol

- No se garantizaría el cumplimiento del principio de la evaluación por pares, ni la adecuada delegación de procesos de evaluación, se afectaría la validez y confiabilidad del análisis en el caso de la aplicación de instrumentos de tamizaje.
- Se tomaría como un subproceso del proceso de autorización de servicios

En este orden de ideas, se crea la necesidad del diseño y montaje del Programa de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud de la IPS FAMISALUD de Currulao (Turbo) durante el año 2009.

### 3. JUSTIFICACIÓN

La auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud, permite un posicionamiento estratégico y diferenciador de la entidad que logra implementarla, sino también del profesional que la lleva a cabo. Para el administrador en servicios de salud, es de gran importancia conocer y diseñar este programa de tal manera que le permita ampliar su campo laboral y sus horizontes frente al posicionamiento en el sector salud. Es necesario reconocer que, el sector salud, ha recibido muchos cambios lo cual conlleva, a que los profesionales del área de la salud se encuentren alineados con dichos cambios, por lo tanto uno de los mas importantes o relevantes, muy reciente por cierto, es el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud, lo que obliga a las IPS y Direcciones Locales de Salud en Colombia a tomar parte fundamental de este programa, garantizando su implementación y desarrollo en los plazos establecidos para ello.

Por lo tanto es aquí donde entran a jugar papeles fundamentales los administradores de servicios de salud, con los conocimientos adquiridos, como apoyo fundamental para este proceso, que se genera lento pero a paso seguro<sup>2</sup>. El componente de Auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud (PAMEC), es de carácter obligatorio para las instituciones mencionadas con anterioridad, ya que se halla enmarcado desde la ley 100/93 y ley 1122/2007, lo que permite verificar si se está cumpliendo o no, con los parámetros establecidos por el Estado, garantizando así a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios en salud ofrecidos. Además que a la fecha no se tienen diseñados programas de Auditoría a los procesos que presentan fallas de calidad en la prestación de los servicios.

---

<sup>2</sup> Pautas indicativas para la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 GENERAL**

Diseñar el programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención en salud de la IPS FAMISALUD CURRULAO en el año 2009.

### **4.2 ESPECÍFICOS**

- 4.2.1 Realizar auto evaluación de la IPS FAMISALUD CURRULAO
- 4.2.2 Seleccionar procesos a mejorar
- 4.2.3 Priorizar procesos a mejorar
- 4.2.4 Definir la calidad esperada
- 4.2.5 Realizar medición inicial del desempeño de los procesos
- 4.2.6 Plantear plan de acción para procesos seleccionados

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 SOPORTE JURÍDICO

En el siguiente marco legal se toman textualmente la reglamentación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud, esto con el único fin de tener más explícito y concreto lo que a este compete.

#### **Constitución Política 1991**

**Artículo 48.** La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestara bajo la dirección, coordinación y control de Estado, en su ejecución a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley.

**Artículo 49.** La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

**Artículo 78.** La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización.

Serán responsables, quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios. El Estado garantizará la participación de las organizaciones de consumidores y usuarios en el estudio de las disposiciones que les conciernen. Para gozar de este derecho las organizaciones deben ser representativas y observar procedimientos democráticos internos.

**Artículo 189.** Corresponde al Presidente de la república como jefe de Estado, jefe del gobierno y suprema autoridad administrativa:

Numeral 11:

Ejercer la potestad reglamentaria mediante la expedición de los Decretos, Resoluciones y ordenes necesarias para la cumplida ejecución de las Leyes.

**Artículo 366.** El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.

#### **Ley 10 de 1990**

Por la cual se reorganizó el sistema nacional de salud, cuyo objetivo principal era establecer la descentralización administrativa de los servicios de salud.

**Artículo 1:** La intervención del estado en la fijación de normas de calidad y garantía de acceso de la población a los servicios de salud, los mecanismos para controlar y vigilar su cumplimiento.

**Artículo 49:** Sobre normas científicas y calidad de los servicios.

#### **Ley 100 de 1993**

Crea el sistema general de seguridad social en salud y define la transformación del sistema de salud en Colombia: Esta Ley desarrolla ampliamente el principio de

eficiencia, el cual resulta de un mejor funcionamiento de cada una de las instituciones y se apoya en la consolidación del proceso de descentralización y en el fortalecimiento de la participación más amplia y mejor calificada en el sector privado y de los usuarios de los servicios. El fomento de la competencia entre los proveedores y la libre elección a que tienen derecho las personas, se convierte en la mejor garantía en la prestación de servicios oportunos con calidad y seguridad para los usuarios. Así mismo, la Ley 100 fomenta en los prestadores de servicios de salud el mejoramiento de la infraestructura y la introducción de instrumentos de gestión como el sistema de costos, la auditoría y el control de la calidad.

**Artículo 152:** Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

**Artículo 153.** Determina como regla del servicio público de salud y aval de los derechos de los ciudadanos la equidad, obligatoriedad, protección integral, participación social, calidad y libre escogencia de los servicios y propone mecanismos de control que garanticen su cumplimiento.

**Calidad:** El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las Instituciones Prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia.

**Artículo 185.** Instituciones prestadoras de servicios de salud. Son funciones de las IPS prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

Para que una entidad pueda constituirse como IPS deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud.

Parágrafo. Toda Institución Prestadora de Servicios de Salud contará con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos. Es condición para la aplicación del régimen único de tarifas de que trata el artículo 241 de la presente ley, adoptar dicho sistema contable. Esta disposición deberá acatarse a más tardar al finalizar el primer año de vigencia de la presente ley. A partir de esta fecha será de obligatorio cumplimiento para contratar servicios con las Entidades Promotoras de Salud o con las entidades territoriales, según el caso, acreditar la existencia de dicho sistema.

**Artículo 186:** Del Sistema de Acreditación

El Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad, y promover su mejoramiento.

**Artículo 199.** Información de los Usuarios. El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario

**Artículo 227.** Control y evaluación de la calidad del servicio de salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público.

**Ley 872 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.

**Artículo 1.** Creación Del Sistema De Gestión De La Calidad (SGC). Créase el Sistema de Gestión de la calidad de las entidades del Estado, 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 tales entidades.

El SGC adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente.

El SGC es una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social.

**Artículo 3.** Características del SGC. El Sistema se desarrollará de manera integral, intrínseca, confiable, económica, técnica y particular en cada organización y será de obligatorio cumplimiento por parte de todos los funcionarios de la respectiva entidad y así garantizar en cada una de sus actuaciones la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

**Ley 1122 de 2007**

**Artículo 1°.** Objeto. 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. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

**Artículo 2°.** Evaluación por resultados. El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, solicitará a

la Superintendencia Nacional de Salud suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad. Cuando las entidades municipales no cumplan con los indicadores de que trata este artículo, los departamentos asumirán su administración durante el tiempo cautelar que se defina. Cuando sean los Departamentos u otras entidades del sector de la salud, los que incumplen con los indicadores, la administración cautelar estará a cargo del Ministerio de la Protección Social o quien este designe. Si hay reincidencia, previo informe del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará y podrá imponer las sanciones establecidas en la ley.

**Decreto 1011 del 3 de Abril de 2006.**

Establece el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la atención de salud del sistema General de Seguridad Social en Salud.

El SOGC del SGSSS 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.

Disposiciones Generales:

**Artículo 1. Campo de aplicación.** Las disposiciones del presente decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

**ARTÍCULO 2º.** Definiciones. Para efectos de la aplicación del presente decreto se establecen las siguientes definiciones:

Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

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.

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.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud. Empresas

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

Prestadores de Servicios de Salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

Para los efectos del presente decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

Profesional independiente. Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

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.

Unidad sectorial de normalización en salud. Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

**Artículo 3. Características Del SOGCS.** Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerequisite para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

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

**2. Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

**3. Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

**4. Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

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

**ARTÍCULO 4º.** Componentes del SOGCS. Tendrá como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

***Artículo.32: Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención De Salud.*** Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación.

Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB. La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

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

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

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

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

**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.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

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

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

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

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

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

**Artículo 35. Énfasis de la auditoría según tipos de entidad.** El Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud será implantado de conformidad con los ámbitos de acción de las diversas entidades y con énfasis en los aspectos que según el tipo de entidad se precisan a continuación.

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

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

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

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

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

**Artículo 50.** Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación. Por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad por parte de las EAPB y de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Para tales efectos, tanto la Superintendencia Nacional de Salud como las Entidades Departamentales y Distritales de Salud podrán realizar visitas de inspección y solicitar la documentación e informes que estimen pertinentes. En caso de incumplimiento, las entidades competentes adelantarán las acciones correspondientes y aplicarán las sanciones pertinentes, contempladas en la ley, previo cumplimiento del debido proceso.

**Artículo 53.-** El incumplimiento de lo establecido en el presente decreto, podrá generar la aplicación de las medidas sanitarias de seguridad previstas en las normas legales, por parte de las Entidades Territoriales de Salud en el marco de sus competencias, con base en el tipo de servicio, el hecho que origina el incumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente decreto y su incidencia sobre la salud individual y colectiva de las personas.

#### **Resolución 1043 del 3 de Abril de 2006**

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

**Artículo 1:** Establece como condiciones de habilitación la capacidad tecnológica y científica o estándares básicos de estructura y procesos suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación de los servicios de salud; la suficiencia patrimonial y financiera que garantice sostenibilidad y competitividad de las instituciones finalmente, la condiciones de capacidad técnico administrativa o requisitos legales de existencia y representación legal y de existencia de estados financieros de acuerdo a las normas contables.

**ARTÍCULO 2º.- ESTÁNDARES DE LAS CONDICIONES TECNOLÓGICAS Y CIENTÍFICAS PARA LA HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE**

SALUD. La formulación de estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica está orientada por los siguientes principios:

**a. Fiabilidad:** La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.

**b. Esencialidad:** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica, son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

**c. Sencillez:** La formulación de los estándares de las condiciones de capacidad tecnológica y científica, así como los procesos para su verificación, son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y los definidos como tales y su verificación por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.

#### **Resolución 2680 de 2007**

Modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 que hace referencia a las condiciones y estándares para el proceso de habilitación.

#### **Resolución 1445 de 2006**

**Artículos 1 y 2:** Mediante estos artículos las resoluciones en mención establece las funciones que debe tener la entidad acreditadora y da una serie de estándares de acreditación contenidos en el anexo técnico # 1 que aplican a las EAPB y deben ser utilizados para evaluar los niveles de calidad alcanzados en la atención en salud.

#### **Resolución 1446 8 de Mayo de 2006**

Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

**Artículo 1.** Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita:

1. Realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el SOGC.
2. Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el SGSSS.
3. Ofrecer insumos para la Referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.

**Artículo 2.** Niveles de operación del sistema de información para la Calidad. Opera en los siguientes niveles:

- Nivel de monitoria del sistema cuyos indicadores servirán para el monitoreo de calidad de la atención en salud en toda la nación y el desempeño de todos los actores del sistema general de seguridad social en salud.
- Nivel de auditoría externa entre los actores del sistema y permite proponer y utilizar indicadores adicionales acorde a sus competencias.

- Nivel de monitoria interna: Está constituido por los indicadores que se evalúan y los eventos adversos que se vigilan al interior de los actores en la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Es obligatorio hacer la monitoria de indicadores de calidad y vigilar el comportamiento de los eventos adversos los cuales serán definidos voluntariamente por la institución.

Se encuentran comprendidos en este nivel, como de obligatorio cumplimiento e implementación los indicadores de seguimiento a riesgo establecidos en el Sistema Único de Habilitación.

### **PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO.**

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud. PAMEC. Es la forma a través de la cual la institución implementa el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el cual se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios". Anexo Técnico N° 2, Resolución 1043.

### **COMO SE REALIZA, QUIEN LO HACE Y HASTA CUANDO HAY PLAZO DE PRESENTARLO.**

A continuación se definen algunas claves para la elaboración del PAMEC.

1. Identifique los posibles problemas de calidad de su organización: Para ello autoevalúese con base en: Estándares de acreditación: Resolución 1445 de 2006 .Indicadores del Sistema de Información para la calidad: Resolución 1446 de 2006
2. Seleccione los procesos que están influyendo en el no logro del estándar de acreditación o el resultado no deseado del indicador del sistema de información.
3. Priorice los procesos que impactan directamente la calidad del servicio al usuario.
4. Defina la calidad esperada para los procesos que seleccionó, es decir: a dónde quiero llegar, cuál es mi meta. Tome como referente las mejores prácticas que pueda identificar y documéntelas.

5. Identifique la calidad observada: verifique cómo está en la organización, en qué nivel de cumplimiento de la meta se encuentra.

6. Elabore e implemente un plan de mejoramiento que le permita lograr la calidad esperada en la organización (Disminución de la brecha entre calidad observada y calidad esperada). No olvide definir de forma precisa los recursos necesarios, los plazos fijados para cada paso y las especificaciones de lo que se desea lograr en cada momento. Obtenga la aprobación de las instancias correspondientes de la institución antes de iniciar.

7. Comunique el plan trazado y los avances logrados (boletín, cartelera, volantes, presentaciones, etc.) Participe a todos los colaboradores de la organización del esfuerzo que se desarrolla, del compromiso de la alta dirección con el proceso y reconozca públicamente los aportes de cada área y funcionario.

8. Implemente una metodología que le permita hacer seguimiento tanto al cumplimiento del plan de mejoramiento, como a la efectividad de las acciones implementadas. Si no logra el resultado deseado, evalúe qué pudo pasar y realice los ajustes del caso. Cuantifique los logros, trate de asociarlos con ahorros o ganancias en términos de seguridad para el usuario de forma tangible.

#### **EN LAS INSTITUCIONES QUIEN ES EL RESPONSABLE DE REALIZAR EL PAMEC.**

"Los participantes en el proceso de auto evaluación interna, para la elaboración del diagnóstico básico que identificará los problemas o fallas de calidad en la organización, se sugiere: la gerencia, el equipo directivo, auditoria, control interno y el equipo de mejoramiento de la calidad si está constituido; en caso de no estarlo, se convocaría a miembros de la organización, responsables de implementar el nivel de autocontrol, que puedan ser potenciales integrantes de un equipo de mejoramiento de la calidad ó de un comité de mejoramiento de la calidad." (Guía N° 1. Guías Básicas para Implementar las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud).

#### **HASTA CUANDO HAY PLAZO DE PRESENTARLO.**

El PAMEC se debe presentar como anexo en el momento en que se entregue el formulario de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Salud, ante la Entidad Territorial correspondiente.

La información que contiene esta ayuda es solamente orientadora y si tiene inquietudes que impliquen la interpretación y aplicación en forma general de las normas relativas a la prestación de servicios de salud.

## **PAUTAS INDICATIVAS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD.**

El propósito de estas pautas indicativas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud, en desarrollo del título IV del Decreto 1011 de 2006, es el de orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos y promover para el país una nueva etapa en la gestión de los procesos de calidad en la cual se asimilen las experiencias nacionales e internacionales, superando las evaluaciones superficiales y anodinas y convirtiendo a la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en una herramienta de gestión que impacte en el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población.

## **5.2 SOPORTE REFERENCIAL**

Currulao es un corregimiento del Municipio de Turbo, ubicado en el Departamento de Antioquia sobre la vía regional que comunica el Municipio de Apartado y el municipio de Turbo. Tiene una población de 25.000 habitantes y su economía se basa principalmente en la producción de plátano y Banano el cual es exportado al exterior.

El corregimiento de Currulao presenta las siguientes instituciones de salud:

- FAMISALUD IPS, que es la institución objeto del presente proyecto
- Centro de salud Don Bosco
- Salud Darién IPS
- Laboratorio Clínico FLEMING.
- Un consultorio medico particular, cuya atención al público es muy esporádica.

## **5.3 SOPORTE TEÓRICO**

La auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud es la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con las normas técnico – científicas previamente establecidas<sup>3</sup>.

El componente de auditoría comprende definir y optimizar un modo de auditoría de la calidad de la atención en salud para el país. Al mismo tiempo que desarrolla la operativización del modelo, se recolecta la información de los programas de auditoría y calidad que ofrecen en el país.

El Sistema de calidad podría ser la herramienta mas efectiva para prevenir demandas de responsabilidad médico – legal, teniendo en cuenta que conlleva a cumplir con todos los componentes de la buena práctica médica (diligencia, prudencia y cumplimiento de reglamentos), que de por si exoneran de culpa a los profesionales de la salud<sup>4</sup>.

En el país la implementación normativa del sistema de garantía de la calidad ya se ha establecido y es de carácter obligatorio, sin embargo la “Cultura de la Calidad” promedio de los profesionales de la salud todavía es muy baja, dificultando su desarrollo.

- **Importancia de la calidad en salud**

Los servicios de salud actualmente ya no son ofrecidos por un médico particular sino por un sistema que involucra acción coordinada de muchos individuos, en forma compleja y tecnificada. Se reconoce que mas del 80% de los errores que se cometen en la atención médica no se originan en un médico en particular, sino en un defecto del sistema de salud. Sin embargo es el médico quien habitualmente debe responder ante el paciente. La mejor herramienta para disminuir estos resultados negativos se basa en establecer técnicas de garantía de la calidad que tiene como objetivo fundamental la protección del paciente, pero que en general ofrece ventajas a todos los actores de la atención.

Beneficia al paciente: en realidad el sistema de calidad está dirigido hacia el paciente, que es en esencia la razón de ser de la medicina (el producto de la atención médica). El recibir una atención con calidad, ofrece al paciente una visión de confianza, seguridad y trato digno, que conlleva a sentirse siempre satisfecho

---

<sup>3</sup> Bergman David. El mejoramiento de la Calidad. *Pediactris in Review*. 1983. Vol. 14

<sup>4</sup> Ministerio del Trabajo y Seguridad Social – mayo 1990 – Página 91

con los servicios recibidos. El paciente es quien finalmente juzga la calidad del servicio médico y cuando lo ha considerado como bueno generalmente es más tolerante en casos de resultados no satisfactorios.

Para el profesional de la salud utilizar técnicas de calidad, hace mas segura su labor profesional dentro de los parámetros de la ética, que permite tener la tranquilidad y satisfacción de la labor bien realizada, asegurando el prestigio y protegiéndolos contra riesgos de procesos médico legales en su contra. La búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional.<sup>5</sup>

Para las instituciones de salud y las Direcciones Locales de Salud, por ser los actores donde se determinan las condiciones de la atención, la aplicación de un sistema de calidad, es fundamental para desarrollar sus actividades. Es así que cuando aplica adecuadamente los procesos de calidad, obtiene resultados efectivos de una acreditación, disminución de costos (se ha calculado la reducción hasta un 37.8% de los gastos de funcionamiento), pertenencia a la institución de su personal y también menos incidencias de demandas por fallas del servicio. “Las características de la organización de los hospitales (la extensión del control), están mas relacionadas con la calidad, que las calificaciones de los médicos<sup>6</sup>

Por otro lado, la calidad es un concepto que siempre ha sido difícil de definir, cambiante según la perspectiva de quien lo utilice. Se acepta que es un atributo que congrega muchas variables de un servicio o producto, (efectividad, duración, apariencia, costos y otros) que logra la plena satisfacción de las necesidades del usuario.

La calidad en servicios de salud, implica que la prestación de los servicios de salud, está sujeta a ser calificada en cuanto a su calidad tanto por los clientes externos como internos.

---

<sup>5</sup> Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Como garantizar la Calidad. Boletín Mayo de 1996

- **Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social**

Es la organización de las normas que aseguran la calidad en la prestación de los servicios de salud, de obligatorio cumplimiento en Colombia por todos los integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud. Reglamentado en el decreto 1011 de abril de 2006 (reglamentario de la ley 100 de 1993) que es aplicable a todas las organizaciones que presten servicios de salud (EPS, EPS subsidiada, IPS, PREPAGADAS y las que se le asimilen)

- **Declaración de requisitos esenciales**

Las IPS cada cuatro años en forma obligatoria, deben presentar ante las Direcciones Seccionales o Distritales de Salud y las Municipales certificadas y autorizadas, los requisitos esenciales para la prestación de cada uno de los servicios de salud que ofrezcan y se comprometen a cumplirlos por el tiempo que dure la prestación de estos. Los requisitos esenciales por servicios comprenden los siguientes estándares:

Recurso Humano

Infraestructura - instalaciones Físicas – Mantenimiento

Dotación y mantenimiento

Dispositivos médicos, insumos y gestión de insumos

Procesos prioritarios asistenciales

Historias Clínicas

Interdependencia de servicios

Referencia y contrarreferencia

---

<sup>6</sup> Rhee 1977

## Seguimiento a riesgos

Dicho documento servirá para acreditarse ante las entidades de vigilancia y control, de acuerdo con lo establecido en el numeral 9, del art 153, de la ley 100 de 1993

- **Diseño y ejecución de un plan para el mejoramiento de la calidad**

Los prestadores de servicios de salud (IPS), deben contar con procesos de calidad de acuerdo su necesidad o nivel de complejidad

- Desarrollo de un sistema de información que incluya componentes de ofertas de servicios, uso por parte de los usuarios, perfil epidemiológico y situación de la salud de los usuarios atendidos. Se convierte en elemento fundamental para tener un monitoreo continuo del desempeño del sistema de Garantía de la Calidad.
- Procesos de medición de la satisfacción de los usuarios – Encuestas de satisfacción, buzones de quejas, Comités técnico científicos entre otros, organización de Comités de usuarios, permiten conocer las percepciones buenas o malas de calidad respecto a los servicios recibidos. Recordar que el sistema de calidad se establece para el usuario, la interacción de procesos como contratación, calidad de medicamentos, cumplimiento de jornadas de trabajo, manejo de la información, idoneidad profesional y otros<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Ley 100 de 1993 sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Decretos 1011 de 2006, Resolución 1043 y anexos técnicos, Resolución 1046 de 2006

## 6. MARCO INSTITUCIONAL

### RESEÑA HISTORICA.

**FAMISALUD IPS** es el nombre comercial de una sociedad llamada **CREAR SALUD LTDA** constituida el 26 de noviembre de 2003 e inscrita en la cámara de comercio de Urabá el día 12 de diciembre del mismo año; El proyecto se realizó en cabeza de tres profesionales del área de la salud entre los que estaban un medico, un odontólogo y una bacterióloga los cuales conformaron la sociedad y decidieron crear la primera sede en el corregimiento de Currulao, ya que este presentaba unas características importantes como era su excelente ubicación, poca competencia, crecimiento constante de la población, orden público estable y un buen número de afiliados al régimen contributivo y subsidiado.

Se comenzó a prestar servicios en esta primera sede el día 27 de enero de 2004 en el corregimiento de CURRULAO ofreciendo los servicios de consulta médica general, odontología, programas de promoción y prevención, procedimientos menores, toma de muestras y un convenio con DEMPOS para el servicio de medicamentos.

Posteriormente utilizando la misma estrategia de Currulao se decide ampliar el mercado y abrir una segunda sede localizada en el corregimiento de Nueva Colonia, la cual presta sus servicios desde el 02 de mayo del año 2007 ofreciendo los mismos servicios de la sede de Currulao.

Se sigue gestionando para incursionar en la cabecera Municipal de Turbo y se abre una tercera sede a partir del 01 de septiembre del año 2008 la cual presta servicios de salud oral. Continuando con el proceso de crecimiento y sostenibilidad en el mercado se presenta la oportunidad de incursionar en el municipio de NECOCLI en donde ya existía una IPS llamada PRISMA SALUD LTDA la cual llevaba 2 años prestando servicios en esta localidad, se entra en un proceso de negociación y se logra llegar a un arreglo con esta empresa, en el cual FAMISALUD adquiere dicha IPS y comienza a funcionar como FAMISALUD IPS NECOCLI a partir del 16 de noviembre del año 2008 prestando servicios de consulta médica, odontología , programas de promoción y prevención, nutrición y dietética, procedimientos menores.

En la actualidad contamos con 4 sedes:

- FAMISALUD IPS CURRULAO.
- FAMISALUD IPS NUEVA COLONIA.
- FAMISALUD IPS TURBO.
- FAMISALUD IPS NECOCLI.

Esperamos seguir gestionando para ampliar nuestro portafolio de servicios, nuestra área de influencia y continuar buscando el mejoramiento continuo de nuestros procesos para garantizar nuestra sostenibilidad en el mercado y crecimiento institucional.

## **MISIÓN**

**FAMISALUD IPS**, es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Primer nivel de complejidad integrada al Sistema General de Seguridad Social en Salud; Presta sus servicios a la población ubicada en los corregimientos de Currulao, Nueva Colonia, cabeceras municipales de Turbo y Necoclí con sus respectivas zonas de influencia, bajo los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social, de conformidad con los principios éticos, el profesionalismo y la responsabilidad médica, la solidaridad y la atención humanizada a sus clientes; propendiendo siempre por el mejoramiento continuo de la calidad en beneficio de la comunidad, el talento humano de la empresa y sus socios.

## **VISIÓN**

Ser en el año 2011 una institución sólida y estable que preste servicios de salud de primer y segundo nivel de complejidad, con varias IPS distribuidas en la región de Urabá en busca de la acreditación en salud, siendo reconocidos por la calidad de nuestros servicios y el buen trato a nuestros clientes. Tendremos una proyección regional e internacional aprovechando las ventajas que ofrecerá el tratado de libre comercio y los proyectos de inversión y desarrollo en la región de Urabá.

## **PRINCIPIOS CORPORATIVOS**

- ❖ Respeto por la vida
- ❖ Buen trato al cliente
- ❖ Interés por mejorar la salud de la comunidad.
- ❖ Honestidad.
- ❖ Responsabilidad social.
- ❖ Equidad.
- ❖ Trato digno y amable
- ❖ Competitividad
- ❖ Interés por permanecer, servir y crecer
- ❖ Armonía

## **POLÍTICA DE CALIDAD**

**CREARSALUD LTDA – FAMISALUD IPS**, se compromete a garantizar la prestación imponderable de los servicios en salud de primer nivel, con calidad y buscando siempre el mejoramiento continuo de sus procesos, acorde a las normas vigentes, dentro de un marco de:

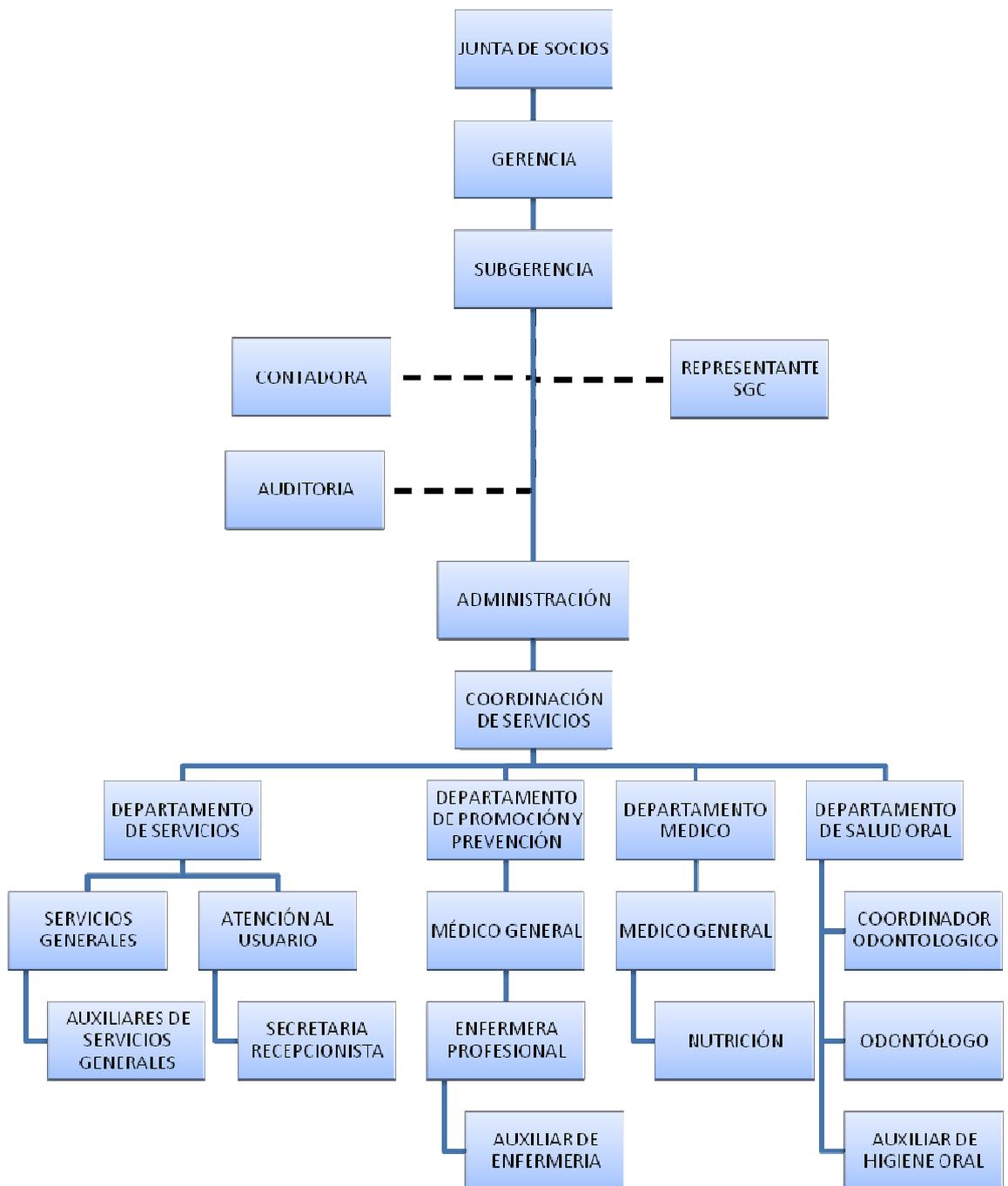
- ❖  Legalidad y Respeto por la Condición Humana y por la vida,
- ❖  Satisfacción de nuestros Clientes,
- ❖  Formación de su Talento Humano,
- ❖  Uso Adecuado de los Recursos,
- ❖  Garantizar el beneficio social de la comunidad.
- ❖  Garantizar el crecimiento y solidez institucional.

## **OBJETIVOS DE CALIDAD**

- Asegurar que los clientes sean atendidos dentro de los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de la Protección Social, los requerimientos del cliente y los establecidos por la organización para cada uno de los servicios ofertados.

- Prestar los servicios conforme a la normatividad actual y al respeto por nuestros clientes.
- Evaluar y medir la calidad de la prestación de nuestros servicios asistenciales.
- Garantizar la competencia del Talento Humano de la IPS.
- Mejorar continuamente la eficacia del Sistema de Garantía de la Calidad. Asegurar la disponibilidad de los recursos técnicos utilizados para la adecuada prestación de los servicios.
- Realizar una gestión gerencial que consolide la rentabilidad social, económica y financiera de la organización.

ORGANIGRAMA.



## **7. METODOLOGÍA**

Para el desarrollo del Programa de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se toma como base y herramienta fundamental las Pautas Indicativas y las guías establecidas por el Ministerio de Protección Social para tal fin, las cuales se desarrollan en cada una de las fases que se describen a continuación:

### **7.1 FASE 1: AUTOEVALUCIÓN DE LA INSTITUCIÓN:**

Se realiza a través de un diagnóstico básico general, donde se identifican: Fallas en la calidad, Aspectos Relevantes para la institución, Oportunidades de mejoramiento de cada uno de los procesos prioritarios que se desarrollan en la institución.

Cada una de las anteriores están dirigidas a alcanzar el sistema único de acreditación, con el apoyo de un grupo interdisciplinario conformado por: Gerente, Representante del sistema de Garantía de la Calidad, auditora interna, Jefes de área. Los resultados son los siguientes:

#### **7.1.1 Diagnóstico Básico General**

**Fallas en la Calidad** (Ver anexo A, B, C Y D):

- La falta de una base de datos de los usuarios, dificulta la planeación del servicio.
- La inadecuada realización del proceso de contrarreferencia.
- El mantenimiento preventivo y calibración de los equipos es inadecuado.
- Ausencia de algunos equipos biomédicos para la prestación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (monitor de signos fetales).
- Desconocimiento de la visión y la misión de la institución por parte de los empleados
- El plan estratégico de desarrollo de la organización no cumple con su cronograma y no es socializado.
- Indicadores de calidad y de proceso no se les realiza seguimiento
- Insuficiente capacitación continua al personal para que sean mas eficientes en sus cargos
- No hay criterios claros para la compra de los insumos y equipos médicos.

## **7.2 FASE 2: SELECCIÓN DE LOS PROCESOS A MEJORAR EN LA INSTITUCIÓN:**

En esta fase y tomando como punto de inicio la primera etapa de la ruta crítica, la autoevaluación, se establecen los procesos sujetos a intervenir o jerarquizar, para buscar medidas de mejoramiento. Los procesos que darán solución a los problemas planteados en la autoevaluación son:

### **Procesos primarios (asistenciales)**

Gestión de consulta externa de medicina general

Gestión de consulta externa de odontología general

Gestión de P y P

Gestión del SIAU

**Procesos de apoyo**

Gestión del talento humano

Gestión de insumos

Gestión de mantenimiento

**Procesos estratégicos**

Gestión comercial

Gestión administrativa

Gestión de calidad

Gestión de auditoría

**7.3 FASE 3: PRIORIZACIÓN DE LOS PROCESOS A MEJORAR EN LA INSTITUCIÓN:**

A través de una matriz de priorización, donde se da un puntaje a cada uno de los procesos que presentan problemas de calidad, dichos puntajes se dan con relación al impacto que genere en el usuario, el impacto en el cliente interno y el impacto en la imagen de la organización. La escala es de 1 a 5, se multiplican los resultados, y aquellos procesos con mayor puntaje son los priorizados.

**7.3.1 Definición De Prioridades**

La matriz de priorización a utilizar muestra las opciones a priorizar o procesos en las filas y los criterios para tomar la decisión en las columnas (ver anexo F y G). Siendo el procedimiento el siguiente:

1. Definir las alternativas que van a ser jerarquizadas
2. Definir los criterios de evaluación
3. Definir el peso de cada uno de los criterios
4. Construir la matriz
5. Calificar cada alternativa con cada criterio, usando la escala de calificación, la cual será de 1 a 5, el valor máximo se otorgará al proceso considerado más importante y así sucesivamente.
6. Multiplicar los valores obtenidos.
7. Anotar el resultado en la casilla Total.
8. Ordenar las alternativas de mayor a menor

Los procesos a utilizar en este programa de auditoría son aquellos que obtuvieron los puntajes más altos y se enfatizará en aquellos donde se hallan presentado eventos adversos durante la atención.

De manera organizada, los procesos priorizados quedan así:

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>				
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE PROCESOS</b>		<b>VERSIÓN: 01</b>		<b>FECHA DE REVISIÓN:</b> ----- 00 -----
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b> 28 / 08 / 09		<b>PÁGINA: 2</b>
<b>Procesos</b>	<b>Impacto en satisfacción de usuarios y familiares</b>	<b>Impacto en cliente externo</b>	<b>Impacto en cliente interno</b>	<b>Impacto en imagen Organización</b>	<b>Total</b>
Gestión de consulta externa de medicina general	5	5	3	5	375
Gestión de consulta externa de odontología general	5	5	3	5	375
Gestión de enfermería	5	5	3	5	375
Gestión de calidad	5	5	5	5	625
Gestión del talento humano	5	3	3	5	225
Gestión del SIAU	5	5	1	5	125
Gestión comercial	4	5	1	5	100
Gestión de auditoria	1	5	4	3	60
Gestión de insumos	2	1	5	5	50
Gestión administrativa	1	2	5	5	50
Gestión de mantenimiento	1	1	4	5	20

## 7.4 FASE 4: DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA POR LA INSTITUCIÓN:

Será a través de la estandarización de cada uno de los procesos, el establecimiento de indicadores esperados, de acuerdo a las necesidades del usuario y las características del servicio.

### 7.4.1 Desdoblamiento de la calidad de FAMISALUD IPS

 FAMISALUD IPS		PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD		
NOMBRE DOCUMENTO: FICHA DE DESDOBLAMIENTO DE LA CALIDAD		VERSIÓN: 01	FECHA DE REVISIÓN: ---- 00 ----	
TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO		FECHA DE ELABORACIÓN: 30 / 08 / 09	PÁGINA: 1	
Identificación del cliente	Deseos del usuario	Especificaciones del producto	Indicadores de Gestión	
USUARIO	Oportunidad en la atención	Garantizarle al usuario la posibilidad de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica General.	
	Accesibilidad	Garantizar al usuario la utilización de los servicios del Sistema de salud.	Oportunidad de la asignación en consulta odontológica	
	Seguridad	Garantizar al usuario la oportuna solución de sus problemas de salud.	Proporción de pacientes consultores crónicos.	

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD				
 <b>FAMISAL UD IPS</b>	<b>NOMBRE DOCUMENTO:</b> <b>FICHA DE DESDOBLAMIENTO DE LA CALIDAD</b>		<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b> ---- 00 ----
	<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b> <b>FORMATO</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b> 02 / 09 / 09	<b>PÁGINA: 2</b>
	<b>Identificación del cliente</b>	<b>Deseos del usuario</b>	<b>Especificaciones del producto</b>	<b>Indicadores de Gestión</b>
<b>USUARIO</b>	<b>Pertinencia</b>	Garantizar a los usuarios la obtención de los servicios requeridos, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y que sus efectos secundarios sean menores que los beneficios potenciales.	Proporción de hipertensión arterial controlada según guía basada en la evidencia.  Tasa de eventos adversos gestionados.  Tasa de satisfacción global.	
	<b>Continuidad Seguridad</b>	Garantizar que el usuario reciba las intervenciones mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basado en el conocimiento científico.		

## 7.4.2 Fichas técnicas de indicadores

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>		
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN: ---- 00 ----</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15 / 09 / 09</b>	<b>PÁGINA: 1</b>
<b>Nombre del indicador:</b>	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general		
<b>Categoría del indicador:</b>	Resultado		
<b>Justificación:</b>	La oportunidad es de vital importancia ya que de esta puede depender la solución a tiempo de las diferentes patologías, evitando así posibles complicaciones.		
<b>Objetivo del indicador:</b>	Establecer el tiempo transcurrido entre la solicitud de una cita médica y la asignación de esta, para determinar si es adecuado o no.		
<b>Foco de la medida:</b>	Recepción de clientes		
<b>Tipo de medida:</b>	Días		
<b>Numerador:</b>	Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la solicitud de la cita y la asignación de esta.		
<b>Denominador:</b>	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución		
<b>Valor de los datos:</b>	Optimo: 1 día. Medio: 1- 2 días. Bajo: Mas de 2 días.		
<b>Fuente de los datos:</b>	Cuadernos de control y asignación de citas médicas		
<b>Periodicidad del indicador:</b>	Mensual		
<b>Ajuste por riesgo:</b>	No aplica		

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>		
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN: ----- 00 -----</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15 / 09 / 09</b>	<b>PÁGINA: 1</b>
<b>Nombre del indicador:</b>		Oportunidad en la atención en consulta de odontología general	
<b>Categoría del indicador:</b>		Resultado	
<b>Justificación:</b>		La atención oportuna puede evitar secuelas en la cavidad oral, o minimizar posibles complicaciones.	
<b>Objetivo del indicador:</b>		Establecer el tiempo transcurrido entre la solicitud de una cita odontológica y la asignación de esta.	
<b>Foco de la medida:</b>		Odontología y/o recepción de clientes	
<b>Tipo de medida:</b>		Días	
<b>Numerador:</b>		Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la solicitud de la cita y la asignación de esta.	
<b>Denominador:</b>		Número total de consultas de odontología generales asignadas en la institución	
<b>Valor de los datos:</b>		Optimo: 0 a 4 días Medio: 5 a 7 días Bajo: más de 7 días.	
<b>Fuente de los datos:</b>		Cuadernos de control y asignación de citas odontológicas	
<b>Periodicidad del indicador:</b>		Mensual	
<b>Ajuste por riesgo:</b>		No aplica	

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>		
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN: ----- 00 -----</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15 / 09 / 09</b>	<b>PÁGINA: 1</b>
<b>Nombre del indicador:</b>	Remisión a Especialistas		
<b>Categoría del indicador:</b>	Resultado		
<b>Justificación:</b>	El seguimiento a las remisiones nos permite identificar necesidades y uso pertinente de estos servicios.		
<b>Objetivo del indicador:</b>	Establecer el porcentaje de remisiones a especialistas.		
<b>Foco de la medida:</b>	consulta Médica y Odontológica.		
<b>Tipo de medida:</b>	porcentaje		
<b>Numerador:</b>	Número de pacientes remitidos a especialistas.		
<b>Denominador:</b>	Número total de Usuarios Asignados a la IPS		
<b>Valor de los datos:</b>	Optimo: 4 – 7 % Medio: Menor a 4 % Bajo: más de 7 %		
<b>Fuente de los datos:</b>	SIS de Consulta médica y Odontología.		
<b>Periodicidad del indicador:</b>	Mensual		
<b>Ajuste por riesgo:</b>	No aplica		

 <b>FAMISALUD</b> <b>IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>		
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b> ----- 00 -----
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b> 15 / 09 / 09	<b>PÁGINA: 1</b>
<b>Nombre del indicador:</b>	Cumplimiento Ponderado de las Metas de cobertura de las Actividades de P Y P		
<b>Categoría del indicador:</b>	Resultado		
<b>Justificación:</b>	Las coberturas de los programas de P Y P son indispensables para mantener una población más saludable.		
<b>Objetivo del indicador:</b>	Establecer los porcentajes de cobertura de los programas de P Y P.		
<b>Foco de la medida:</b>	Pacientes de P Y P		
<b>Tipo de medida:</b>	Porcentaje.		
<b>Numerador:</b>	Promedio total de Cobertura de Programas de P Y P del mes.		
<b>Denominador:</b>			
<b>Valor de los datos:</b>	Optimo: 90 % o mas Medio: Entre 80 y 90 % Bajo: menor 80 %.		
<b>Fuente de los datos:</b>	SIS de P Y P		
<b>Periodicidad del indicador:</b>	Mensual		
<b>Ajuste por riesgo:</b>	No aplica		

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>		
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN: ----- 00 -----</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15 / 09 / 09</b>	<b>PÁGINA: 1</b>
<b>Nombre del indicador:</b>	Prescripción de Medicamentos por consulta Médica General.		
<b>Categoría del indicador:</b>	Resultado		
<b>Justificación:</b>	La buena utilización de los medicamentos está ligada al efectivo tratamiento de las patologías, el abuso de estos conlleva al deterioro de la salud.		
<b>Objetivo del indicador:</b>	Establecer el número de pacientes a los que se les realiza prescripción de medicamentos.		
<b>Foco de la medida:</b>	Consulta médica.		
<b>Tipo de medida:</b>	Porcentaje		
<b>Numerador:</b>	Número de usuarios con prescripción de Medicamentos		
<b>Denominador:</b>	Total de consultas realizadas		
<b>Valor de los datos:</b>	Optimo: Menor o igual 85 % Medio: 86 y 90 % Bajo: mayor de 90 %.		
<b>Fuente de los datos:</b>	SIS de Consulta Medica		
<b>Periodicidad del indicador:</b>	Mensual		
<b>Ajuste por riesgo:</b>	No aplica		

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>		
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN: ----- 00 -----</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15 / 09 / 09</b>	<b>PÁGINA: 1</b>
<b>Nombre del indicador:</b>		Promedio de Medicamentos por Formula	
<b>Categoría del indicador:</b>		Resultado	
<b>Justificación:</b>		El abuso o limitación de los medicamentos conlleva alteraciones en la salud. Estos se deben utilizar adecuadamente.	
<b>Objetivo del indicador:</b>		Establecer el número de medicamentos por formula medica.	
<b>Foco de la medida:</b>		Consulta Medica	
<b>Tipo de medida:</b>		Numero de Medicamentos.	
<b>Numerador:</b>		Total de medicamentos formulados.	
<b>Denominador:</b>		Total de formulas	
<b>Valor de los datos:</b>		Optimo: Menor de 3 Medio: 3 y 4 Bajo: Mayor de 4.	
<b>Fuente de los datos:</b>		Formato entrega de medicamentos Farmacia.	
<b>Periodicidad del indicador:</b>		Mensual	
<b>Ajuste por riesgo:</b>		No aplica	

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>		
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN: ----- 00 -----</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15 / 09 / 09</b>	<b>PÁGINA: 1</b>
<b>Nombre del indicador:</b>	Calidad en el Diligenciamiento de la Historia Clínica		
<b>Categoría del indicador:</b>	Resultado		
<b>Justificación:</b>	La historia clínica es el soporte legal de todo lo que se le realiza al paciente, por lo que se debe diligenciar correctamente de acuerdo a la normatividad vigente.		
<b>Objetivo del indicador:</b>	Evaluar la calidad en el diligenciamiento de la Historia Clínica.		
<b>Foco de la medida:</b>	Historias Clínicas		
<b>Tipo de medida:</b>	Porcentaje.		
<b>Numerador:</b>	Promedio total de resultados de calidad de 20 HC evaluadas al azar.		
<b>Denominador:</b>	Promedio Máximo posible de obtener al evaluar 20 HC.		
<b>Valor de los datos:</b>	Optimo: Mayor o igual al 80 % Medio: Entre 60 y 79 % Bajo: 59 % o menos.		
<b>Fuente de los datos:</b>	Informe de Auditoría de HC de la IPS		
<b>Periodicidad del indicador:</b>	Trimestral.		
<b>Ajuste por riesgo:</b>	No aplica		

 <b>FAMISALUD</b> <b>IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>		
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b> ----- 00 -----
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b> 15 / 09 / 09	<b>PÁGINA: 1</b>
<b>Nombre del indicador:</b>		Tiempo de Espera en Sala	
<b>Categoría del indicador:</b>		Resultado	
<b>Justificación:</b>		El tiempo de los usuarios es muy valioso, por lo tanto hay que ser muy puntual para atenderlo.	
<b>Objetivo del indicador:</b>		Establecer el tiempo transcurrido entre la hora de la cita y la hora en que es atendido el usuario.	
<b>Foco de la medida:</b>		Sala de espera y Recepción.	
<b>Tipo de medida:</b>		Minutos	
<b>Numerador:</b>		Sumatoria total del tiempo transcurrido entre la hora de la cita y la hora en que se atiende al usuario.	
<b>Denominador:</b>		Número total de consultas	
<b>Valor de los datos:</b>		Optimo: 0 a 10 Minutos. Medio: 11 a 20 Minutos. Bajo: Más de 20 Minutos.	
<b>Fuente de los datos:</b>		Agenda de citas.	
<b>Periodicidad del indicador:</b>		Mensual	
<b>Ajuste por riesgo:</b>		No aplica	

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>		
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN: ---- 00 ----</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15 / 09 / 09</b>	<b>PÁGINA: 1</b>
<b>Nombre del indicador:</b>	Proporción de pacientes consultores crónicos		
<b>Categoría del indicador:</b>	Resultado		
<b>Justificación:</b>	La detección de pacientes consultores crónicos es fundamental para brindar el tratamiento adecuado y ser más eficientes en el manejo de los recursos en salud.		
<b>Objetivo del indicador:</b>	Identificar pacientes consultores crónicos para darles el manejo adecuado.		
<b>Foco de la medida:</b>	Área asistencial y administrativa		
<b>Tipo de medida:</b>	Relación porcentual		
<b>Numerador:</b>	Pacientes que consultan tres o más veces en el mismo período por la misma causa.		
<b>Denominador:</b>	Total de pacientes atendidos en el período		
<b>Valor de los datos:</b>	Optimo: inferior o igual al 2%. Medio: Entre el 3% y 5%. Bajo: Mayor del 6%.		
<b>Fuente de los datos:</b>	Formato pacientes consultores crónicos		
<b>Periodicidad del indicador:</b>	Mensual		
<b>Ajuste por riesgo:</b>	Por edad y por sexo		

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>		
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN: ----- 00 -----</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15 / 09 / 09</b>	<b>PÁGINA: 1</b>
<b>Nombre del indicador:</b>	% de pacientes con HTA controlada		
<b>Categoría del indicador:</b>	Resultado		
<b>Justificación:</b>	El control de los pacientes con HTA Permite reducir las probabilidades de complicaciones que pueden poner en riesgo su vida.		
<b>Objetivo del indicador:</b>	Controlar el 90% de los pacientes que consulten por HTA		
<b>Foco de la medida:</b>	Consulta medica general y P y P		
<b>Tipo de medida:</b>	Relación porcentual		
<b>Numerador:</b>	Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su HTA presentan niveles de tensión arterial esperados, de acuerdo con las metas recomendadas por la guía de practica clínica basada en evidencia		
<b>Denominador:</b>	Número total de pacientes hipertensos diagnosticados		
<b>Valor de los datos:</b>	Optimo: superior o igual al 90%. Medio: Entre el 80% y 89%. Bajo: Menor del 79%		
<b>Fuente de los datos:</b>	SIS de Promoción y prevención		
<b>Periodicidad del indicador:</b>	Mensual		
<b>Ajuste por riesgo:</b>	Sexo y edad		

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>		
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN: ---- 00 ----</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15 / 09 / 09</b>	<b>PÁGINA: 1</b>
<b>Nombre del indicador:</b>		Proporción de vigilancia de eventos adversos	
<b>Categoría del indicador:</b>		Resultado	
<b>Justificación:</b>		Los eventos adversos pueden deteriorar el estado de salud y dejar secuelas en los pacientes, por lo tanto se deben controlar y minimizar al máximo.	
<b>Objetivo del indicador:</b>		Realizar seguimiento y control a los diferentes eventos adversos que se presenten en la institución.	
<b>Foco de la medida:</b>		Áreas administrativas y asistenciales de la institución.	
<b>Tipo de medida:</b>		Relación porcentual.	
<b>Numerador:</b>		Número total de eventos adversos detectados y gestionados	
<b>Denominador:</b>		Número total de eventos adversos detectados	
<b>Valor de los datos:</b>		Optimo: superior o igual al 95%. Medio: 85% - 94%. Bajo: Menos del 84%.	
<b>Fuente de los datos:</b>		Formatos de detección y gestión a eventos adversos	
<b>Periodicidad del indicador:</b>		Mensual.	
<b>Ajuste por riesgo:</b>		Por evento, por edad y por sexo	

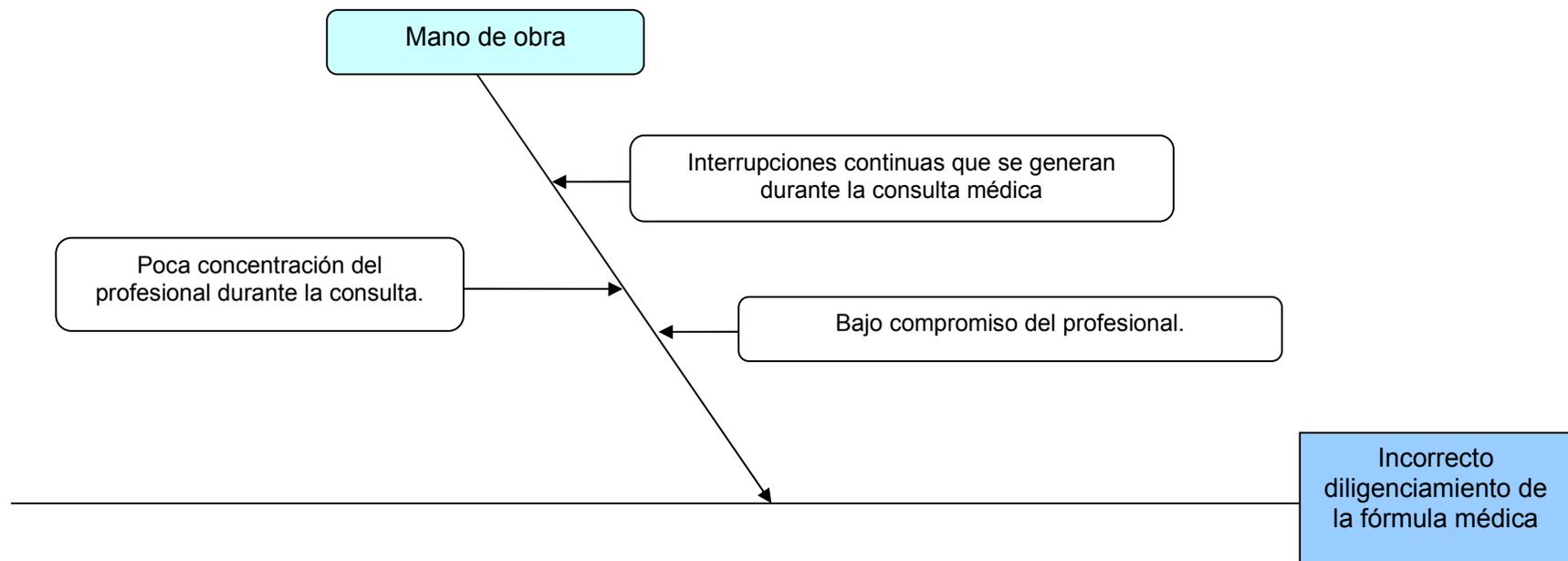
 <b>FAMISALUD IPS</b>	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD		
	NOMBRE DOCUMENTO: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR	VERSIÓN: 01	FECHA DE REVISIÓN: ---- 00 ----
	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	FECHA DE ELABORACIÓN: 15 / 09 / 09	PÁGINA: 1
<b>Nombre del indicador:</b>	Tasa de satisfacción global		
<b>Categoría del indicador:</b>	Resultado		
<b>Justificación:</b>	El centro del sistema de salud es el usuario, por lo tanto es prioritario saber cómo perciben nuestros servicios y que debemos hacer para que se sientan satisfechos.		
<b>Objetivo del indicador:</b>	Establecer el grado de satisfacción de nuestros clientes		
<b>Foco de la medida:</b>	Clientes de FAMISALUD IPS CURRULAO.		
<b>Tipo de medida:</b>	Relación porcentual		
<b>Numerador:</b>	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS		
<b>Denominador:</b>	Número total de pacientes encuestados por la IPS		
<b>Valor de los datos:</b>	Optimo: 95% o más. Medio: Entre el 85% y 94%. Bajo: Menor del 84%.		
<b>Fuente de los datos:</b>	Encuestas de satisfacción al usuario y el SIAU		
<b>Periodicidad del indicador:</b>	Trimestral		
<b>Ajuste por riesgo:</b>	Sexo y edad		

## 7.5 FASE 5: MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS:

A través de la planeación y ejecución del procedimiento de auditoría, arrojando como resultados:

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>					
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS</b>		<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN: ---- 00 ----</b>		
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 16 / 09 / 09</b>		<b>PÁGINA: 1</b>	
	<b>ÁREA:</b>	<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>				
	Consulta Medica	Gestión de consulta externa de Medicina General				
		<b>PROBLEMA</b>				
	Falta de oportunidad					
<b>CAUSA</b>	<b>Impacto en satisfacción de usuarios y familiares</b>	<b>Impacto en cliente externo</b>	<b>Impacto en cliente interno</b>	<b>Impacto en imagen Organización</b>	<b>Prioridad / Resultado</b>	
<b>Incorrecto diligenciamiento de la Fórmula Médica</b>	3	4	4	3	<b>144</b>	
<b>Incorrecto diligenciamiento de la Historia Clínica</b>	1	4	4	4	<b>64</b>	
Interrupción de la consulta	4	2	1	4	32	
No coincide servicio solicitado con documento generado	3	1	2	3	18	

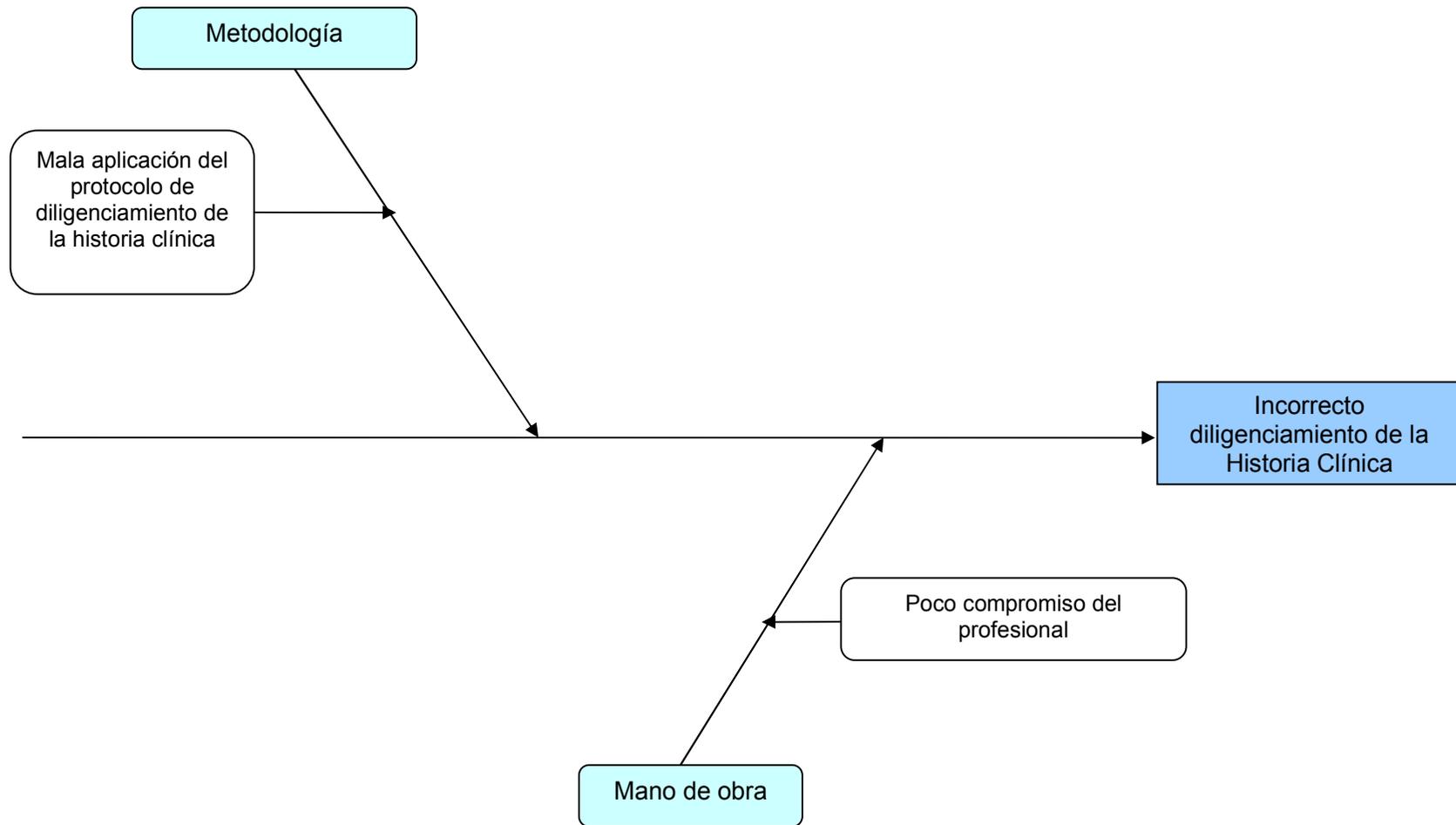
## GRÁFICO EVALUACIÓN DE CAUSAS DE PROBLEMA 1 DE CONSULTA EXTERNA



## FORMATO ESTÁNDAR DE SOLUCIÓN DE PROBLEMA 1 DE CONSULTA EXTERNA

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>					
	NOMBRE DOCUMENTO: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS			VERSIÓN: 01		FECHA DE REVISIÓN: ----- 00 -----
	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO			FECHA DE ELABORACIÓN: 16 / 09 / 09		PÁGINA: 1
	<b>SERVICIO</b>		<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>			
	Consulta externa		Gestión de consulta externa de Medicina General			
		<b>PROBLEMA</b>				
		Falta de oportunidad en la asignación de cita Odontológica				
<b>QUE HACER (PROCEDIMIENTOS)</b>		<b>QUIÉN</b>	<b>CUÁNDO</b>	<b>CÓMO</b>	<b>DÓNDE</b>	<b>POR QUÉ</b>
Tener compromiso en el correcto diligenciamiento de la fórmula médica.		Médico	Cada vez que diligencie la fórmula médica	Realizar de manera clara y correcta el diligenciamiento de la fórmula médica, verificando que se deja clara toda la información requerida por el paciente y medicamentos, haciendo entendible la letra del medicamento recetado y los datos del paciente.	consultorio	Se debe tener bien diligenciados la fórmula médica para evitar errores en el despacho de los medicamentos o en la toma de los mismos por el paciente.

## GRÁFICO EVALUACIÓN DE CAUSAS DE PROBLEMA 2 DE CONSULTA EXTERNA



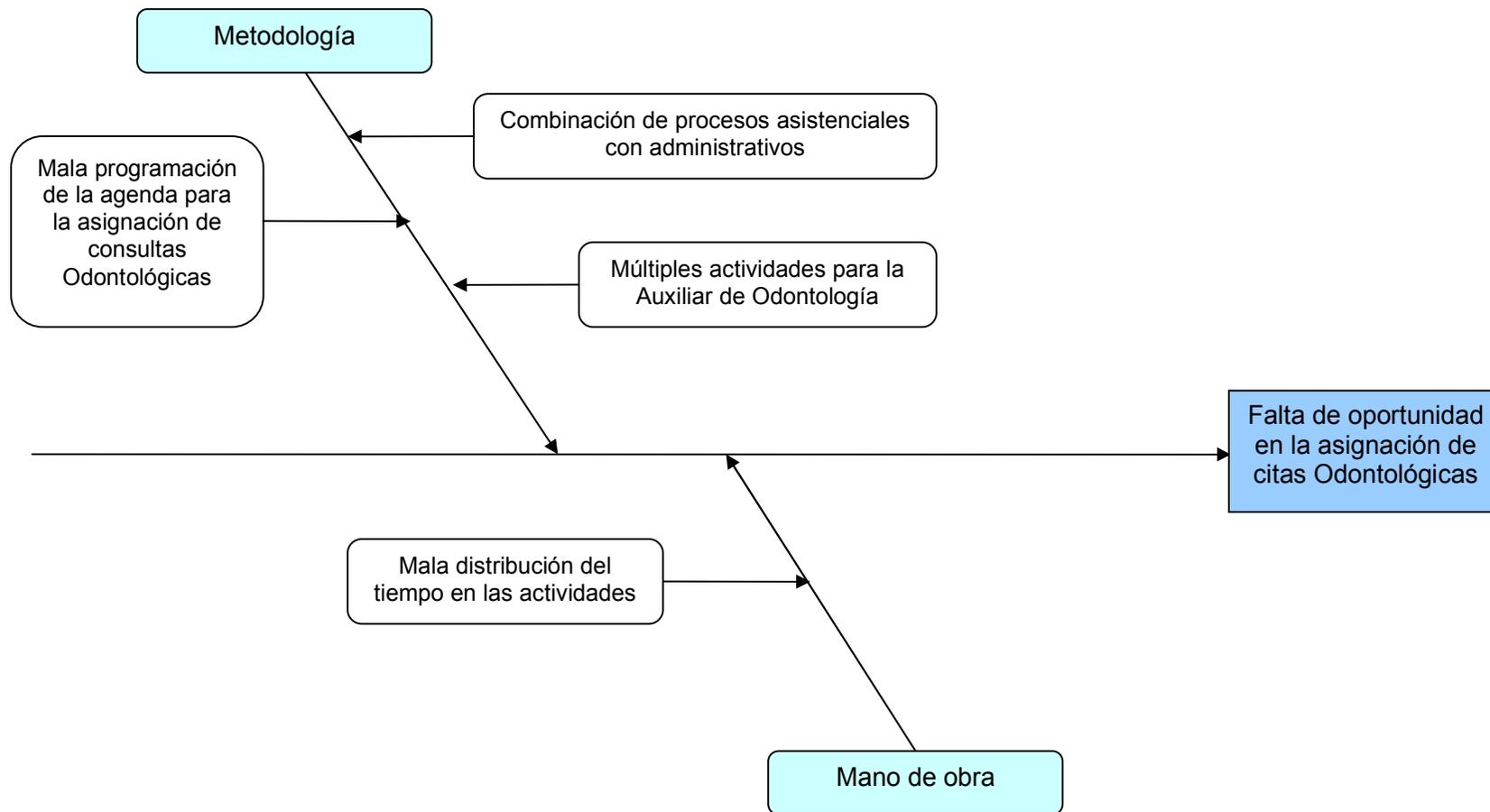
## FORMATO ESTÁNDAR DE SOLUCIÓN A PROBLEMA 2 DE CONSULTA EXTERNA

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>				
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS</b>		<b>VERSIÓN: 01</b>		<b>FECHA DE REVISIÓN:</b> ----- 00 -----
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b> 16 / 09 / 09		<b>PÁGINA: 1</b>
	<b>SERVICIO</b>	<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>			
	Archivo clínico	Gestión de consulta externa de odontología general			
		<b>PROBLEMA</b>			
		Falta de oportunidad en la asignación de cita Odontológica			
<b>QUE HACER (PROCEDIMIENTOS)</b>	<b>QUIÉN</b>	<b>CUÁNDO</b>	<b>CÓMO</b>	<b>DÓNDE</b>	<b>POR QUÉ</b>
Auditoria de historia clínica en forma frecuente	Comité de historia clínica	Todos los jueves a partir del primer jueves del mes de noviembre de 2010.	El comité de historias clínicas se reunirá dos veces por semana para evaluar el diligenciamiento de las historias clínicas de acuerdo con los protocolos y reglamento de la historia clínica, generando un informe identificando los que no estén cumpliendo con los parámetros establecidos, oficiando así al responsable para que mejore.	Oficina de Coordinador Médico.	Es necesario corregir las fallas que se presentan en la adherencia a las guías y protocolos y detectar al(los) responsables.

## EVALUACIÓN DE PROBLEMAS PRIORITARIOS DE ODONTOLOGÍA

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>					
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: PRIORIZACIÓN DE PROBELMAS</b>			<b>VERSIÓN: 01</b>		<b>FECHA DE REVISIÓN:</b> ---- 00 ----
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>			<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b> 16 / 09 / 09		<b>PÁGINA: 1</b>
	<b>ÁREA:</b>		<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>			
	Odontología		Gestión de consulta externa de odontología general			
			<b>PROBLEMA</b>			
		Falta de oportunidad en la asignación de cita Odontológica				
<b>PROBLEMA</b>	<b>Impacto en satisfacción de usuarios y familiares</b>	<b>Impacto en cliente externo</b>	<b>Impacto en cliente interno</b>	<b>Impacto en imagen Organización</b>	<b>Prioridad (Resultado)</b>	
<b>Falta de oportunidad en la asignación de citas Odontológicas</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>300</b>	
Fallas en Higiene Oral	1	1	3	3	9	
Problemas en las urgencias Odontológicas atendidas.	1	1	1	3	3	

## GRÁFICO EVALUACIÓN DE CAUSAS DE PROBLEMA 1 DE ODONTOLOGÍA



## FORMATO ESTÁNDAR DE SOLUCIÓN A PROBLEMA 1 DE ODONTOLOGÍA

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>				
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS</b>		<b>VERSIÓN: 01</b>		<b>FECHA DE REVISIÓN:</b> ---- 00 ----
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b> 17 / 09 / 09		<b>PÁGINA: 1</b>
	<b>SERVICIO</b>	<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>			
	Odontología	Gestión de consulta externa de odontología general			
	<b>PROBLEMA</b>				
	Falta de oportunidad en la asignación de cita Odontológica				
<b>QUE HACER (PROCEDIMIENTOS)</b>	<b>QUIÉN</b>	<b>CUÁNDO</b>	<b>CÓMO</b>	<b>DÓNDE</b>	<b>POR QUÉ</b>
Planificar correctamente el recurso humano y los horarios de las consultas	Admón.	A partir de noviembre de 2010	Organizar debidamente la agenda de consultas, para obtener mas tiempo disponible para la parte asistencial, delegando todas las funciones administrativas que se venían manejando en el área de odontología.	Odontología	Se dedica la mayor parte del tiempo a realizar procedimientos administrativos, dejado un poco de lado lo esencial del servicio: la parte asistencial.
Delegar a la auxiliar de citas de consulta externa de medicina general la asignación de citas odontológicas.	Admón.	A partir de Noviembre de 2010.	Capacitar a la Auxiliar de Consulta médica general sobre como programar y diligenciar la agenda de consulta odontológica.	Recepción	Se necesita dedicar más tiempo a toda la parte asistencial de odontología. Hace falta oportunidad en la asignación de las citas.

## 7.6 FASE 6: PLAN DE ACCIÓN DE LOS PROCESOS SELECCIONADOS:

De cada una de las soluciones que se generaron para los problemas detectados en cada uno de los servicios que presta la institución, se consolidó por cada uno de ellos obteniendo lo siguiente:

 <b>FAMISALUD IPS</b>		PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
		NOMBRE DOCUMENTO: PLAN DE MEJORAMIENTO	VERSIÓN: 01	FECHA DE REVISIÓN: ---- 00 ----	
		TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	FECHA DE ELABORACIÓN: 20 / 09 / 09	PÁGINA: 1	
Actividades por secuencia e importancia (Tareas)	Verificación del cumplimiento de la actividad	Recursos		Tiempo requerido	Responsables
		Existentes	Adicionales		
<b>Mejorar diligenciamiento de fórmulas médicas:</b> 1. Reunión previa para analizar los errores cometidos. 2. Revisión periódica al azar de fórmulas médicas entregadas a clientes. 3. Publicar resultados de revisiones	1. Lista de asistencia de la reunión y la respectiva acta. 2. Informe consolidado de resultados. 3. Acta con fecha de publicación de resultados.	Salón de reuniones, papel, cartelera para publicar resultados	Revisión de libros sobre el tema	1 día cada mes por cada actividad	Auditora Interna.
<b>Auditoria de historia clínica .</b> 1. Reunión con el comité de historias clínicas para analizar errores cometidos. 2. Programar fechas de auditorias de historias clínicas. 3. Realizar auditorías de historias clínicas 4. Publicar resultados de auditorías.	1. Lista de asistenta de la reunión y la respectiva acta. 2. Cronograma de auditorías de historias clínicas. 3. Informe consolidado de resultados de auditoría. 4. Acta con fecha de publicación de resultados	Salón de reuniones, papel, cartelera para publicar resultados	Revisión de libros sobre el tema	2 días cada mes por cada actividad	Auditora Interna y Admón.



FAMISALUD IPS

PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

NOMBRE DOCUMENTO: PLAN DE MEJORAMIENTO

VERSIÓN: 01

FECHA DE REVISIÓN:

---- 00 ----

TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO

FECHA DE ELABORACIÓN:

20 / 09 / 09

PÁGINA: 2

Actividades por secuencia e importancia (Tareas)	Verificación del cumplimiento de la actividad	Recursos		Tiempo requerido	Responsables
<p><b>Mejorar la asignación de citas en consulta odontológica general</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Planificar correctamente el recurso humano y los horarios de las consultas</li> <li>2. Delegar a la auxiliar de citas de consulta externa de medicina general la asignación de citas odontológicas</li> <li>3. Capacitar a auxiliar de citas sobre el diligenciamiento de la agenda de programación de consulta odontológica.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lista de reunión con auxiliar de citas.</li> <li>2. Acto administrativo de delegación de actividades a auxiliar de citas.</li> <li>3. Acta de capacitación a auxiliar de citas sobre diligenciamiento de agenda de programación de consulta odontológica.</li> </ol>	<p>Salón de reuniones, papel, cartelera para publicar resultados</p>	<p>Revisión de libros sobre el tema</p>	<p>2 días cada mes por cada actividad</p>	<p>Admón., Auditoría Interna, comité de historias clínicas</p>

## **8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **8.1 DISCUSIÓN**

El Programa de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud de la IPS FAMISALUD se encuentra establecido en la institución bajo los parámetros del direccionamiento estratégico, donde uno de sus proyectos a desarrollar a mediano plazo era el diseño y montaje de dicho programa, enfocado directamente al mejoramiento de los procesos de las áreas que tienen contacto directo con los clientes externos como son: Consulta externa de medicina de general, consulta odontológica general y promoción de la salud y prevención de la enfermedad y aún mas en aquellos donde se hallan presentado eventos adversos con mayor número y frecuencia; contando con el apoyo de todos los colaboradores de la institución bajo la coordinación del Comité de Calidad de la misma.

Durante el desarrollo del presente proyecto, se tomó en cuenta la participación de cada uno de los ejecutores de los distintos procesos, identificando y detectando así de manera directa los problemas reales de la institución, generando confianza y veracidad en los resultados del mismo. Por otro lado, para la institución es de gran éxito el desarrollo del presente con las herramientas propias de la IPS porque el diagnóstico básico general que surgió como resultado de la autoevaluación se convirtió en el pilar para el desarrollo del mejoramiento continuo de la atención en salud en tiempos futuros.

En esta fase del programa de auditoría solo se tomaron en cuenta los procesos misionales (asistenciales), pero se evaluaron de igual manera los procesos de gestión y de apoyo, mas no se incluyeron en esta etapa porque representan baja

prioridad dentro de las actividades de mejoramiento y bajo impacto frente al cliente externo (usuarios).

A continuación se dará una descripción breve del desarrollo de cada una de las actividades realizadas durante el desarrollo del presente proyecto:

### **Inducción del Personal**

Para iniciar con el desarrollo del presente proyecto se realiza una reunión con el personal tanto administrativo como asistencial, donde se presenta todos los detalles del presente. Adicional se da a conocer todas las etapas en que se desarrollan las actividades y los encargados de asesorar y guiar durante todo el proceso, se enfatiza en la importancia del desarrollo del mismo tanto para la institución como para los colaboradores de la misma y como se desarrollan las actividades en cada una de las áreas. Se destaca la importancia y relevancia de la participación del Comité de Calidad de la institución.

### **Autoevaluación**

La autoevaluación de la institución para la elaboración del diagnóstico básico general que identifica los problemas o fallas de calidad, es dirigida por los coordinadores de cada una de las áreas de la institución, contando con la participación todos los funcionarios de la misma.

Para lograr un diagnóstico completo se realizan encuestas de satisfacción al usuario por área y una reunión de enfoque con clientes externos para conocer así la percepción de ellos con respecto a la atención recibida en la IPS

### **Selección de Procesos a Mejorar**

De acuerdo con las fallas de calidad detectadas en la fase anterior, se relacionan todos los procesos que se afectaron con dichas fallas, los cuales se van a

intervenir o jerarquizar en primer lugar para buscar medidas de mejora, asociados con las prioridades de la organización, entendidos estos como problemas que requerían solución urgente por la importancia que reviste tanto en la institución como en los clientes internos y externos de la misma.

### **Definición de Prioridades**

La identificación de las fallas de calidad genera la obtención de un listado extenso, entre los cuales resulta un poco difícil extraer un grupo reducido sin que problemas importantes queden fuera de la relación, por ello se realiza dicha priorización, donde se determinaron factores críticos de éxito que permiten cumplir con los objetivos y metas propuestas por la organización. Se aplica una matriz de priorización, a través de los siguientes pasos:

- Definir las alternativas (procesos) que se van a jerarquizar
- Definir los criterios de evaluación
- Definir el peso de cada uno de los criterios
- Construir la matriz
- Definir la escala de cada criterio
- Valorar cada alternativa con cada criterio (usando la escala definida anteriormente)
- Multiplicar el valor obtenido en el lado izquierdo de las casillas por el peso de cada criterio y anotarlo al final de cada fila
- Ordenar las alternativas de mayor a menor

### **Definición de la calidad esperada**

Para planificar la calidad esperada en términos de la obtención de los mejores resultados clínicos y/o resultados de calidad esperados que impactaran en la mejora de las condiciones de salud de la población, con el menor riesgo posible,

implica definir los criterios y estándares de calidad conducentes a obtener la mejor utilización de los recursos, así como también un esfuerzo por conocer quienes son los clientes, cuales 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 a cerca de la atención esperada por éstos, lo que indica que se establecen estándares a través de los cuales se define el desempeño de los procesos críticos organizacionales prioritarios para garantizar al usuario la prestación de los servicios en condiciones óptimas de calidad (ver anexo H e I)

Se traduce en forma cuantitativa los deseos y necesidades del cliente, definiendo las actividades de los responsables de los procesos y su contribución en la calidad de los productos o servicios de la institución. (Ver anexo J).

#### **Medición Inicial del desempeño de los procesos** (Ver anexo L):

Para la ejecución del procedimiento de auditoría, es necesario cumplir las siguientes etapas:

***Planear el procedimiento de Auditoría:*** En esta fase se contemplan como mínimo los siguientes aspectos (ver anexo M):

- *Los objetivos del procedimiento de auditoría.*
- *El alcance del procedimiento de auditoría,*
- *Las técnicas de apoyo por utilizar:*
- *Entre las técnicas más utilizadas en auditoría están la observación, inspección, confirmación, análisis, cálculo, muestreo estadístico, flujogramas.*
- *La identificación de las fuentes de información, indicadores de medición, formato de registro.*

- *De igual forma, es muy importante tener en cuenta el diseño apropiado de formatos de registro*
- *El equipo ejecutor de la auditoría.*
- *Cronograma de auditoría y demás aspectos administrativos que se requieran para su desarrollo.*

**Ejecutar el procedimiento de auditoría:** Durante esta etapa del procedimiento de auditoría se realiza una construcción conjunta (auditado-auditor) de una investigación basada en el método científico del proceso por evaluar, se define en forma clara el proceso (foco u objeto de auditoría), el problema por investigar (resultado no logrado), se analiza las posibles causas de su presentación, se recolectó la información necesaria para identificar las que tienen mayor peso y así formular planes de mejoramiento. (Ver anexo N, P, Q Y R)

#### **Formulación y Ejecución del Plan de Acción:**

Se plantea un conjunto de documentos en los cuales se trazan grandes líneas estratégicas de mejoramiento de la calidad en la organización y se hacen explícitas las acciones que se emprenden y los medios para ello de manera que se fortalece el proceso de planeación de la calidad en los diferentes niveles de la organización y se actualizan los niveles de calidad esperados.

Durante la formulación del plan de Acción se consiguen los insumos indispensables para su elaboración: un grupo idóneo y capacitado, la autoevaluación de la IPS, los resultados de la revisión de los procesos y evaluación sistemática de los ejecutores de los procesos, entre otros.

Para la formulación del plan de mejora se aplican los siguientes aspectos:

- Definición concreta de la dimensión del problema

- Observación y documentación del problema, teniendo en cuenta las perspectivas de los diferentes grupos de interés involucrados
- Análisis de las causas fundamentales a través de la aplicación de herramientas básicas y técnicas de análisis causal (ver anexo Q) que permitió concentrarse en soluciones, que bloquean las causas raíz de los resultados no deseados.

Luego de lo anterior se plantean soluciones a cada causa del problema que se analiza, tomando en consideración que sean prácticas y posibles de implementar. El plan de mejoramiento trata de responder a los problemas previamente priorizados utilizando diferentes criterios (Ver anexo S)

## **8.2 CONCLUSIONES**

El programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud se implementó hasta la etapa de la formulación del plan de mejoramiento de la calidad, donde todas y cada una de las etapas se ejecutaron de acuerdo a las necesidades detectadas en la institución, generando así un programa estructurado en las características de la misma, lo cual se puede tomar como base para un nuevo desarrollo del programa en una próxima etapa.

El presente proyecto se ejecutó hasta esta etapa, ya que la etapa de aprendizaje organizacional está planteada para desarrollarse durante el año 2011, de acuerdo al cronograma presentado ante el ente territorial (Dirección Seccional de Salud de Antioquia), esto porque representa la inversión de mucho tiempo para todo el personal que labora en la institución.

A la IPS FAMISALUD se entregan todos los soportes que se generaron con el desarrollo de cada una de las actividades y se dejan las recomendaciones pertinentes para el desarrollo de la etapa final del programa de auditoría.

### **8.3 RECOMENDACIONES**

Se recomendó a la institución, especialmente al grupo encargado de la implementación del presente, realizar la capacitación y entrenamiento a los implicados tanto en el método a aplicar como para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan. Para lograrlo es necesario aplicar el ciclo gerencial de la Calidad PHVA (ver anexo O).

Por lo tanto se recomiendan dos acciones:

Realizar la medición de los indicadores definidos para cada meta, de forma sistemática y con una periodicidad definida, para saber oportunamente si se está logrando o no la meta deseada.

Que se establezca una forma de comunicación y seguimiento de las actividades, entre cada responsable y su equipo, para lo cual se adoptó el formato de tres generaciones (ver anexo U), donde cada responsable debe presentarlo a su superior inmediato, con la periodicidad trimestral para identificar y solucionar oportunamente problemas que puedan impedir el logro de la meta final.

El aprendizaje organizacional se recomienda hacerse a través de entrenamiento y capacitación de las personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realiza seguimiento permanente, es con el fin de prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada, en este sentido, la ruta establecida por la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud ha surtido claramente las etapas previas a la estandarización,

lo que se pretende, entonces es mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo.

Los ejecutores de los procesos junto con el equipo de auditoría facilitador en la apropiación de estas metodologías, son los responsables de proponer los procedimientos – estándar de operación que aseguren el mantenimiento y mejorar la calidad esperada, si esto no ocurre es necesario entrenar y capacitar a los ejecutores en la metodología escogida por la organización para estandarizar los procesos prioritarios, una vez han logrado el resultado esperado.

**ANEXO A**  
**ANÁLISIS DE ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN AL USUARIO**  
**SEGUNDO TRIMESTRE 2009**

**CREARSALUD LTDA- FAMISALUD IPS** en el marco del Programa de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, establece dentro del cronograma general de actividades, diseñado bajo la ruta crítica la realización de encuestas de satisfacción a los usuarios como parte del proceso de auto evaluación del sistema de garantía de la calidad; para este objetivo se toma una muestra de 130 usuarios distribuidos en los servicios ofertados por la institución.

El instrumento que se utiliza para esta labor, se diseña de conformidad con los principios del sistema obligatorio de garantía de la calidad: oportunidad, accesibilidad, continuidad, seguridad, y pertinencia.

Consta de 10 preguntas, 5 de las cuales son de respuesta BUENO – REGULAR – MALO; 4 de las preguntas son de respuesta SI – NO y una de las preguntas es abierta para obtener propuestas para mejorar el servicio.

Las respuestas MALO O NO son consideradas como INSATISFACCIÓN y las respuestas BUENO O SI como SATISFACCIÓN.

De los encuestados 55 usuarios opinaron sobre el servicio de consulta de medicina general, 46 sobre el servicio odontológico y 29 lo hicieron sobre el servicio de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, arrojando los siguientes resultados:

En la pregunta número 1 donde se consulta sobre el proceso en la asignación de citas en la institución, se obtiene que 110 clientes manifiestan que si es fácil, lo que da una satisfacción porcentual del 85%; 20 personas se consideraron que no es fácil obtener una cita lo que nos da una insatisfacción porcentual del 15 %, del total de clientes encuestados.

En la pregunta número 2 donde se consulta sobre los horarios de atención, se obtiene que 113 clientes manifiestan estar satisfechos con el proceso, lo que da una satisfacción porcentual del 87 %; 17 personas se consideraron insatisfechas para un porcentaje de 13 %, del total de clientes encuestados.

En la pregunta número 3 donde se consulta sobre puntualidad en la atención de las citas programadas, se obtiene que 108 clientes manifiestan estar satisfechos con el proceso, lo que da una satisfacción porcentual del 83 %; 22 clientes se consideraron insatisfechos para un porcentaje de 17 %. Del total de clientes encuestados.

En la pregunta número 4 donde se consulta sobre las instalaciones de la institución se obtiene que 124 clientes manifiestan estar satisfechos con la

infraestructura hospitalaria, lo que da una satisfacción porcentual del 95.4%; solo 6 personas no se consideraron satisfechas para un porcentaje de 4.6% del total de clientes encuestados.

En la pregunta número 5 donde se consulta sobre la amabilidad del personal administrativo y asistencial de la institución se obtiene que:

Con respecto a la recepción: 117 clientes manifiestan estar satisfechos con la atención del personal lo que da una satisfacción porcentual del 90 %; 13 personas no se consideraron satisfechas para un porcentaje de 10 % del total de clientes encuestados.

Con respecto a las auxiliares de odontología y enfermería: 110 clientes manifiestan estar satisfechos con la atención del personal lo que da una satisfacción porcentual del 85 %; 20 personas no se consideraron satisfechas de las cuales 1 no dio respuesta a la pregunta para un porcentaje de 15% del total de clientes encuestados.

Con respecto a los médicos, odontólogos y enfermera profesional: 123 encuestados manifestaron estar satisfechos con la atención del personal asistencial lo que da una satisfacción del 95 % del total de clientes encuestados. 7 clientes se declararon insatisfechos para un porcentaje de 5%.

En la pregunta número 6 donde se consulta la actitud del personal de la IPS con respecto a sus preguntas y solicitudes de información sobre el servicio, se obtiene que 125 clientes manifiestan estar satisfechos, lo que da una satisfacción porcentual del 96.2%; solo 5 no se consideraron satisfechas para un porcentaje de 3.8% del total de clientes encuestados.

En la pregunta número 7 donde se consulta si el personal de FAMISALUD se presenta con su nombre, se obtiene que 70 clientes manifiestan estar satisfechos, lo que da una satisfacción porcentual del 54 %; 60 no se consideraron satisfechos, de las cuales 8 no dieron respuesta a esta pregunta, para un porcentaje de 46 % del total de clientes encuestados.

En la pregunta número 8 donde se consulta sobre la resolución de las necesidades que lo llevaron a consultar, se obtiene que 127 clientes manifiestan estar satisfechos con el proceso, lo que da una satisfacción porcentual del 97.7%; solo 3 personas no se consideraron satisfechas, ya que no fueron resueltas sus necesidades, para un porcentaje de 2.3 % del total de clientes encuestados.

En la pregunta número 9, donde se pregunta si recomendaría utilizar los servicios en FAMISALUD, se obtiene que 126 clientes manifiestan estar satisfechos con el proceso, lo que da una satisfacción porcentual del 97%; solo 4 personas no se consideraron satisfechas, para un porcentaje de 3%, del total de clientes encuestados.

En la pregunta numero 10, donde se consulta si tiene alguna propuesta para mejorar los servicios se obtienen propuestas varias algunas de las cuales no dependen directamente de nosotros tales como:

Mantener el servicio de la asesora de COOMEVA tiempo completo en la IPS.

Extender horarios de atención.

Ofertar consulta con especialistas.

Ofertar el servicio de urgencias.

Realizar copagos y cuotas moderadoras solo de rango 1 independiente si es rango 2 ó 3, ya que algunas EPS lo realizan de esta forma.

De manera general se puede evidenciar que FAMISALUD IPS, se encuentra en un estándar regular, al contar con una satisfacción global de sus clientes del 88.9 %

## **PERCEPCIONES DEL CLIENTE:**

Aunque los clientes manifiesten satisfacción con los servicios y la atención prestada, solicitan ampliar el portafolio de servicios con urgencias, imagenología y consulta especializada.

En cuanto a la asignación de citas manifiestan que no están centralizadas en un solo sitio, que el teléfono se mantiene ocupado y a veces no contestan.

El horario de atención es de lunes a viernes 7:00 a 12:00 y de 1:00 a 4:30 los sábados de 7:00 a 12:30. Algunos usuarios solicitan que el horario sea más amplio para que los trabajadores puedan acceder al servicio sin tener que pedir permiso en la empresa.

En cuanto a la puntualidad en la atención manifiestan que en el área de odontología es donde más retrasos se generan.

En cuanto a instalaciones manifiestan que el sol entra muy directamente en las horas de la tarde a la sala de espera y a veces se siente mucho el ruido del compresor de odontología.

El personal de la IPS en general es amable, la principal dificultad se presenta en el área de recepción en donde por sus múltiples funciones a veces el cliente se siente ignorado.

Los médicos y odontólogos muchas veces no se presentan con el paciente y las recomendaciones son insuficientes.

Los usuarios volverían a recomendar la IPS, las dudas generalmente son resueltas.

Pese a algunas deficiencias detectadas, la gran mayoría de los encuestados considera la atención en la institución como una fortaleza, al felicitar en repetidas ocasiones a la IPS por este aspecto.

## ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO

Apreciado usuario, su opinión es muy importante para Famisalud IPS, por favor responda con sinceridad las siguientes preguntas.

Fecha: \_\_\_\_\_ Servicio utilizado: \_\_\_\_\_

1. ¿Obtener una cita en FAMISALUD IPS es fácil?

SI	NO
----	----

Por qué? \_\_\_\_\_

2. ¿Cómo considera los horarios de atención en FAMISALUD IPS?

Buenos	Regulares	Malos
--------	-----------	-------

Por qué? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuánto tiempo espero desde la hora de su cita hasta el momento de la atención?

0-5 min. Bueno	6-15 min. Regular	Más de 16 min. Malo
----------------	-------------------	---------------------

4. ¿Cómo considera las instalaciones de FAMISALUD IPS?

Buenas	Regulares	Malas
--------	-----------	-------

Por qué? \_\_\_\_\_

5. Califique la amabilidad del personal que lo atendió en cada una de las áreas:

○ RECEPCION

Buena	Regular	Mala
-------	---------	------

Por qué? \_\_\_\_\_

○ AUXILIARES DE ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA

Buena	Regular	Mala
-------	---------	------

Por qué? \_\_\_\_\_

○ MÉDICO, ODONTOLOGO, ENFERMERA PROFESIONAL

Buena	Regular	Mala
-------	---------	------

Por qué? \_\_\_\_\_

6. ¿La actitud del personal de FAMISALUD IPS, con respecto a sus preguntas fue?

Buena	Regular	Mala
-------	---------	------

Por qué ? \_\_\_\_\_

7. ¿El personal asistencial que lo atendió (medico, odontólogo, enfermera jefe, nutricionista, higienista oral) de FAMISALUD IPS se presento con su nombre?

SI	NO
----	----

8. ¿Fueron resueltas las necesidades que lo motivaron a utilizar nuestros servicios?

Si	NO
----	----

Por qué ? \_\_\_\_\_

9. ¿Recomendaría utilizar los servicios de FAMISALUD IPS?

SI	NO
----	----

Por qué ? \_\_\_\_\_

10. Tiene alguna propuesta que nos ayude a mejorar en la prestación de nuestros servicios?

---

---

---

---

---

---

---

Gracias por su valiosa colaboración, sus apreciaciones contribuyen con el mejoramiento continuo de nuestros servicios.

## **ANEXO B**

### **REUNIÓN CON GRUPO DE ENFOQUE**

#### **REUNIÓN CON GRUPO DE ENFOQUE**

En desarrollo del Programa de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), se desarrolla el día sábado 15 de agosto del año 2009. a las 10:00 AM en las instalaciones del Club de Leones del Corregimiento de Currulao, ubicado sobre la vía principal de la misma localidad, la reunión de enfoque con un grupo de clientes externos de la IPS FAMISALUD CURRULAO, con el objetivo de conocer la percepción que tienen sobre la calidad en la prestación de los servicios ofrecidos por la institución; a esta reunión fueron citados previamente 40 clientes, de los cuales asistieron 30 o sea el 75 % de los citados ; con esta actividad se cierra el ciclo de acción para realizar la autoevaluación de la IPS.

#### **Participantes de la reunión**

- ❖ Sandra Paola Herrera, estudiante Auditoria en salud CES.
- ❖ Gloria Estela Hernández, estudiante Auditoria en salud CES.
- ❖ Jaime Andrés Herrera, estudiante Auditoria en salud CES.
- ❖ Edwin Antonio Pérez Ortega, Representante Sistema de Calidad, FAMISALUD
- ❖ Luz Elena Payares, Coordinadora de servicios FAMISALUD
- ❖ Isabel Córdoba, Servicios Generales FAMISALUD IPS.
- ❖ Dr., Armando Hernández. Medico FAMISALUD IPS
- ❖ Dr. Jonathan Zapata. Odontólogo FAMISALUD
- ❖ Marleny Sánchez Zapata. Auxiliar de odontología FAMISALUD
- ❖ Usuarios FAMISALUD IPS. ( 30 ).

#### **Orden del Día.**

1. Saludo de bienvenida
2. Presentación de los participantes
3. Descripción de la actividad
4. Conformación de grupos de trabajo
5. Desarrollo de la actividad
6. Refrigerio
7. Conclusiones y Agradecimientos
8. Recomendaciones

## **Desarrollo De La Reunión**

1. El Representante del Sistema de Calidad de la institución, dio la bienvenida a todos los asistentes en nombre de FAMISALUD IPS.
2. Mediante una actividad lúdica consistente en repetir el nombre propio y el de las personas que se presentaron anteriormente, cada uno de los asistentes a la reunión se presentó con sus nombres y apellidos.
3. De manera breve, clara y concisa los estudiantes de auditoría en salud, explican en qué consiste la actividad que se va a desarrollar; resaltando la importancia de la misma para los clientes, y para la institución.
4. Fueron enumerados los participantes de 1 a 2, para conformar 2 grupos de trabajo con el objetivo de desarrollar la actividad anteriormente descrita.
5. Para el desarrollo de la actividad se nombra un facilitador, con el objetivo de estimular a los clientes externos durante la reflexión frente a la percepción que tienen sobre la calidad en la prestación de los servicios ofrecidos por la institución; para el grupo No. 1 la facilitadora fue la Doctora Sandra Herrera, para el grupo No. 2 la doctora Gloria Hernández., cada grupo durante 40 minutos desarrolló la actividad, centrándose en las características de calidad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.
6. Se comparte durante 10 minutos un refrigerio, mientras se preparan para presentar los resultados del trabajo grupal.

## **CONCLUSIONES.**

Cada grupo nombra un responsable para socializar ante los asistentes a la reunión los resultados del trabajo realizado; del cual se concluyó lo siguiente:

- a. Hacer de la sala de espera un sitio más agradable y confortable.
- b. Ser más flexibles con el horario de atención.
- c. Mas amabilidad en el área de recepción.
- d. Hay dificultades para formular quejas o reclamos directamente.
- e. Dificultades para la solicitud de citas telefónicamente.
- f. No hay un buen proceso de referencia y Contrarreferencia a especialistas.
- g. Los clientes manifiestan la necesidad de consulta médica especializada de ginecología, ortopedia, pediatría y otras.
- h. Los clientes manifiestan la necesidad de servicio de urgencias las 24 horas debido a la inconformidad que expresan sobre el servicio recibido en el centro de Salud Don Bosco.
- i. Hay dificultades para la puntualidad en la atención en el área de odontología.

## 7. RECOMENDACIONES

Con respecto al desarrollo de cada una de las actividades planteadas y desarrolladas en el proceso de autoevaluación de la IPS FAMISALUD, se concluye que:

**INFRAESTRUCTURA:** adecuar una oficina de atención al usuario para que los clientes puedan dirigirse allí directamente en caso de una queja o reclamo. Igualmente adecuar en la parte posterior de la IPS una sala de espera pequeña para Odontología y P Y P. Para que la sala de espera sea más agradable colocar televisor con un mejor sonido y revistas. Colocarle un polarizado al ventanal o un block out para que el sol no entre directamente en las horas de la tarde.

**PROCESO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES:** Mejorar el proceso de referencia de pacientes. Se recomienda coordinar con la dependencia de atención al usuario este proceso, donde la solicitud de las citas a especialista pueda hacerlo desde esta dependencia y el usuario egrese de la institución con la cita asignada en la IPS receptora del paciente. Coordinar para que los especialistas realicen la Contrarreferencia respectiva sin que el usuario sea el intermediario.

**CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA:** Realizar estudio de factibilidad para ofertar consulta médica especializada de Ginecología, ortopedia y pediatría. Se recomienda realizar un seguimiento de las especialidades que más demandan sus usuarios y ofertar esas especialidades en la IPS.

**SERVICIO DE URGENCIAS:** Realizar estudio de factibilidad para la prestación del servicio de urgencias. Se recomienda iniciar con el servicio de consulta prioritaria y de acuerdo al comportamiento de la demanda realizar un proyecto para la atención de urgencias las 24 horas.

**CONSULTA EXTERNA:** Mejorar el proceso de consulta externa de medicina general. Se recomienda implementar un programa de capacitación continua en temas relacionados con la atención e información al cliente, teniendo en cuenta que se debe hacer énfasis en dar al cliente una información clara y concisa en cada uno de los procesos en los cuales interviene.

**ASIGNACIÓN DE CITAS.** Se recomienda centralizar la asignación de citas para todos los servicios de la IPS, con una línea telefónica disponible única y exclusivamente para esto al igual que un funcionario para dicha labor.

**HORARIO DE ATENCIÓN.** Evaluar la demanda insatisfecha y ver la posibilidad de ampliar el horario de atención.

**ATENCIÓN AL USUARIO.** Realizar capacitación permanente a todos los integrantes de la IPS sobre atención al usuario, presentación personal, buen trato al cliente, manejo de conflictos y otros que nos ayuden a fortalecer las relaciones con el cliente.

**FALLAS DE CALIDAD.**

- Dificultades para la planeación del servicio ya que no se ha depurado la base de datos.
- No se tiene bien implementado el SIAU, de acuerdo a la circular única.
- Poca cobertura de los programas de P Y P.
- Inadecuada realización del proceso de referencia y Contrarreferencia.
- Fallas en el diligenciamiento de la H.C.
- Fallas en la asignación de citas, y en el procedimiento para el manejo de la H.C.
- Fallas en el proceso de selección de personal.
- La falta de algunos equipos biomédicos para la prestación de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (monitor de signos fetales).
- El desconocimiento de la plataforma estratégica de la empresa por parte de los empleados.
- No hay control y seguimiento de los indicadores de calidad y de proceso.
- La falta de capacitación continua al personal de la institución.
- Poca continuidad del comité de calidad.

## ANEXO C

### METODOLOGÍA DE TRABAJO DE REUNIONES DE AUTOEVALUACIÓN

METODOLOGÍA DE TRABAJO
<b>Planeación de la ejecución de trabajo</b>
1. Organización de los equipos: Se sugiere nombrar un líder de cada equipo, un secretario (a) que tendrá a cargo la documentación del proceso de autoevaluación y un responsable de la consolidación de la información: los análisis a los que se llegó consensuadamente por parte de los participantes.
2. Organización de los recursos logísticos: sitios de reuniones, cronograma de reuniones, refrigerios, material, equipos, manejo de la documentación.
<b>Reuniones de trabajo para autodiagnóstico</b>
1. Lectura rápida y general de los estándares o de los referentes por utilizar para la realización del autodiagnóstico de cada uno de los equipos.
2. Lectura del proceso por analizar o estándar por evaluar: El grupo en pleno estudiará y homologará el enfoque del criterio asignado como responsabilidad del grupo para trabajar el proceso de autoevaluación.
3. Identificación de las oportunidades de mejoramiento (debilidades), respecto al lineamiento del criterio o de los estándares de este: Son los vacíos encontrados en los mecanismos, procedimientos, procesos, acciones o servicios relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados por la organización.
4. Definición del coordinador con los miembros de cada uno de los equipos sobre la forma como presentará el informe (a nombre del grupo).
<b>Presentación final de cada equipo</b>
1. Plenaria: El líder del proceso de autoevaluación, el líder del proceso de auditoría y si existe el asesor externo, presidirán la jornada de la plenaria e invitarán a la mesa principal a la Gerencia de la institución o las personas que tengan a bien. Deben organizar el orden de las presentaciones, el tiempo asignado a cada uno de los equipos para las presentaciones, controlar el tiempo empleado, recoger los documentos de trabajo de cada subgrupo y las exposiciones.
2. Presentaciones por parte de los coordinadores de cada subgrupo.
3. Cierre de la Plenaria por parte de la Gerencia de la Institución.
<b>Consolidación informe final</b>
1. Redacción del Informe consolidado del autodiagnóstico institucional, se sugiere conformar una Comisión Redactora para este Informe final, que debería ser integrada por los líderes o coordinadores de los equipos de trabajo. Dependiendo de la disponibilidad de tiempo con que se cuente, este Informe se consolida a continuación de la finalización de la Plenaria o igualmente se puede elaborar en una jornada adicional y complementaria del Taller (es lo más recomendado), en donde los seis coordinadores, los líderes del proceso de autoevaluación y auditoría producirán el informe final.
2. Presentación del Informe Consolidado del Diagnóstico por parte de la Comisión Redactora, a la Gerencia y equipo ejecutivo de la organización, que será el insumo para la ejecución de la siguiente etapa de la Ruta Crítica, en donde se hará la priorización de los problemas por intervenir.

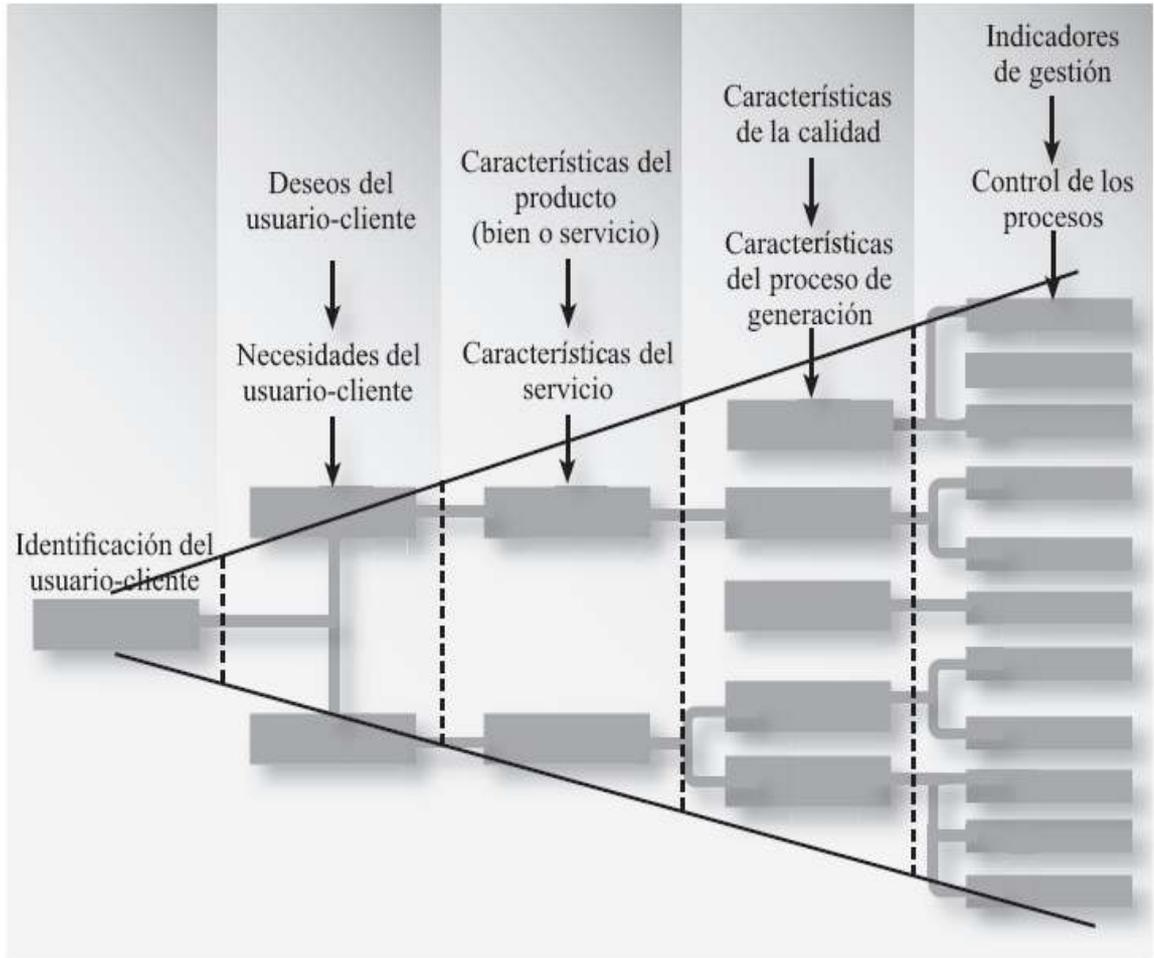
**ANEXO D**  
**MATRIZ DE PRIORIZACIÓN**

	Factor Crítico de Éxito 1	Factor Crítico de Éxito 2	Factor Crítico de Éxito 3	Factor Crítico de Éxito 4...	Total
Proceso 1					
Proceso 2					
Proceso 3					
Proceso 4					
Proceso 5					
Proceso 6....					

**ANEXO E**  
**CALIFICACIÓN DE LA MATRIZ DE PRIORIZACIÓN**

	Factor Crítico de Éxito 1	Factor Crítico de Éxito 2	Factor Crítico de Éxito 3	Factor Crítico de Éxito 4...	Total
Proceso 1	5	2	1	4	40
Proceso 2	3	2	2	2	24
Proceso 3					
Proceso 4					
Proceso 5					
Proceso 6....					

**ANEXO F**  
**TÉCNICA DE DESDOBLAMIENTO DE LA CALIDAD**



**ANEXO G**  
**FORMATO DESDOBLAMIENTO DE LA CALIDAD**

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>		
	<b>NOMBRE DOCUMENTO:</b> FICHA DE DESDOBLAMIENTO DE LA CALIDAD	<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN:</b> ---- 00 ----
	<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b> FORMATO	<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b> 15 / 01 / 10	<b>PÁGINA: 1</b>
<b>Identificación del cliente</b>	<b>Deseos del usuario</b>	<b>Especificaciones del producto</b>	<b>Indicadores de Gestión</b>

**ANEXO H**  
**FICHA TÉCNICA DE INDICADOR**

 <b>FAMISALUD IPS</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>		
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR</b>	<b>VERSIÓN: 01</b>	<b>FECHA DE REVISIÓN: ----- 00 -----</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>	<b>FECHA DE ELABORACIÓN: 15 / 01 / 10</b>	<b>PÁGINA: 1</b>
<b>Nombre del indicador:</b>	Descripción puntual que mejor identifique el indicador enunciado		
<b>Categoría del indicador:</b>	<p>Para determinar la categoría del indicador se tomaron dos ámbitos diferentes. En el primero se define el ámbito al que aplica el indicador desde la perspectiva sistemática (estructura, proceso y resultado) y se identifican las dimensiones de calidad que pueden resultar de mayor relevancia. El segundo ámbito expresa la clasificación del indicador de acuerdo con las categorías establecidas dentro del sistema de información a usuarios (accesibilidad, aceptabilidad, competencia, continuidad, coordinación, efectividad, eficacia, eficiencia, idoneidad, oportunidad, seguridad)</p>		
<b>Justificación:</b>	Antecedentes, hechos y datos que sustentan la importancia de medir el tema, área o componente a que está enfocado el indicador.		
<b>Objetivo del indicador:</b>	Concepto que busca medir con el indicador		
<b>Foco de la medida:</b>	Determina el aspecto central a evaluar a través del indicador		
<b>Tipo de medida:</b>	Describe la unidad a emplearse		
<b>Numerador:</b>	Describe la unidad exacta a emplearse en el numerador. Enunciando las unidades de tiempo y de espacio en las que establece la medida.		
<b>Denominador:</b>	Describe la unidad exacta a emplearse en el denominador. Enunciando las unidades de tiempo y de espacio en las que establece la medida.		

ANEXO H: FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR

<b>Valor de los datos:</b>	Establece el estándar en que se clasificarán los datos recolectados y los resultados obtenidos del indicador.
<b>Fuente de los datos:</b>	Describe la fuente de donde los datos del numerador y del denominador por separado deberán ser obtenidos.
<b>Periodicidad del indicador:</b>	Establece la frecuencia o periodos que debe abarcar el indicador.
<b>Ajuste por riesgo:</b>	Define aquellos factores que pueden alterar la correcta interpretación de los resultados o desviar la medición por factores diferentes.

**ANEXO I**

**INDICADORES Y EVENTOS ADVERSOS TRAZADORES DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD**

**INDICADORES TRAZADORES DE REPORTE PERIÓDICO:**

Los cuales se consideran indicadores trazadores de la calidad de la atención en salud en el sistema, serán reportados de manera regular, y servirán de insumo para la monitorización, los rankings de IPS y EAPB, el informe de calidad y la información a usuarios (previo ajuste por riesgo).

**1. Accesibilidad / Oportunidad**

- (1) Oportunidad de la Atención en la Consulta Médica General
- (2) Oportunidad de la Atención en la Consulta Médica Especializada
- (3) Proporción de cancelación de cirugías
- (4) Oportunidad de la Consulta de Planificación Familiar
- (1) Oportunidad de las Autorizaciones en la EPS
- (2) Oportunidad de la Atención en la Consulta Médica Especializada
- (3) Proporción de esquemas de vacunación adecuados en niños menores de 7 meses
- (4) Tasa de tutelas por no prestación de servicios POS.

**2. Calidad técnica**

- (5) Tasa de reingreso de pacientes hospitalizados
- (6) Proporción de Inadecuada Utilización de la Estancia Hospitalaria
- (7) Proporción de pacientes consultores crónicos
- (5) Proporción de entrega de medicamentos
- (6) Proporción de Inadecuada Utilización de la Estancia Hospitalaria
- (7) Proporción de Hipertensión Arterial Controlada según guía basada en la evidencia

### **3. Gerencia del riesgo**

- (8) Tasa de mortalidad intrahospitalaria > 48 horas
- (9) Tasa de infecciones nosocomiales
- (10) Tasa de eventos adversos
- (8) Oportunidad en la Detección de Cáncer de Cuello Uterino.
- (9) Mortalidad por Neumonía
- (10) Razón de mortalidad materna

### **4. Satisfacción**

- (11) Tasa de satisfacción global

### **5. Lealtad**

- (12) Tasa de solicitud de cambio de IPS asignada
- (12) Tasa de traslados desde EPS

### **6. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud**

- (13) Proporción de la verificación de la declaración de habilitación
- (14) Proporción del cumplimiento de la Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
- (15) Tasa de instituciones acreditadas
- (13) Proporción de la verificación de la declaración de habilitación
- (14) Proporción del cumplimiento de la Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud
- (15) Tasa de EPS acreditadas

### **INDICADORES DE RECOLECCIÓN PERMANENTE EN LA INSTITUCIÓN**

Los cuales no se remitirán de manera periódica, pero si deben ser recolectados de acuerdo con la normatividad y deben estar disponibles para su verificación o evaluación por los Organismos competentes:

### **Resolución No. 000486 de 2003**

- Mortalidad intrahospitalaria.
- Infecciones intrahospitalarias
- Complicaciones quirúrgicas inmediatas
- Complicaciones anestésicas
- Complicaciones terapéuticas especialmente medicamentosas y transfusionales.

### **Otros**

- Mortalidad hospitalaria después de 24 horas de internación
- Mortalidad perinatal
- Mortalidad materna
- Infecciones Nosocomiales.
- Infecciones Nosocomiales por procedimientos quirúrgicos.
- Complicaciones por procedimientos quirúrgicos.
- Complicaciones obstétricas.

### **EVENTOS TRAZADORES**

Los siguientes son información de referencia para la vigilancia de la ocurrencia de eventos adversos como insumo para las evaluaciones de Auditoría y Acreditación. No requieren construcción de indicadores, ni flujo de información, sino vigilancia relacionada con su ocurrencia y análisis causal de las posibles fallas en la atención que los pueden causar.

#### *Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB)*

1. Usuarios detectados por suplantación
2. Afiliados duplicados
3. Quejas por no prestación de servicios POS
4. Quejas interpuestas por reconocimientos de Copago o cuota moderadora
5. Pacientes a los cuales se les reconoce servicio inicialmente rechazado

6. Servicio negado por inadecuado proceso de afiliación
7. Devoluciones de liquidación de aportes por inadecuado diligenciamiento y liquidación
8. Pacientes insatisfechos por lo que consideran injustificadas barreras de acceso a la atención
9. Solicitud de traslado antes del período mínimo legal
10. Sífilis congénita en nacimientos en la EPS
11. Tutelas por no prestación de servicios POS
12. Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal a causa de enfermedad obstructiva
13. Pacientes que mueren encontrándose en lista de espera para la autorización o realización de alguna ayuda diagnóstica o procedimiento relacionado con la enfermedad.
14. Pacientes con transmisión vertical de VIH
15. Tutelas o quejas por incorrecto registro de periodos mínimos de cotización.
16. Detección de Cáncer de Cérvix en estadios avanzados
17. Detección de Cáncer de colon en estadios avanzados
18. Complicaciones atribuibles a no disponibilidad de insumos o medicamentos
19. Complicaciones en los pacientes o fallas en la continuidad de los tratamientos atribuibles a tiempos de espera prolongados.
20. Demora en suministro de insumos o medicamentos por trámites administrativos.
21. Reacciones por medicamentos vencidos.
22. “Peloteo” del paciente
23. Complicaciones relacionadas con oxigenoterapia atribuibles a monitorización, seguimiento o suministro del oxígeno.
24. Paciente es estado crítico sin asistencia.
25. Notorias colas o congestión de pacientes y/o acompañantes en las taquillas o estaciones de asignación de citas.
26. Pacientes en lista de espera por más de 3 meses.

### *Prestadores (IPS)*

1. Cirugías o procedimientos cancelados por factores atribuibles al desempeño de la organización o de los profesionales.
2. Pacientes con trombosis venosa profunda a quienes no se les realiza control de pruebas de coagulación.
3. Pacientes con neumonías broncoaspirativas en pediatría o UCI neonatal
4. Pacientes con úlceras de posición
5. Distocia inadvertida.
6. Shock hipovolémico post – parto.
7. Maternas con convulsión intrahospitalarias
8. Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado.
9. Paciente con hipotensión severa en Post – quirúrgico.
10. Pacientes con infarto en las siguientes 72 horas del Post – quirúrgico.
11. Reingreso al servicio de urgencias por misma causa antes de 72 horas
12. Reingreso a hospitalización por la misma causa antes de 15 días.
13. Entrega equivocada de un neonato.
14. Robo intra – institucional de niños.
15. Fuga de pacientes psiquiátricos hospitalizados.
16. Suicidio de pacientes internados.
17. Consumo Intra – institucional de psicoactivos.
18. Caídas desde su propia altura intra – institucional
19. Retención de cuerpos extraños en pacientes hospitalizados
20. Quemaduras por lámparas de fototerapia y para electro cauterio.
21. Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos
22. Utilización inadecuada de elementos con otra indicación.
23. Flebitis en sitios de venopunción
24. Ruptura prematura de membranas sin conducta definida.
25. Entrega equivocada de reportes de laboratorio.
26. Revisión de reemplazos articulares por inicio tardío de rehabilitación.
27. Luxación post – quirúrgica en reemplazo de cadera.
28. Accidentes post – transfusionales.

29. Asalto sexual en la institución.
30. Neumotórax por ventilación mecánica.
31. Asfixia perinatal.
32. Deterioro del paciente en la clasificación en la escala de Glasgow en tratamiento.
33. Secuelas post – reanimación.
34. Pérdida de pertenencias de usuarios.
35. Pacientes con diagnóstico de apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico.

**ANEXO J**

**ESTÁNDAR DE PROCESO: MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS**

**NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:**

**ESTANDAR DE PROCESO**

**Nombre del proceso:**

**Código:**

**Responsable del proceso:**

**Fecha:**

<b>QUIEN</b>	<b>CUANDO</b>	<b>DONDE</b>	<b>POR QUÉ</b>	<b>CÓMO</b>
Equipo de Mejoramiento	Anual	Entidad	Para optimizar los recursos y siguiendo la ruta crítica de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud.	Realizan el programa Anual de Auditorias teniendo en cuenta para ello el plan estratégico institucional, la normatividad legal vigente, resultados de auditorias previas, compromisos con entes de control, teniendo en cuenta los criterios de auditoria definidos por la entidad. Se propone utilizar para la programación el formato PROGRAMA DE AUDITORIA
Equipo de Mejoramiento	De acuerdo con la programación	Entidad	Para definir organización el trabajo de forma que se cumplan las metas.	Formulando los objetivos de la auditoria operativa sobre los procesos priorizados, el alcance, revisión y seguimiento al desempeño de los procesos mediante el cumplimiento de los estándares de calidad esperada (indicadores), definiendo las técnicas de apoyo a utilizar, la identificación de las fuentes de apoyo a utilizar, la identificación de las fuentes de información, indicadores de medición, diseñados los formatos de registro, determinando el equipo ejecutor de la auditoria, cronograma de auditoria y demás aspectos administrativos que se requiera para si desarrollo.

QUIEN	CUANDO	DONDE	POR QUÉ	CÓMO
Equipo de auditores	De acuerdo con la programación	Entidad	Para dar cumplimiento al cronograma	<p>a. Realizando reunión de Apertura de Auditoria debe informar al Jefe de área y al equipo de trabajo del área de quienes realizarán la auditoria, recordar el objetivo y alcance de la misma. Utilizando el formato de REUNION DE ACOMPAÑAMIENTO DE LA AUDITORIA.</p> <p>b. Realizando verificación de la información y los registro soportes de la auditoria.</p> <p>c. Registrando la información encontrada (Medición).</p> <p>d. Registrando la brecha entre la calidad esperada y la observada y formulando las recomendaciones correspondientes (compromiso)</p>

**ANEXO K**  
**FORMATO PARA FORMULAR EL PROGRAMA DE AUDITORÍA**

<b>ENTIDAD</b>	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD			CÓDIGO			VERSIÓN		
	NOMBRE FORMATO AUDITORÍAS DE			PÁGINA			REVISADO		
				FECHA ELABORACIÓN			FECHA APROBACIÓN		
<b>PROCESO POR AUDITAR</b>	<b>OBJETIVO Y ALCANCE</b>	<b>CRITERIOS DE AUDITORÍA</b>	<b>FECHA</b>		<b>EQUIPO</b>	<b>LUGAR</b>	<b>DURACIÓN</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
			<b>INICIA</b>	<b>FINALIZA</b>					
ELABORADO POR:				APROBADO POR:					

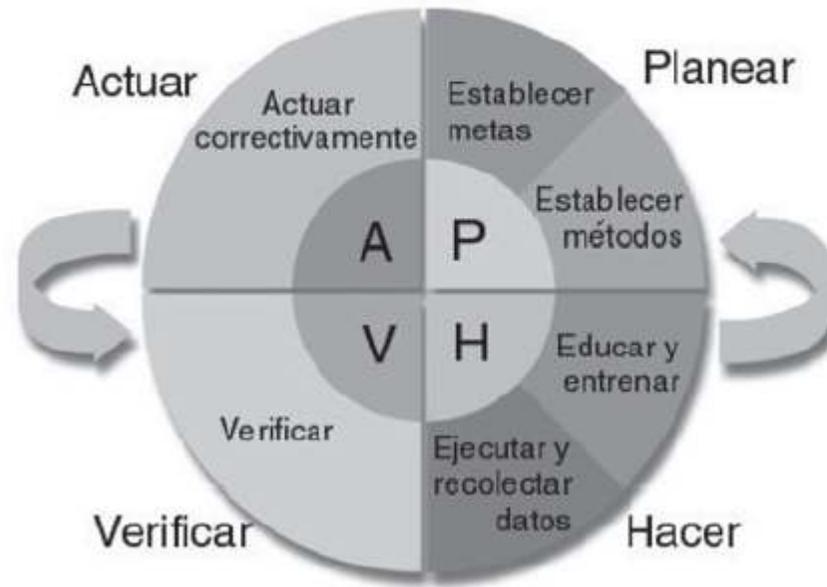
## ANEXO L

### FORMATO PARA PLANEAR EL PROCEDIMIENTO DE AUDITORÍA

ENTIDAD	SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD		CÓDIGO	VERSIÓN	
	NOMBRE FORMATO PLAN AUDITORÍAS DE		PÁGINA	REVISADO	
	TIPO DE DOCUMENTO	FORMATO	FECHA ELABORACIÓN	FECHA APROBACIÓN	
PROCESO OBJETO DE MEJORA			CRITERIOS		
OBJETIVO:					
ALCANCE:					
LUGAR					
QUÉ (ACTIVIDADES)	CÓMO (TÉCNICAS DE APOYO)	QUIÉN (EQUIPO AUDITOR)	CUÁNDO (FECHA DE INICIO -TERMINACIÓN)	DÓNDE (ÁREA O PROCESO)	OBSERVACIONES
AUDITORES:					

ANEXO M  
CICLO GERENCIAL

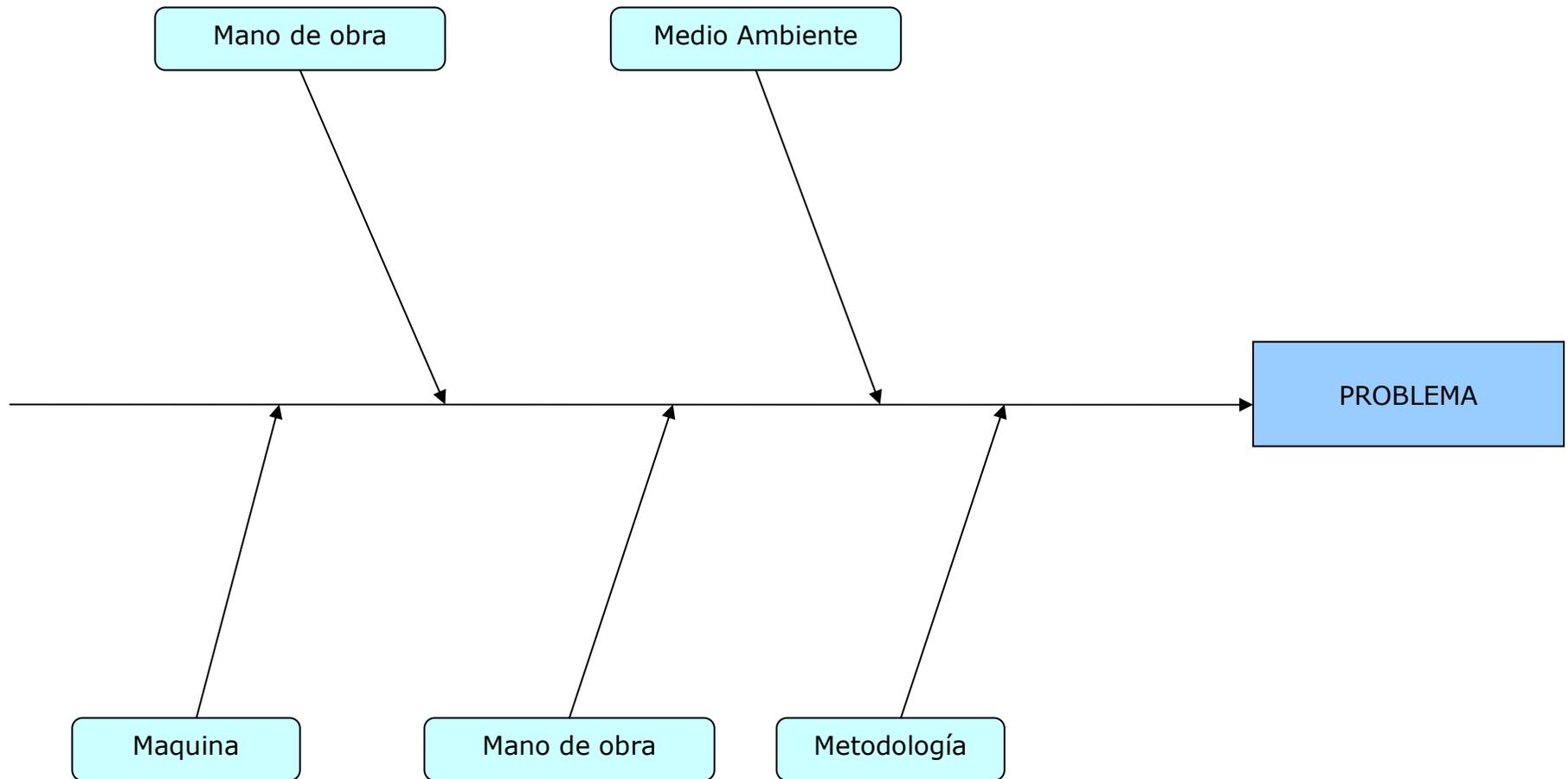
CICLO GERENCIAL PHVA



**ANEXO N**  
**FORMATO PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS**

<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>				
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS</b>		<b>VERSIÓN:</b>		<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>		<b>PÁGINA:</b>
	<b>ÁREA:</b>	<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>			
	<b>PROBLEMA</b>	<b>PROBLEMA</b>			
	<b>PROBLEMA</b>	<b>Impacto en satisfacción de usuarios y familiares</b>	<b>Impacto en cliente externo</b>	<b>Impacto en cliente interno</b>	<b>Impacto en imagen Organización</b>

**ANEXO O**  
**FORMATO CAUSAS DE PROBLEMAS**



**ANEXO P**  
**FORMATO ESTÁNDAR DE SOLUCIÓN A PROBLEMA**

<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD</b>				
	<b>NOMBRE DOCUMENTO: SOLUCIÓN DE PROBLEMAS</b>		<b>VERSIÓN:</b>		<b>FECHA DE REVISIÓN:</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO</b>		<b>FECHA DE ELABORACIÓN:</b>		<b>PÁGINA:</b>
	<b>SERVICIO</b>		<b>NOMBRE DEL PROCESO</b>		
			<b>PROBLEMA</b>		
<b>QUE HACER (PROCEDIMIENTOS)</b>	<b>QUIÉN</b>	<b>CUÁNDO</b>	<b>CÓMO</b>	<b>DÓNDE</b>	<b>POR QUÉ</b>

**ANEXO Q**  
**FORMATO DE PLAN DE MEJORAMIENTO**

INSTITUCIÓN	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD				
	NOMBRE DOCUMENTO: PLAN DE MEJORAMIENTO	VERSIÓN:		FECHA DE REVISIÓN:	
	TIPO DE DOCUMENTO: FORMATO	FECHA DE ELABORACIÓN:		PÁGINA:	
Actividades por secuencia e importancia (Tareas)	Verificación del cumplimiento de la actividad	Recursos		Tiempo requerido	Responsables
		Existentes	Adicionales		

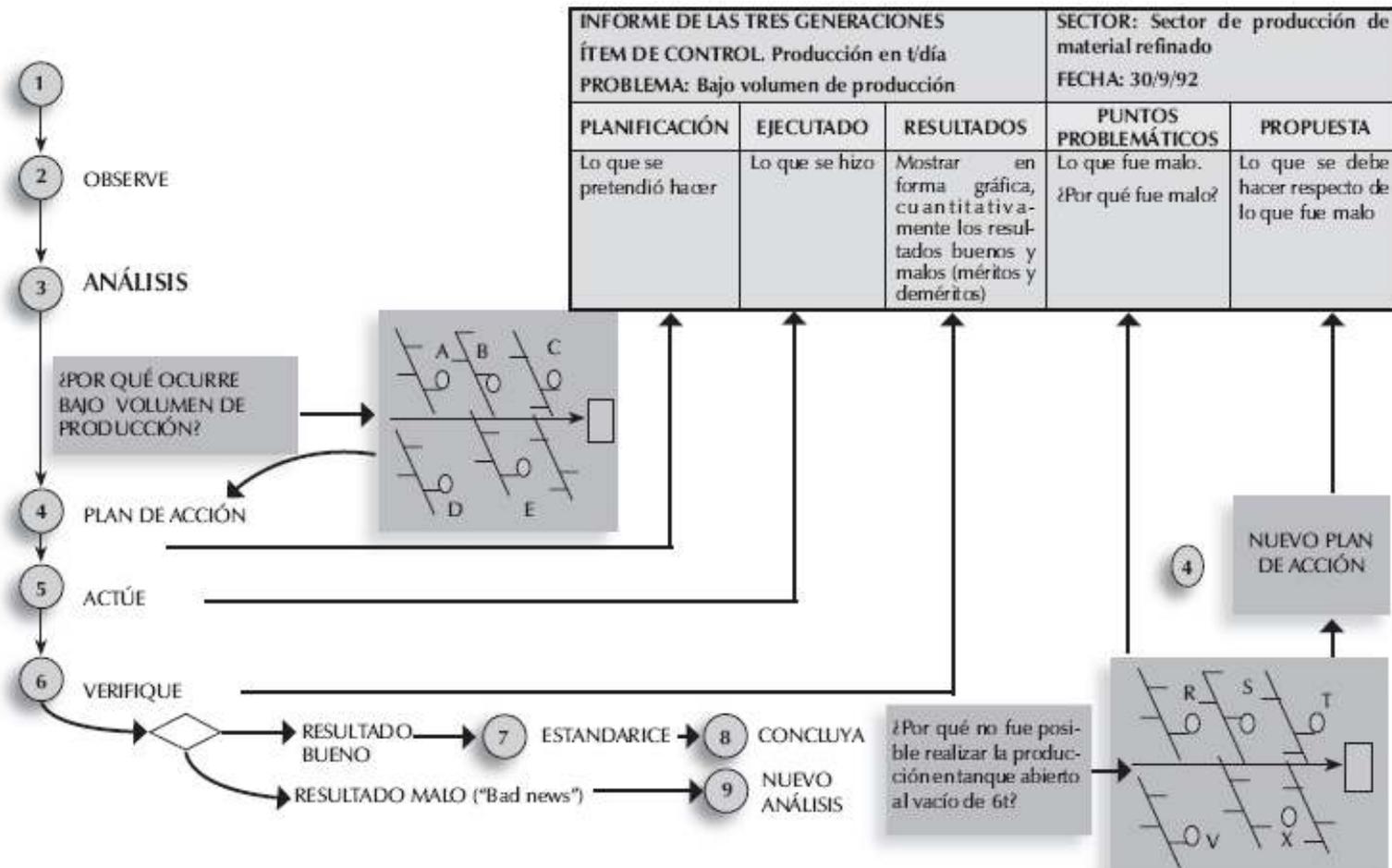
ANEXO R

FORMATO PARA HACER SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN

OBJETIVO #		DESCRIPCIÓN DEL OBJETIVO	
META		MEDIDA	RESPONSABLE
METAS PLANEADAS PARA EL PERÍODO	RESULTADOS LOGRADOS	POR EJECUTAR	PROBLEMAS QUE DIFICULTAN EL CUMPLIMIENTO DE META FINAL
Metas de cada área	Coloque el logro al momento y si fuere el caso, haga referencia a un indicador de los que colocará en la próxima hoja	Acciones que llevará a cabo en el próximo período para el logro de la meta	Si existe algún impedimento para el logro de la meta final y el resultado final que espera

## ANEXO S

### FORMATO ETAPAS PARA LA ELABORACIÓN DEL INFORME DE TRES GENERACIONES



**ANEXO T**  
**FORMATO PARA ELABORAR PLAN DE TRABAJO DEL COMITÉ**

PLAN DE TRABAJO DEL COMITÉ DE					
OBJETIVO DE LA INSTITUCIÓN AL QUE EL COMITÉ CONTRIBUYE					
META DE LA INSTITUCIÓN					
OBJETIVO ESPECÍFICO DEL COMITÉ					
META DEL COMITÉ					
INDICADOR DE SEGUIMIENTO					
QUE (Actividades)	QUIEN (res- ponsable)	CUÁNDO (Fecha de ter- minación)	DÓNDE Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUÉ (propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)

## 9. BIBLIOGRAFÍA

ALCARAZ. Rafael. El emprendedor del éxito. McGraw Hill. 2001

BUCHHOLZ. Steve. ROTH WILSON, Thomas. Como crear un equipo de alto rendimiento en su empresa. Learning Corporations, intermedio editores Atlántida.

CHIAVENATO, Adalberto. Administración del recurso humano. Quinta edición, Santafé de Bogotá, Mcgraw Hill. 1999.

DAUDR. HAMPTON. Administración, tercera edición Mcgraw Hill.

DONADEBIAN. El Control de la Calidad en los Servicios de Salud. Revista Cubana de Enfermería. Enero – Abril. 1995

FLIPPO. Edwin B. Principios de administración de personal. Mcgraw Hill. 1978

GILMORE C. Organización Mundial de la Salud, Fundación W K. Kellogg; Manual de la Gerencia de la Calidad. 2001.

MALAGÓN LONDOÑO, GALÁN MORERA, PONTÓN LAVERDE/ Garantía de calidad en salud editorial médica Panamericana/ Bogotá Colombia -2001.

Pautas Indicativas para la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud

Bergman David. El mejoramiento de la Calidad. *Pediactris in Review*. 1983. Vol. 14  
Ministerio del Trabajo y Seguridad Social – mayo 1990 – Página 91

Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Como garantizar la Calidad. Boletín Mayo de 1996.

El Proyecto de Garantía de Calidad en el Mejoramiento de la Atención de Salud

Lina María Ospina Mosquera- Ariel Orozco Arbeláez/

[www.comfenalcoantioquia.com](http://www.comfenalcoantioquia.com)

Calidad en los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor: propuesta de construcción de una escala de medida/ Augusto Rodríguez Orejuela/ [www.editorial.unab.edu.co](http://www.editorial.unab.edu.co).

## **NORMAS JURÍDICAS CONSULTADAS**

- Constitución Política de Colombia
- Ley 10 de 1990
- Ley 100 de 1993
- Ley 872 de 2003
- Ley 1122 de 2007
- Decreto 1011 de 2006
- Resolución 1043 de 2006
- Resolución 1445 de 2006
- Resolución 1446 de 2006
- Resolución 2680 de 2007