

**EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA METODOLOGIA DISPUESTA POR
EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN
DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD (PAMEC) DE DOS IPS DE PRIMER
NIVEL DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER DENTRO DEL SISTEMA
OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD. 2009.**

**ZULMA JOHANNA ESPINOSA SILVA, Medico
ROSA MARIA TORRES HERNANDEZ, Medico
LUZ ENITH DURAN SUAREZ, Psicóloga
GUSTAVO FUENTES PICO, Abogado**

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES - UNAB
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA - COLOMBIA
2009**

**EVALUACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA METODOLOGIA DISPUESTA POR
EL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN
DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD (PAMEC) DE DOS IPS DE PRIMER
NIVEL DEL DEPARTAMENTO DE SANTANDER DENTRO DEL SISTEMA
OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD EN SALUD. 2009.**

**ZULMA JOHANNA ESPINOSA SILVA, Medico
ROSA MARIA TORRES HERNANDEZ, Medico
LUZ ENITH DURAN SUAREZ, Psicóloga
GUSTAVO FUENTES PICO, Abogado**

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

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD CES - UNAB
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACION AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA - COLOMBIA
2009**

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A nuestros esposos, esposa y familiares que son nuestro ánimo y entusiasmo para conseguir nuestras metas.

A la Universidad Autónoma de Bucaramanga en convenio con la Universidad CES por permitirnos formar parte de la familia académica logrando en nosotros una formación profesional e integral.

A la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), por facilitarnos el acercamiento a la realidad empresarial como actora en el gran escenario de la salud, y el desarrollar la presente investigación.

A los directivos y docentes de la facultad de posgrados y del programa por sus conocimientos impartidos.

A nuestros compañeros de la especialización en Auditoría en Servicios de Salud, por todos los momentos compartidos por que gracias a estos nuestro carácter se fortaleció.

Zulma, Rosa, Luz y Gustavo.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	1
1.- PROBLEMA	3
1.1- Descripción del problema	3
1.2- Formulación del problema	3
1.3- JUSTIFICACION	4
1.4- DELIMITACION	4
1.4.1- Conceptual	4
1.4.2- Espacial	5
1.4.3- Temporal	8
1.5- OBJETIVOS	8
1.5.1- General	8
1.5.2- Específicos	10
1.6- PROPOSITO	10
2.- MARCO TEORICO	12
2.1- Marco Legal	12
2.1.1- Constitución Política de Colombia	12
2.1.2.- Ley 100 de 1993	14
2.1.3.- Plan Nacional de Salud Publica	15
2.1.4.- Calidad de la Atención en Salud	16
2.1.5.- Auditoria	18
2.1.6.- Resolución 1043 de 2006	19
2.1.7.- PAMEC	
2.2.- Marco Conceptual	28
2.2.1.- Autoevaluación	28
2.2.2.- Priorización de procesos objetos de mejoramiento	32
2.2.3.- Definición de calidad esperada en los procesos celeccionados como prioritarios.	34
2.2.4.- Medición inicial del desempeño de los proceso	35
2.2.5.- Realización de la formulación, ejecución y evaluación del plan de mejoramiento.	36
2.2.6.- Aprendizaje organizacional – estandarización del proceso.	37
2.2.7.- Seguimiento a través de comités	38
2.2.8.- Implementación de nivel de auditoría externa	39
2.3.- Términos básicos	40
2.4.- VARIABLES	42
3.- DISEÑO METODOLOGICO	45
3.1.- TIPO DE INVESTIGACION	45

4.-	PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS	46
4.1.-	DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	46
4.2.-	CONCLUSIONES	69
4.3.	RECOMENDACIONES	71
	BIBLIOGRAFIA	
	ANEXOS	

TABLA DE GRÁFICOS

	Pág.
Grafico 1. Flujo de información entre legisladores	21
Grafico 2. Existen instrumentos de evaluación y monitoreo de procesos	47
Grafico 3. Por medio de este monitoreo han identificado procesos factibles de intervenir para lograr mejoras (procesos prioritarios).	48
Grafico 4. El prestador ha identificado y estandarizado los procesos seleccionados como prioritarios mediante normas, Guías, protocolos (caracterización de procesos).	50
Grafico 5. El prestador cuenta con indicadores para monitorear el cumplimiento de los estándares de habilitación y los definidos en los indicadores de los procesos prioritarios.	51
Grafico 6. El prestador cuenta con metodologías e instrumentos Para medir la satisfacción y la percepción de los usuarios.	53
Grafico 7. Se realizan intervenciones de mejora de la calidad a partir De la opinión del usuario.	54
Grafico 8. La IPS cuenta con grupo primario de calidad (comité de Calidad).	56
Grafico 9. La IPS cuenta con el cronograma de actividades del grupo primario de calidad (comité de Calidad).	57
Grafico 10. El prestador está ejecutando programas de Capacitación y entrenamiento del personal para desarrollar el PAMEC.	59
Grafico 11. La información recopilada se analiza con el fin de Reconocer las brechas y establecer un diagnostico.	60
Grafico 12. Se establecen planes de mejoramiento detallados por brecha y se realiza seguimiento.	62
Grafico 13. Se retroalimenta al personal sobre el resultado del Análisis del plan de mejora.	63
Grafico 14. Se promueve el aprendizaje cuando los resultados del plan de mejoramiento son positivos.	65
Gráfico 15. Se realiza re-evaluación del plan de mejoramiento si los resultados son negativos.	66

TABLA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Macroprocesos de habilitación	23
Cuadro 2. Autoevaluación y declaración	25
Cuadro 3. Registro	26
Cuadro 4. Verificación	27
Cuadro 5. Matriz de priorización	33
Cuadro 6. Operacionalización de variables	42
Cuadro 7. Existen instrumentos de evaluación y monitoreo de procesos.	46
Cuadro 8. Por medio de este monitoreo han identificado procesos factibles de intervenir para lograr mejoras (procesos prioritarios).	48
Cuadro 9. El prestador ha identificado y estandarizado los procesos seleccionados como prioritarios mediante normas, Guías, protocolos (caracterización de procesos).	49
Cuadro 10. El prestador cuenta con indicadores para monitorear el cumplimiento de los estándares de habilitación y los definidos en los indicadores de los procesos prioritarios.	51
Cuadro 11. El prestador cuenta con metodologías e instrumentos Para medir la satisfacción y la percepción de los usuarios.	52
Cuadro 12. Se realizan intervenciones de mejora de la calidad a partir De la opinión del usuario.	54
Cuadro 13. La IPS cuenta con grupo primario de calidad (comité de Calidad).	55
Cuadro 14. La IPS cuenta con el cronograma de actividades del grupo primario de calidad (comité de Calidad).	57
Cuadro 15. El prestador está ejecutando programas de Capacitación y entrenamiento del personal para desarrollar el PAMEC.	58
Cuadro 16. La información recopilada se analiza con el fin de reconocer las brechas y establecer un diagnostico.	60
Cuadro 17. Se establecen planes de mejoramiento detallados por brecha y se realiza seguimiento.	61
Cuadro 18. Se retroalimenta al personal sobre el resultado del Análisis del plan de mejora.	63
Cuadro 19. Se promueve el aprendizaje cuando los resultados del plan de mejoramiento son positivos.	64
Cuadro 20. Se realiza re-evaluación del plan de mejoramiento si los resultados son negativos.	66

INTRODUCCIÓN

Para comprender la importancia de la metodología dispuesta por el Ministerio de la Protección Social para la implementación de los Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), se debe precisar sobre su intromisión dentro del Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad, sobre el cual ya sea construido un soporte legal, dando cobertura para este caso, a la particular y ya mencionada metodología del PAMEC. Esto, sin pretender decir que esta última es un parámetro inflexible y que está supeditado a lo taxativo de la ley. No, en este caso, y muy a pesar de estar respaldado por cierta temática ya normativizada, esta propuesta del Ministerio de la Protección Social, cobra importancia desde la articulación de la garantía de los derechos de los usuarios de los servicios de salud con las condiciones particulares a todo nivel de los prestadores de dichos servicios.

Como se ha venido mencionando, la metodología aunque cuenta con un respaldo normativo indirecto - si así se puede llamar -, también cuenta con ciertas especificaciones técnicas que pretenden orientar a los actores responsables dentro del sistema de salud en el territorio Nacional, en cuanto a la prestación del servicio se refiere, que cuenten con criterios que les permitan planear, ejecutar, verificar y retroalimentar la gestión realizada, desde la perspectiva idealista y a la vez real de los entes controladores en la materia.

Una vez expuesto los argumentos de tipo técnico – legales en cuanto a la metodología PAMEC, como garante de la suplencia de una necesidad de salud pública, y adicional a lo ya mencionado, con respecto a los actores responsables de prestar tales servicios dentro del sistema general de salud, se encuentran dos IPS de primer nivel dentro del departamento de Santander, que en cumplimiento de sus funciones legales y técnicas, desarrollan actividades de control y vigilancia a la prestación de sus servicios.

Esta investigación se efectuó con un dos IPS de primer nivel, a los cuales se les aplicó una matriz de seguimiento al PAMEC. Otros datos contemplados fueron los suministrados dentro de los libros de registros y manuales propios del programa. De igual forma, se realizó una observación semiestructurada facilitando el enriquecimiento del presente trabajo de investigación. Lo cual facilitó al equipo investigador la identificación de parámetros para la mejora continua de los PAMEC en las dos Instituciones y, que se encuentran debidamente contenidos dentro del presente documento.

1. PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Frente a las constantes demandas de atención en salud generadas por los ciudadanos colombianos y ante la constitución frecuente de nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y reestructuración de otras inviables, e implementación de programas de calidad ajustados a la realidad de cada Institución Prestadora de Salud, se está comprometiendo directamente la garantía en la prestación de dichos servicios, por lo tanto, se considera importante la evaluación del cumplimiento de los aspectos metodológicos ordenados por el Ministerio de la Protección Social, por parte de tales instituciones, en cuanto a la elaboración e implementación de los Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC). Disposiciones que aunque se han presentado como una directriz, es sustentada por su carácter legal, es decir, deben ser tenidas en cuenta como requisitos mínimos de obligatorio cumplimiento en cuanto a su funcionamiento respecta. En la actualidad, en ciertas ocasiones se evidencia la omisión a tales lineamientos, lo cual es deducible de la constante intermediación de los Comités Técnico Científicos (CTC), para el acceso de los pacientes a sus derechos en salud.

1.2. Formulación del problema

¿Se está cumpliendo con la metodología dispuesta por el Ministerio de la Protección Social para la implementación de los Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) de dos IPS`s de primer nivel de Santander dentro del SOGCS durante el periodo de 2009?

1.3. JUSTIFICACION

Como ya es bien sabido, desde los mismos direccionamientos planteados por la Constitución Política de Colombia de 1991, en lo que respecta a los beneficios conferidos a sus ciudadanos, la Salud es contemplada como un derecho fundamental e irrenunciable. Por lo cual, se estableció como norma marco la ley 100 de 1993, donde se da el soporte respectivo para el adecuado funcionamiento del Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI), el cual se convierte en realidad mediante el cumplimiento de las diferentes normas emitidas para tal fin.

Ahora bien, se debe entender que no es suficiente con la prestación del servicio, sino que a su vez este, debe propender por dignificar la condición de salud del paciente o usuario, es decir, también importa la forma en que se brinda el servicio (cumplimiento de las características técnicas y legales requeridas). Por lo tanto, la temática se encuentra enmarcada dentro del SOGC, por normas tales como: el Decreto 1011 de 2006, donde se manifiesta la obligatoriedad de garantizar la calidad de la atención de salud, coexistiendo y complementándose con la Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico No. 2, donde se establece que el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, PAMEC, es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.

Por tanto el PAMEC es la manera particular en que cada Institución pone en marcha, operativiza o implementa el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud.

1.4. DELIMITACION

1.4.1. Conceptual. En la presente investigación se fundamento en la evaluación de la metodología utilizada para la implementación de los Programas de Auditoria

para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) en el marco del SOGCS, de dos IPS de primer nivel del Departamento de Santander, durante el periodo de 2009. Por lo tanto, se hizo pertinente la búsqueda de información con respecto a características técnicas y científicas utilizadas como metodología a considerar dentro de la configuración de tales programas, por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Por ultimo, se conto con el soporte legal pertinente al derecho fundamental correspondiente a la dignificación de la condición de salud del paciente, frente a cualquier contingencia. Dentro de las muchas, se destacan: Constitución Política de Colombia, Ley 100 de 1993, Decreto 1011 de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Resolución 1043 de 2006, y demás recomendaciones dadas por el Ministerio de la Protección Social con este respecto. 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. (Ver mapa conceptual)

1.4.2. Espacial. El presente estudio se delimitará a la revisión de la documentación correspondiente a los Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) de dos IPS, ubicadas en el Departamento de Santander. De igual forma, se contara con recopilación de información suministrada por los funcionarios responsables del programa.

A continuación se presentaran algunos de los lineamientos estratégicos de las IPS, como acercamiento al contexto donde se ha desarrollado la presente investigación.

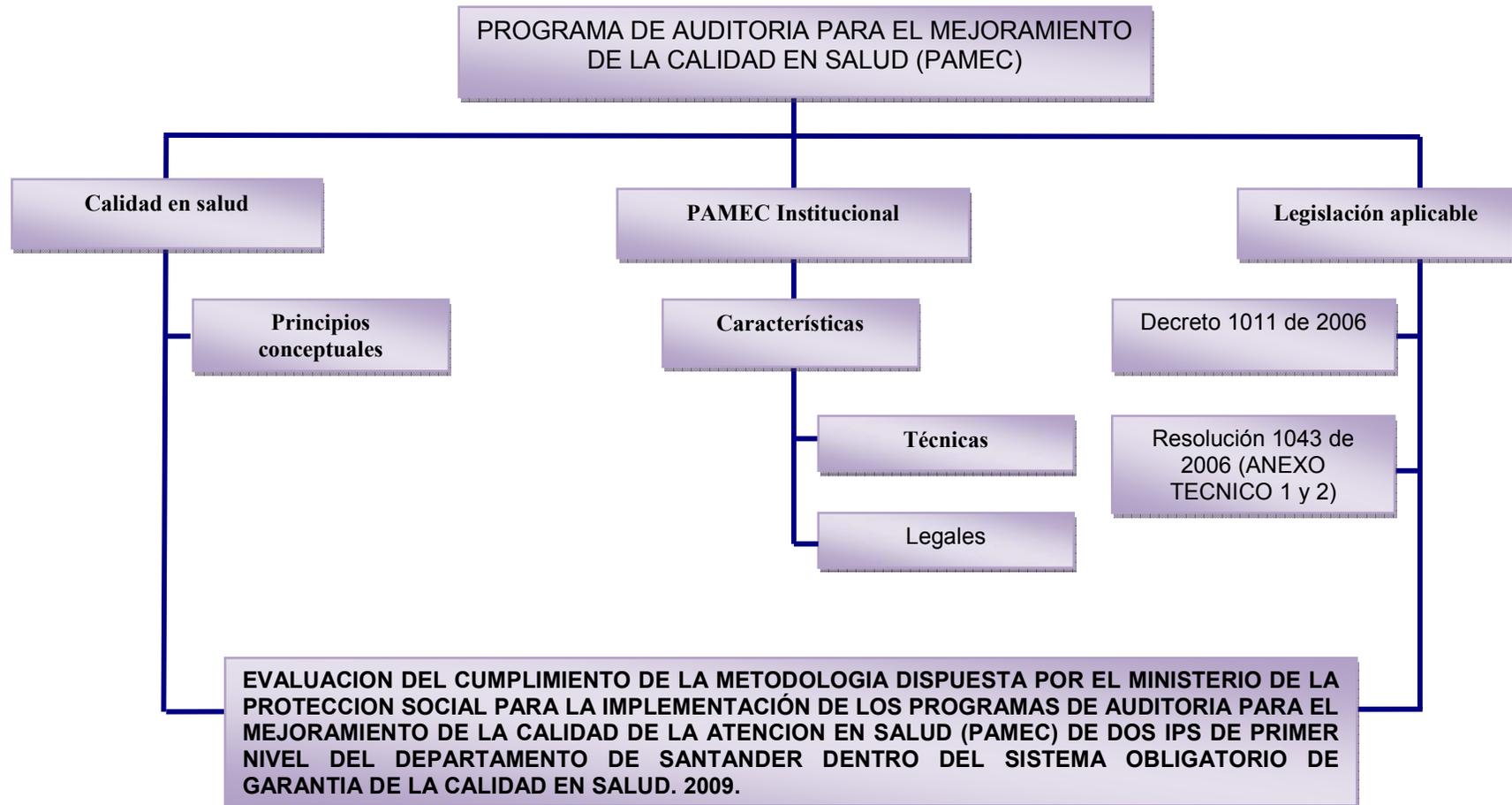
IPS No. 1. Misión. La Institución orienta sus servicios hacia la satisfacción de nuestros usuarios como compromiso con la comunidad y política fundamental, para esto contamos con personal capacitado y orientado para lograr dicha calidad.

La institución tiene como fin ofrecerle a los usuarios una excelente atención en todo lo relacionado con la salud, con esto lograremos un municipio con un bajo índice de morbilidad.

IPS No. 2. Misión. Somos una institución prestadora de servicios en salud, orientada a contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de nuestro usuarios, que cuenta con profesionales idóneos y comprometidos, que trabajan de manera continua con eficiencia, responsabilidad y calidez humana, ofreciendo así, un alto sentido de responsabilidad social.

Visión. Nos vemos posicionados en el año 2012 como una IPS líder en primer nivel, reconocida por sus altos estándares de calidad, excelencia en la atención, grandes profesionales trabajando en equipo, y con una infraestructura que brinde un ambiente agradable, que satisfaga las expectativas de nuestros clientes y de esta manera aportar nuestro granito de arena, para que esta sociedad cada día sea mejor.

MAPA CONCEPTUAL



Fuente. Los autores

1.4.3. Temporal. Al proceso de investigación para la conformación del presente proyecto, se le dio inicio durante el segundo semestre del año 2009 y se culminara durante el primer semestre del año 2010. En cuanto a su construcción propiamente dicha, se desarrollo en el siguiente orden: recolección de la información del estudio, de igual forma se contempló el problema, su descripción, formulación, delimitación y objetivos propuestos.

El proceso investigativo continuó con la descripción del marco teórico que incluirá los antecedentes, bases teóricas con su respectiva recopilación bibliográfica. (Ver cronograma de actividades)

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. General. Evaluar la metodología aplicada por 2 Instituciones Prestadoras de Salud en el Diseño, Implementación y despliegue de los Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) de dos IPS de primer nivel de Santander, durante el año 2009.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	SEGUNDO SEMESTRE 2009						PRIMER SEMESTRE 2009					
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Presentación de la propuesta	■	■	■									
Revisión bibliográfica		■	■	■	■							
Elaboración del problema, justificación, objetivos.			■	■	■							
Elaboración del propósito.				■	■	■						
Desarrollo de los antecedentes históricos, legales, investigativos					■	■	■					
Elaboración de bases teóricas						■	■	■				
Elaboración de variables							■	■				
Selección y evaluación de la muestra poblacional.								■	■	■		
Diseño y elaboración									■	■		
Desarrollo del diseño metodológico, y formatos de evaluación y seguimiento.									■	■	■	
Seguimiento a la muestra poblacional											■	■
Evaluación final												■
Análisis de resultados												■
Conclusiones y recomendaciones												■
Elaboración del resumen y artículo.												■
Entrega final del proyecto												■

Fuente: los autores

1.5.2. Específicos. Identificar los Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) en cada una de las IPS.

Describir los aspectos técnicos y metodológicos que deben ser aplicados en los Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) para cada una de las IPS, enmarcados en la guía metodológica del Ministerio de la protección social que cumple con lo establecido en el SOGCS.

Diseñar un instrumento de evaluación aplicable a los programas para la determinación del grado de cumplimiento legal de los Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) de las IPS.

Realizar un Análisis comparativo de las ventajas y desventajas de cada programa.

Determinar acciones de mejora para la retroalimentación de los Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) en las IPS.

Finalmente se sugiere una segunda etapa con la Implementación de ajustes y su posterior medición que no es parte de la presente investigación.

1.6. PROPOSITO

La presente investigación tiene como propósito determinar si la metodología utilizada para el diseño, implementación y despliegue de los Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) en dos IPS de Santander, y su conformación en términos técnicos y metodológicos, se ajustan a las disposiciones emitidas por el Ministerio de la Protección social para la temática, propendiendo de esta forma a que los especialistas en auditoria

en servicios de salud e interesados, cuenten con una herramienta útil al momento de determinar los requisitos constitutivos exigidos por la normatividad vigente y particulares sujetos a las necesidades de la organización, traducido en altos estándares de calidad con respecto a los servicios prestados por las misma. Generando un impacto tanto directo como indirecto en los pacientes y/o usuarios de estas instituciones, donde la calidad trascienda de la satisfacción de sus necesidades a la complacencia de sus expectativas en cuanto a la atención en salud se refiere. Teniendo en cuenta que la relación IPS – usuario es directamente proporcional, es decir, cuando la primera cuenta con los diferentes recursos para cumplir a cabalidad con sus funciones, a quienes conocemos como sus clientes se verán beneficiados positivamente y a la viceversa.

Finalmente, los resultados de este proyecto estarán dirigidos a beneficiar a la organización, al fomentar mancomunadamente con las pretensiones del Ministerio de la Protección Social, que identifique tanto sus ventajas como desventajas en la temática.

2. MARCO TEORICO

2.1. MARCO LEGAL

Para dar inicio a la revisión de los diferentes focos inherentes a la temática de Calidad de los servicios de salud, se consigna a manera de análisis parte de su vasto marco conceptual y legal; lo cual, busca cumplir con el propósito ya mencionado de instruir a los interesados de diferentes campos del saber, cuya competencia es requerida para garantizar en su máxima expresión los derechos a que se tienen lugar en la materia.

2.1.1. Constitución Política de Colombia. Como es obvio, no se podría iniciar la construcción normativa soporte en lo referente a había de suponerse a Calidad de los servicios de salud, sin dejar de citar la bien conocida: *norma de normas*, es decir, la constitución política de Colombia de 1991, donde en su artículos 47 al 49 se evidencia la responsabilidad del estado en fomentar políticas encaminadas a la previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, suministrando la atención especializada requerida en tales casos.

Continuando, hace alusión a la Seguridad Social como un servicio de carácter público, reiterando nuevamente el compromiso del Estado como responsable de

ejecutar una dirección, coordinación y control de tal servicio, entre otras, estando en todo momento sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, directrices de tal iniciativa. De igual forma atañe al deber de garantizar a *todos* los habitantes del territorio colombiano, el derecho a la seguridad social, imperando la supremacía de su condición de irrenunciable, es decir, bajo ninguna circunstancia se podrá justificar la no prestación de algún tipo de atención y/o servicio contemplado dentro de dicho sistema. En todo momento la negligencia tendrá agravantes para el o los responsables de cualquier tipo de omisión en tal sentido, siendo aun cosa juzgada el desistimiento del servicio, como la voluntad explícita de cualquier persona. Sin duda alguna en la actualidad se cuenta con gran multiplicidad de herramientas jurisprudenciales y legales que salvaguardan los principios fundamentales de la creación de la seguridad social.

Como se ha venido presentando, el Estado es responsable de garantizar la prestación con calidad de los servicios propios de la Seguridad Social, lo cual permite deducir otra de sus responsabilidades dentro de las ya señaladas; la asociación estratégica con los particulares necesarios para garantizar la cobertura, en la prestación de servicios acordes a las exigencias contempladas por la ley, obligándose a utilizar adecuadamente los recursos asignado a las instituciones prestadoras de la Seguridad Social, advirtiendo sobre la negativa de la utilización de estos para otros fines.

De igual forma se recalca que la atención en salud son servicios públicos a cargo del estado, donde debe predominar el amplio sentido de accesibilidad sin ningún tipo de restricción, por el contrario, mancomunando esfuerzos en la promoción, protección y recuperación de la salud. Anexo se presenta la responsabilidad de saneamiento ambiental, bajo los principios constitucionales de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Una vez más, se configura al Estado como el garante del establecimiento de políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y el ejercicio de su vigilancia y control, como la determinación de las competencias transferibles a la nación, entidades territoriales y los particulares, junto con los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

En cuanto a las directrices para la prestación de servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley determinara los aspectos concernientes a la atención básica como gratuita y obligatoria para todos los habitantes. De igual forma el Estado hace responsable junto consigo mismo, a toda persona, en cuanto al cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

2.1.2. Ley 100 de 1993. Siendo congruentes a los postulados presentados anteriormente y, contemplados dentro de la Constitución Política de Colombia de 1991, el Estado y sus legisladores con referencia a la Seguridad Social, continúan

la línea de la responsabilidad de este primero (Estado) frente al servicio, recursos y control de terceros. Esto se hace evidente en su artículo 1, donde nace lo que hoy se conoce como el “sistema de seguridad social integral” (SSSI), cuyo objetivo es presentar tales derechos como irrenunciables y garantizar el cumplimiento de los mismos, tanto para la persona como para la comunidad, permitiéndoles obtener calidad de vida, que se estructure desde la exaltación de la dignidad humana, evitando, controlando y/o mejorando cualquier contingencia que la afecte.

Con la creación de este sistema se pretendió estructurar las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos asignados a satisfacer las necesidades de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

2.1.3. Plan Nacional de Salud Pública. Dentro del Decreto 3039 de 2007, conocido como el Plan Nacional de salud pública, se indica que el Gobierno Nacional, es responsable de definir tal plan cada cuatro años.

Como alguno de sus apartes se encuentran:

Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y

convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores. Se define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el Plan Nacional de Desarrollo y en los Planes de Desarrollo Territorial.

Por lo tanto se deberá formular y aprobar el Plan de Salud Territorial a cargo de las direcciones territoriales de salud, comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud, POS, del régimen contributivo y del régimen subsidiado y el de riesgos profesionales. Los anteriores planes se formularán en coherencia con los perfiles de salud territorial. Además, se adoptará el sistema de evaluación de resultados para realizar los correctivos pertinentes y así cumplir con las metas definidas para el cuatrienio.

2.1.4. Calidad de la atención en salud. Dentro del Decreto 1011 del 03 Abril de 2006, se presenta una definición para “calidad de la atención en salud”, destacando de manera preponderante, las características de accesibilidad y equidad, que se deben dar al momento de la prestación de los servicios de salud a que los usuarios tienen derecho.

Inicialmente, se resalta la oportunidad como una necesidad apremiante, pero que a su vez cuenten con los requerimientos técnicos pertinentes, es decir, se debe respetar la relación existente entre la condición de salud particular del usuario al momento de tal solicitud y, los costos dos para las partes. En últimas, no se debe desconocer la dinámica que generan tanto los beneficios, riesgos y costos relacionados con la prestación del servicio.

No se debe olvidar, mejor aun se debería dar por obvio que para lograr un óptimo servicio se debe disponer de una alta competencia profesional, recayendo la responsabilidad sobre el profesional propiamente dicho. Es decir, quien presta el servicio es garante de dar respuesta a las solicitudes recibidas.

No se debe perder de vista los máximos garantes del normal funcionamiento del Sistema son: Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud, Entidades Departamentales - Distritales de Salud y Entidades Municipales de Salud.

En el artículo sexto, se contempla una definición en cuanto al Sistema Único de Habilitación, entendido como una colectividad de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan

dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.

2.1.5. Auditoria. En el Decreto 1011 de 2006, artículo 32, se reza: “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”.

“La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.

La comparación entre la Calidad Observada y la Calidad Esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.

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.”

En el artículo 33 menciona los niveles de operación de la auditoría, los cuales constan de autocontrol, auditoría interna y externa. De igual forma, en el artículo 34, se hace alusión a las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales. En cuanto a la responsabilidad en el ejercicio de la auditoría, artículo 40, contempla que 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.

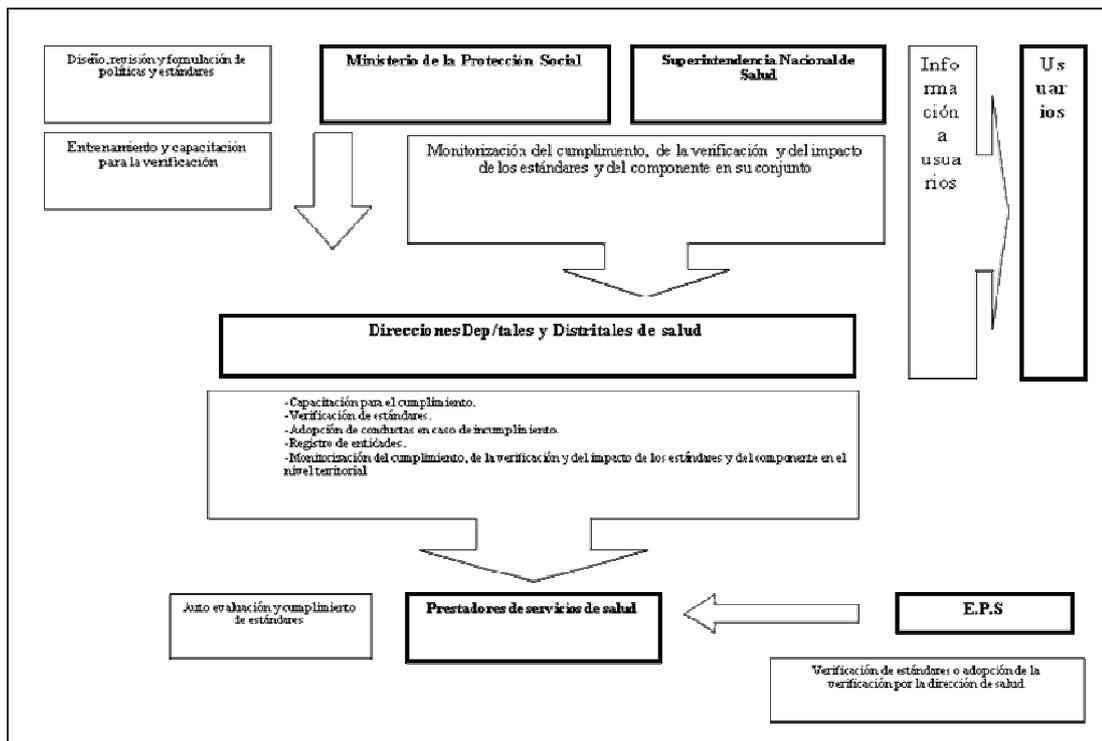
2.1.6. La Resolución 1043 de 2006. En el artículo 5, se plantea la obligatoriedad en el diligenciamiento del formulario de inscripción en el registro especial de prestadores de servicios de salud. Donde se declarará el cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención exigida en los Anexos Técnicos 1 y 2, que hacen parte integral de la presente Resolución.

En su artículo 9 se plantea: *“...programación anual de visitas de verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación y del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención, con base en las prioridades establecidas en el anexo técnico N° 2...”*

Continuando con el anexo técnico No. 2: *De igual manera, el presente manual pretende garantizar la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, según los lineamientos de auditoría expedidos por el Ministerio de la Protección Social, como herramienta de gestión de la calidad que promueva, evalúe y mejore la atención de salud en armonía con los demás componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.*

En la figura que se presenta a continuación, se observa el flujo de la información desde los entes normatizadores, hasta el momento en que es ejecutada por las Instituciones prestadoras del servicio de salud. Es obvio, que este sistema se ha de retroalimentar para los ajustes del mismo – mejora continua – a través del seguimiento, a los requerimientos desplegados para su cabal cumplimiento.

Grafica 1. Flujo de información entre legisladores e IPS



Fuente. www.valledelcauca.gov.co

2.1.7. Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud - PAMEC.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, 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". El **PAMEC** es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

A continuación se presentan algunas matrices de Macroprocesos de habilitación a tener en cuenta según el PAMEC:

Cuadro 1. MACROPROCESOS DE HABILITACION

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
Realizar el proceso de autoevaluación	Prestador de Servicios de Salud	Las instituciones que realicen inscripción por primera vez o previa apertura de nuevos servicios contarán con un período de seis (6) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución para su realización. Para prestadores que entrada en vigencia el Decreto 1011 de 2006 cuenten con el certificado de habilitación expedido por la entidad territorial correspondiente deberán realizar la autoevaluación y ajustarse con base en los estándares descritos en el Anexo Técnico 1.*	En la IPS.	Cumplir con los Requisitos de habilitación para poder prestar servicios.	Diligenciando el Manual Único de Estándares y Verificación del anexo técnico No.1. Diseñando o documentando la implementación del PAMEC según corresponda.

Realizar la recepción de declaración y registro prestadores	Dirección departamental o distrital de salud	En el momento de inscribir por primera vez instituciones que inicien su funcionamiento a la fecha de expedición de la norma o las no verificadas o no certificadas previo proceso de autoevaluación y cumplimiento, para ello contarán con 6 seis meses de plazo para su cumplimiento contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución.	Dirección departamental o distrital de salud	Conformar registro de prestadores. Conocer oferta. Elaborar plan de visitas.	Entregando formatos de autoevaluación y PAMEC en la inscripción o renovación. Recibiendo la declaración. Alimentando bases de datos.
Realizar la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación.	Dirección departamental o distrital de salud	Por lo menos una vez a partir del inicio de la declaración y durante los cuatro (4) de la vigencia del registro.	Sede, Prestador de Servicios de Salud	Confirmar cumplimiento.	Realizando visitas de campo a prestadores, basándose en lo establecido en el manual de estándares y verificación y las pautas indicativas de auditoría del Ministerio.
Adoptar conductas.	Dirección departamental o distrital de salud	Después o durante la visita de verificación cuando exista un riesgo inmediato e inminente.	Dirección departamental o distrital de salud	Hacer cumplir los estándares.	Aplicando el procedimiento administrativo establecido para tal fin.

Fuente. www.valledelcauca.gov.co

Cuadro 2. AUTOEVALUACIÓN Y DECLARACIÓN

Identificar los estándares incumplidos.	Prestador de servicios de salud	Antes de la presentación de la declaración. Se contempla la viabilidad de cumplir antes de declarar o de cierre si no es posible cumplir con todas las condiciones de habilitación y no declarar ni prestar el servicio	En la sede del prestador	Presentar la declaración sin riesgo de incurrir en falsedad. Evitar riesgos a los usuarios.	Si es IPS: Verificando internamente el cumplimiento de los requisitos y condiciones tecnológicas y científicas, de suficiencia patrimonial y financiera y de condiciones técnico administrativas y PAMEC. Si es profesional independiente solo las condiciones Técnico Científicas.
Cumplir con los requisitos.	Prestador de servicios de salud	Antes del plazo de cumplimiento y declaración.	En la sede del prestador	Evitar riesgos a los usuarios. Prestar servicios de salud en el sistema.	Realizando las acciones para el cumplimiento de acuerdo con las condiciones y los estándares incumplidos.
Diligenciar el formulario de inscripción y manual de estándares y verificación.	Prestador de servicios de salud	Las instituciones que realicen inscripción por primera vez o previa apertura de nuevos servicios contarán con un período de seis (6) meses para su realización contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Resolución.	Dirección departamental o distrital de salud	Registrarse formalmente como prestador y funcionar en el sistema.	Diligenciando el formato de declaración, del manual de estándares y verificación y PAMEC y radicarlo en la dependencia asignada por la dirección territorial.
Presentar las Novedades de Prestadores.	Prestador de servicios de salud	Cada vez que ocurra una situación en las que la norma señala que es obligatorio reportar la novedad.	Dirección departamental o distrital de salud	Registrar formalmente todos los servicios que ofrece y poder prestarlos en el	Diligenciando en el Formulario de Novedades de Prestadores de Servicios de Salud.

				sistema.	
--	--	--	--	----------	--

Cuadro 3. REGISTRO

QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	DÓNDE	PARA QUÉ	CÓMO
Entregar información de soporte.	Dirección departamental o distrital de salud	A partir de la fecha de iniciación de la recepción de la inscripción.	Dirección departamental o distrital de salud	Contar con los documentos y la información necesaria para el registro.	Duplicando y entregando en medio físico o en medio magnético la documentación de soporte para el prestador <ol style="list-style-type: none"> 1. Norma. 2. Manual único de Estándares y verificación y PAMEC. 3. Formulario de inscripción.

Fuente. www.valledelcauca.gov.co

Cuadro 4. VERIFICACIÓN

Ejecutar la visita de verificación.	Grupo de profesionales de verificación con entrenamiento certificado para desempeñarse como verificador.	De acuerdo con el cronograma anual definido.	En la sede del prestador de servicios.	Verificar si el prestador cumple o no con los estándares de habilitación, con el PAMEC	Aplicando el manual único de estándares y verificación descrito en el Anexo Técnico No.1 y su complemento en el No 2 y las pautas indicativas de auditoría del Ministerio de la Protección Social.
Realizar aplicación de conductas.	Secretario de salud, con el soporte jurídico y de vigilancia y control (salvo delegaciones expresas).	Máximo cinco (5) días después de recibido el informe del grupo de profesionales de verificación.	Dirección departamental o distrital de salud	Proteger a los usuarios de los riesgos de prestación de servicios de salud que no cumplen con las condiciones de habilitación o no se tiene implementado el PAMEC.	Realizando expedición de resolución motivada, basada en los fundamentos jurídicos de ley 9 de 1979, Ley 10 de 1990 y Ley 100 de 1993, Decreto 2240 de 1996 y las formalidades jurídicas respectivas, y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. La dosificación de la sanción estará de acuerdo a la gravedad y el tipo de incumplimiento. El incumplimiento del PAMEC no será motivo único para el cierre total o parcial de institución o servicios pero si genera sanción.

Fuente. www.valledelcauca.gov.co

2.2. MARCO CONCEPTUAL

A continuación se presentan las disposiciones y especificaciones determinadas de los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC) de dos IPS de primer nivel de Santander dentro del sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud.

2.2.1. Autoevaluación. En primer lugar, para que las organizaciones logren efectivamente desarrollar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el cuestionamiento sobre los posibles aspectos – a todo nivel - que se pueden llegar a mejorar es imprescindible, para lo cual, es requerida la estructuración de una autoevaluación interna, que desde una perspectiva técnica se podría entender como un “*diagnóstico básico general de la institución*”, propendiendo así, por la identificación de aquellos problemas o fallas de calidad, y qué decir, de los principios de monitoreo de tal índole, que en últimas terminan impactando sobremanera al usuario.

Por lo tanto, los aspectos objeto de mejoramiento de la calidad son, aquellos procesos, circunstancias y resultados, entre otras, que por su relación directa con la calidad de la atención se vuelven trascendentales en el momento justo que se desorientan de dar respuesta a las necesidades y/o expectativas de los usuarios.

Como se ha querido dar a entender, la emisión de un diagnóstico básico general de fallas de calidad facilitaría la construcción de un inventario de problemas de calidad, que en la posteridad facilitarían la directa relación con los procesos de donde se desprenden tales consecuencias.

Ahora bien, se debe tener claridad sobre los integrantes del equipo en el proceso de autoevaluación interna para la elaboración del ya mencionado, diagnóstico básico, donde se hará la identificación de debilidades y amenazas de la organización. Tales actores deben provenir del nivel gerencial, el equipo directivo, la auditoría, el control interno y el equipo de calidad si está constituido; en caso contrario, se convocaría a los responsables del nivel de autocontrol, como análogo o potencial del comité de mejoramiento de la calidad.

Como se ha venido indicando la autoevaluación debe ser realizada cuando por primera vez en la institución se pretende establecer el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el cual contendrá aquellos proyectos de Auditoría que se llevarán a cabo en la organización a corto, mediano y largo plazo. Para el caso de que la institución cuente con la estructuración de un Programa, la autoevaluación se realizara al revisar el cierre del ciclo gerencial PHVA y en el momento de determinar el inicio de un nuevo ciclo de mejoramiento para los procesos en cuestión.

La implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención debe estar en caminado a dar respuesta idónea tanto a las necesidades como expectativas de los usuarios en lo concerniente a la atención en salud. Otro motivo de tal programa es la implementación de la cultura de autocontrol, es decir, que cada equipo responsable del ejercicio del proceso de evaluación interna, se esmere por garantizar tal regulación de los procesos dispuestos bajo su cobertura. La adopción de acciones preventivas, acciones de seguimiento para evidenciar brechas de desempeño y además las acciones coyunturales retrospectivas, para lo correspondiente a la ocurrencia de resultados no esperados, son otras de las tantas razones de dicho programa.

En cuanto a la realización del proceso de autoevaluación las instituciones, deben utilizar los beneficios de implementar la totalidad de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, que para efectos de la identificación de problemas de calidad prevé:

Para los estándares de acreditación es recomendable tomar los niveles óptimos en materia de calidad (Sistema Único de Acreditación. Resolución 1445 de 2006). Según los lineamientos se debe evaluar conforme a tales instituciones con el fin de acceder a las oportunidades de mejoramiento que pueden traducir los principales problemas de calidad de la institución.

En cuanto a la importancia de los indicadores como referente del sistema, estos se convierten en facilitadores de resultados grosso modo sobre la calidad que se vive institucionalmente y que le conciernen a los usuarios (Sistema de Información para la Calidad. Resolución 1446 de 2006).

Sin importar cual sea el método utilizado – sin olvidar que es de acuerdo al grado de avance organizacional en materia de auditoría – no se debe perder de vista las fisuras que tengan implicaciones en: pleno cumplimiento de los derechos del paciente, efectividad clínica de los servicios prestados y la utilización de los recursos, la disminución del riesgo al paciente, la satisfacción de las expectativas de las expectativas de este último.

Para garantizar una evaluación adecuada, no se deben escatimar esfuerzos desde el momento de la planeación hasta su ejecución. Por consiguiente los pasos que se deben procurar son: Identificar el grupo organizacional que va a realizar la autoevaluación y capacitar al grupo responsable de realizar el proceso de autoevaluación.

Adentrándonos en la ejecución del proceso de autoevaluación, y como ya se menciono, es importante la planeación, dado que el tiempo que se requiere para realizar un proceso de autodiagnóstico participativo y a profundidad demanda un tiempo importante de los participantes, de recursos de toda índole por parte de la

institución, de análisis de información, conciliación de los diferentes puntos de vista, entre otros.

2.2.2. Priorización de los procesos objeto de mejoramiento. Una vez realizada la autoevaluación que permita el autodiagnóstico, puede presentarse que se haya identificado un inventario extenso de procesos objeto de mejoramiento, lo cual puede impedir el manejo y control de los mismos a la total voluntad de la institución, teniendo en cuenta que en muchas ocasiones los recursos para tales contingencias son limitados.

Para seleccionar los procesos que están generando un mayor impacto en los usuarios se debe contar con matrices como: *priorización, la jerarquización y los Gráficos de Pareto*¹, entre otros, sin perder el horizonte que atañe tales situaciones. En cuanto a matrices se refiere, se aborda la matriz de priorización, herramienta que evalúa opciones, regulada a su vez, por criterios explícitos que con antelación el grupo de trabajo ha considerado vitalicios para la toma de decisiones. Los aspectos que sean tenidos como importantes, desde el enfoque de la matriz de priorización, serán entendidos como los factores críticos de éxito, es decir, son las piezas claves para que una vez los esfuerzos institucionales se orientan hacia ellos, directamente permitirán el cumplimiento de los objetivos y metas trazados. Dentro de tales variables (que se pueden medir en el tiempo), y

que por obvias razones se requiere controlar para el logro de los resultados esperados, son:

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

Cuadro 5. 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					

Fuente: Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. (2007)

“Para la calificación de esta tabla Utilizar una escala de calificación que evite el riesgo de que la calificación sea media, es decir, no usar por ejemplo una escala

de 1 a 5 incluyendo el 3 dado que se tiende a que los equipos propongan el 3. Además se recomienda que la calificación sea de menor a mayor, lo cual quiere decir que 1 significa ningún impacto y 5 alto impacto. Otra forma sugerida es utilizar valores impares en una escala de 1 a 5, donde 1 significa bajo impacto, 3 impacto medio y 5 alto impacto”.

2.2.3. Definición de la calidad esperada en los procesos seleccionados como prioritarios. Cuando las instituciones dentro de los análisis respectivos han logrado establecer son sus procesos prioritarios objeto de mejora y que en últimas son quienes dan soporte a lo que será el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de la institución. No obstante, como se ha logrado entender, se está detrás del ascenso de una serie de peldaños hacia la gran cumbre, por lo tanto, se debe proseguir con la determinación del nivel de calidad esperado en la ejecución y en los resultados de ellos. Para esto la institución debe desarrollar un sistema de indicadores de apoyo, sobre el que se enfoca el trabajo de auditoría, permitiendo así, evaluar el cumplimiento de la calidad esperada y hacer seguimiento a sus resultados.

En cuanto a quienes definen el nivel de calidad esperado para lograr en cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, será el nivel directivo, que recordemos, son responsable de la destinación de los diferentes recursos y

quienes tienen a su cargo la función de auditoría interna, son quienes se convierten en los responsables de definir el nivel de calidad esperada.

2.2.4. Medición inicial del desempeño de los procesos. Las instituciones deben construir un mecanismo que les facilite la medición de la calidad observada, es decir, el nivel de desempeño de los procesos en la institución, para clarificar la relación – en términos de diferencia, si la hay - entre lo esperado y lo observado. Es justo en este momento donde se debe acudir a la aplicación tradicional de los procedimientos de auditoría que comúnmente son aceptados, por el camino que se tiene recorrido en la teorización de los parámetros que se tienen para evaluar y comparar.

Se debe tener en cuenta que para el diseño y ejecución del procedimiento de auditoría, esta debe comprenderse como: herramienta y sistema, es decir, que su propósito es fomentar el mejoramiento y mantenimiento de la Calidad de la Atención en Salud. Esto, porque no se puede olvidar que cada vez el interés se circunscribe hacia el campo de lo cuantitativo – sin olvidar lo cualitativo – donde se busca la confiabilidad y validez de los hechos y datos necesarios para la toma de decisiones por parte de quienes definen políticas y asignan recursos, de quienes dirigen una organización y de quienes prestan un servicio, sin olvidar su componente de fin específico, cohesión, y la aplicación con regularidad establecida.

En este sentido, la auditoría debe ser entendida como una responsabilidad de las organizaciones, que debe propender por el direccionamiento hacia mayores beneficios para los usuarios, reduciendo paralelamente los riesgos según la capacidad de recursos dada.

Es fundamental que para la ejecución del procedimiento de auditoría, se sigan los siguientes pasos: Planear el procedimiento de Auditoría cumpliendo a su vez los objetivos y el alcance del procedimiento de auditoría; las técnicas de apoyo por utilizar (observación, inspección, confirmación, análisis, cálculo, muestreo estadístico, flujogramas); La identificación de las fuentes de información, indicadores de medición, formato de registro (primarias y secundarias); tener en cuenta que el diseño apropiado de formatos de registro implica la realización de pruebas piloto de dichos formatos; identificar quienes participaran en el equipo ejecutor de la auditoría; y la definición del cronograma de auditoría, junto con los demás aspectos administrativos que se requieran para su desarrollo.

2.2.5. Realización de la formulación, ejecución y evaluación del plan de mejoramiento. Como se ha venido indicando el enfoque sistémico es un factor importante en la toma de decisiones y sus resultados mejoren la atención en salud recibida por los usuarios de las instituciones y del Sistema General de Seguridad Social en Salud; esto por la siguiente razón: el plan de mejoramiento permite tener una panorámica precisa del proceso de mejora que se inicia, a partir de los

problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores) siguiendo la ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados. En él también se establecen las acciones de mejora en la que se deben especificar todas aquellas actividades que se creen necesarias para este, logrando definir dolientes a todo nivel (en persona), tiempo, ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas, con el fin de garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

La planeación busca la consecución de los recursos necesarios para la elaboración del Plan, disminuyendo o eliminando las brechas entre la calidad esperada y la calidad observada, como son: programa de capacitación para los equipos de mejoramiento, programa de comunicación y definición de los aspectos logísticos.

2.2.6. Aprendizaje organizacional – estandarización del proceso. En este punto se debe apoyar el desarrollo de los ciclos que retroalimentan el aprendizaje organizacional. Ya logrado los resultados esperados se sugiere estandarizar los procesos prioritarios. Frente al cuestionamiento de que se busca con esto, surgiría la aclaración de construir una herramienta general de capacitación, entrenamiento y despliegue de la calidad en equipo, para obtener un entendimiento compartido.

Crear el ya mencionado aprendizaje organizacional, representa entrenar y capacitar las personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realice seguimiento permanente para 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 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 responsables de la puesta en marcha de los procesos, en unión con el equipo de auditoría (facilitador en el manejo de estas metodologías), serán los responsables de crear los procedimientos estándar de operación que se direccionen hacia la calidad esperada. No cumplido tal objetivo, se requeriría el reentrenamiento de los ejecutores en la metodología escogida por la organización para estandarización de los procesos prioritarios.

2.2.7. Seguimiento a través de comités. Dentro de este ítem se pretende mostrar la necesidad de la construcción de un complemento tanto técnico como práctico, que facilite la implementación de los diferentes comités que se realizan en las instituciones, permitiendo a su vez, el seguimiento y retroalimentación a la calidad de los procesos que se convierten en objeto de la auditoría, según las

orientaciones del “Modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud”.

Como papel fundamental de los comités en cuanto a la auditoría para el mejoramiento de la atención en salud, la importancia radica en que son un instrumento valioso para implementar las acciones de seguimiento en todos los niveles de la auditoría, siendo promovidos por el nivel de la auditoría interna.

En el caso de la auditoría externa, o la que se da entre comprador e instituciones prestadoras, los comités continúan siendo un mecanismo de seguimiento y monitoreo a la calidad de los procesos prioritarios que acuerden las instituciones y a los resultados negativos que se presenten en la atención.

2.2.8. Implementación del nivel de auditoría externa. Finalmente, la auditoría externa es otra herramienta que debe ser utilizada por las instituciones que deben implementar el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, lo cual tiene un efecto benéfico para las partes (auditor y auditado). Uno de los tantos beneficios que se podrían destacar es la construcción de las relaciones de confianza entre los actores que contribuye a la implementación de los procedimientos de auditoría de forma más eficiente y efectiva.

Continuando, la aplicación de la auditoría externa establecido en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene su razón entre los efectos que esta trae consigo a nivel de la relación entre los actores del sistema. Lo que lleva a pensar que la aplicación de este nivel de auditoría obliga a las organizaciones a no pierdan de vista los las sendas transcritas por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de mejoramiento continuo y atención centrada en el cliente, como pilares deberán ser compartidos entre los actores del sistema para obtener los resultados esperados en materia de calidad en la atención en salud que deben recibir los usuarios.

2.3. TERMINOS BASICOS

“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.

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.

Auditoría. 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.

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.

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

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.

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”.

2.4. VARIABLES

Cuadro 6. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ÍNDICE
CUMPLIMIENTO DE LA METODOLOGIA DISPUESTA POR EL MPS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	Clínica	Existencia instrumentos de autoevaluación y monitoreo de procesos	10 ___ 7 ___ 5 ___ 3 ___ 1 ___ 0 ___
		Identificación de procesos factibles de intervenir para lograr mejora (PROCESOS PRIORITARIOS) por medio de monitoreo	10 ___ 7 ___ 5 ___ 3 ___ 1 ___ 0 ___

Fuente. Los autores.

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ÍNDICE
CUMPLIMIENTO DE LA METODOLOGIA DISPUESTA POR EL MPS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	Clínica	Selección de procesos como prioritarios mediante normas, guías, protocolos. (CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS) por parte del prestador.	10 ___ 7 ___ 5 ___ 3 ___ 1 ___ 0 ___
		Existencia de Indicadores para monitorear el cumplimiento de los estándares de habilitación y los definidos en los indicadores de los procesos prioritarios, por parte del prestador.	10 ___ 7 ___ 5 ___ 3 ___ 1 ___ 0 ___
		Existencia de metodología e instrumentos para medir la satisfacción y la percepción de los usuarios, por parte del prestador.	10 ___ 7 ___ 5 ___ 3 ___ 1 ___ 0 ___
		Realización de intervenciones de mejora de la calidad a partir de la opinión de los usuarios.	10 ___ 7 ___ 5 ___ 3 ___ 1 ___ 0 ___
		Existencia de grupo primario de calidad (comité de calidad) por parte de la IPS	10 ___ 7 ___ 5 ___ 3 ___ 1 ___ 0 ___
		Existencia de cronograma de actividades del grupo primario de calidad, por parte de la IPS	10 ___ 7 ___ 5 ___ 3 ___ 1 ___ 0 ___

Fuente: Los autores.

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ÍNDICE
CUMPLIMIENTO DE LA METODOLOGIA DISPUESTA POR EL MPS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD	Clínica	Ejecución de programas de capacitación y entrenamiento del personal para desarrollar el PAMEC, por parte del prestador	10 ___ 7 ___ 5 ___ 3 ___ 1 ___ 0 ___
		Análisis de la información recopilada se con el fin de reconocer las brechas y establecer un diagnóstico	10 ___ 7 ___ 5 ___ 3 ___ 1 ___ 0 ___
		Establecimiento de planes de mejoramiento detallados por cada brecha detectada y se realiza seguimiento	10 ___ 7 ___ 5 ___ 3 ___ 1 ___ 0 ___
		Acompañamiento a su personal durante la implementación del plan de mejoramiento, por parte del prestador	10 ___ 7 ___ 5 ___ 3 ___ 1 ___ 0 ___
		Retroalimentación al personal sobre el resultado del análisis del plan de mejora	10 ___ 7 ___ 5 ___ 3 ___ 1 ___ 0 ___
		Promoción del aprendizaje cuando los resultados del plan de mejoramiento son positivos	10 ___ 7 ___ 5 ___ 3 ___ 1 ___ 0 ___

Fuente. Los autores.

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1. Tipo de investigación.

La presente investigación es un trabajo cualitativo, retrospectivo y de tipo descriptivo. En dicho estudio se entiende que si existe el Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), ha definido previamente sus parámetros de funcionamiento tanto técnico como legal, manifestado a través de un documento (información más su medio de soporte).

La información se tomara de manera directa, es decir a través de los funcionarios responsables del manejo del Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC). Otras metodologías utilizadas serán la observación y experiencias de los investigadores quienes se encuentran vinculados con tales Instituciones.

4. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

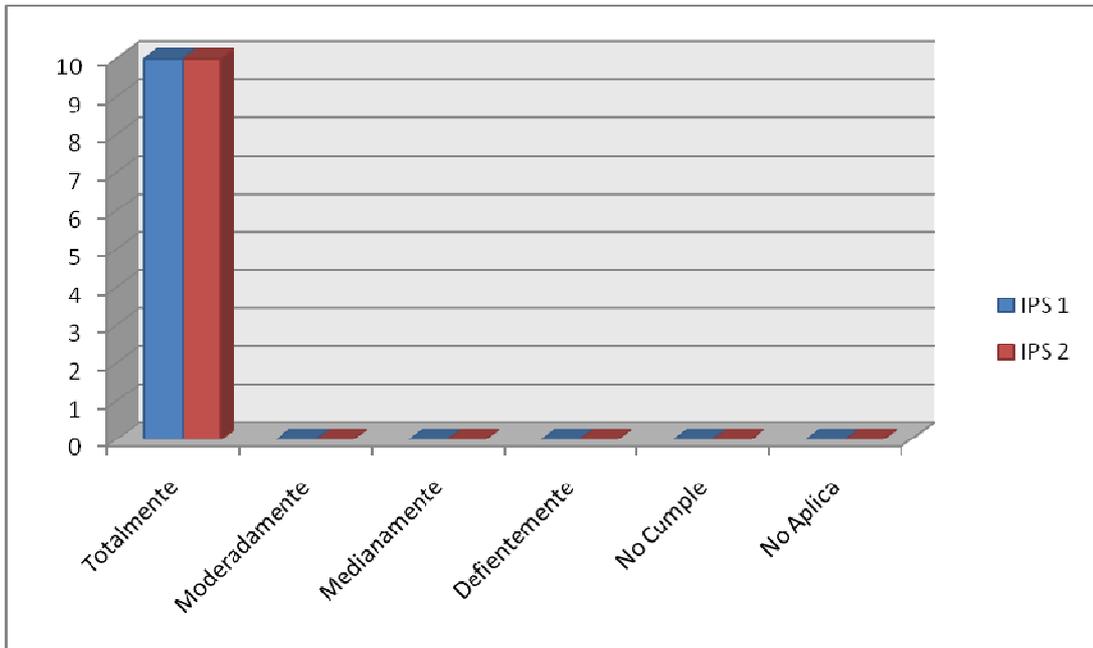
A continuación se presenta la descripción y el análisis de los resultados de seguimiento de la población objeto de estudio, utilizando para ello cuadros y figuras.

Cuadro 7. Existen instrumentos de autoevaluación y monitoreo de procesos

Cumple	IPS 1	IPS 2
Totalmente	10	10
Moderadamente	0	0
Medianamente	0	0
Deficientemente	0	0
No Cumple	0	0
No Aplica	0	0

Fuente. Los autores.

Grafica 2. Existen instrumentos de autoevaluación y monitoreo de procesos



Fuente. Los autores.

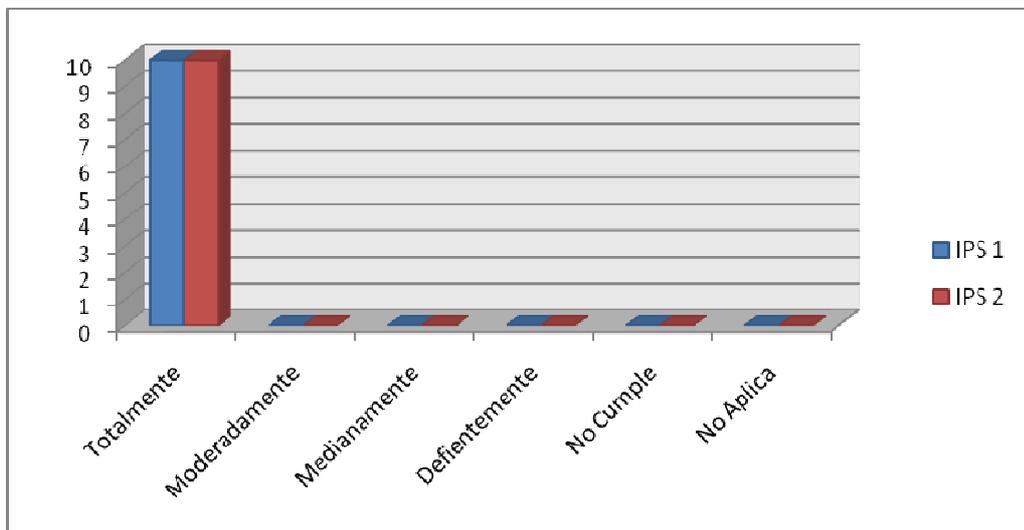
En la relación a la existencia de instrumentos de autoevaluación y monitoreo de procesos, se observa que las dos IPS se encuentran en un rango de cumplimiento denominado: totalmente, es decir, que al revisar fuentes como: informes de gerencia, entrevistas tanto a clientes externos como internos, registros regulares, evaluaciones de gestión, se evidenciaron los respectivos documentos (información con su medio de soporte) y registros (soportes de cumplimiento de un requisito).

Cuadro 8. Por medio de este monitoreo han identificado procesos factibles de intervenir para lograr mejora. (PROCESOS PRIORITARIOS)

Cumple	IPS 1	IPS 2
Totalmente	10	10
Moderadamente	0	0
Medianamente	0	0
Deficientemente	0	0
No Cumple	0	0
No Aplica	0	0

Fuente. Los autores.

Grafica 3. Por medio de este monitoreo han identificado procesos factibles de intervenir para lograr mejora. (PROCESOS PRIORITARIOS)



Fuente. Los autores.

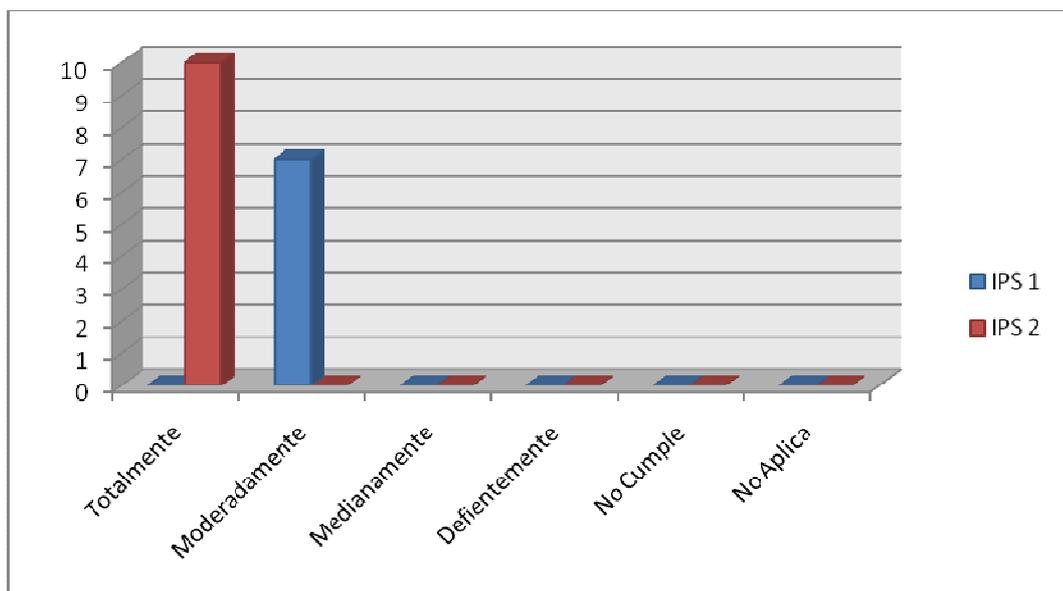
En el cuadro No 8, se observa que a través de la evaluación de los resultados de de las revisiones realizadas por los Prestadores, se han identificado los procesos factibles de intervenir para lograr mejora, es decir, han logrado determinar los “procesos prioritarios”, lo cual muestra un comportamiento de aceptación de los lineamientos establecidos para tal temática.

**Cuadro 9. El prestador ha identificado y estandarizado los procesos seleccionados como prioritarios mediante normas, guías, protocolos.
(CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS)**

Cumple	IPS 1	IPS 2
Totalmente	0	10
Moderadamente	7	0
Medianamente	0	0
Deficientemente	0	0
No Cumple	0	0
No Aplica	0	0

Fuente. Los autores.

Grafica 4. El prestador ha identificado y estandarizado los procesos seleccionados como prioritarios mediante normas, guías, protocolos. (CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS)



Fuente. Los autores.

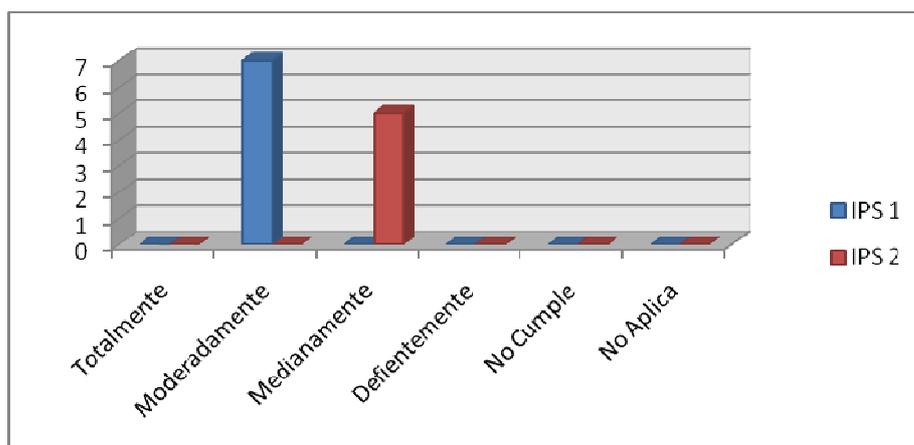
Mediante la solicitud de protocolos, guías, normas, manuales o documentos, para la revisión, se evidencia que el prestador ha identificado y estandarizado los procesos seleccionados como prioritarios, facilitando así la caracterización de los mismos. Tal logro se observa en una menor proporcionalidad en la IPS 1, con respecto al trabajo realizado por la IPS 2, clasificándose desde el instrumento de evaluación como moderado y total, respectivamente.

Cuadro 10. El prestador cuenta con indicadores para monitorear el cumplimiento de los estándares de habilitación y los definidos en los indicadores de los procesos prioritarios

Cumple	IPS 1	IPS 2
Totalmente	0	0
Moderadamente	7	0
Medianamente	0	5
Deficientemente	0	0
No Cumple	0	0
No Aplica	0	0

Fuente. Los autores.

Grafica 5. El prestador cuenta con indicadores para monitorear el cumplimiento de los estándares de habilitación y los definidos en los indicadores de los procesos prioritarios



Fuente. Los autores.

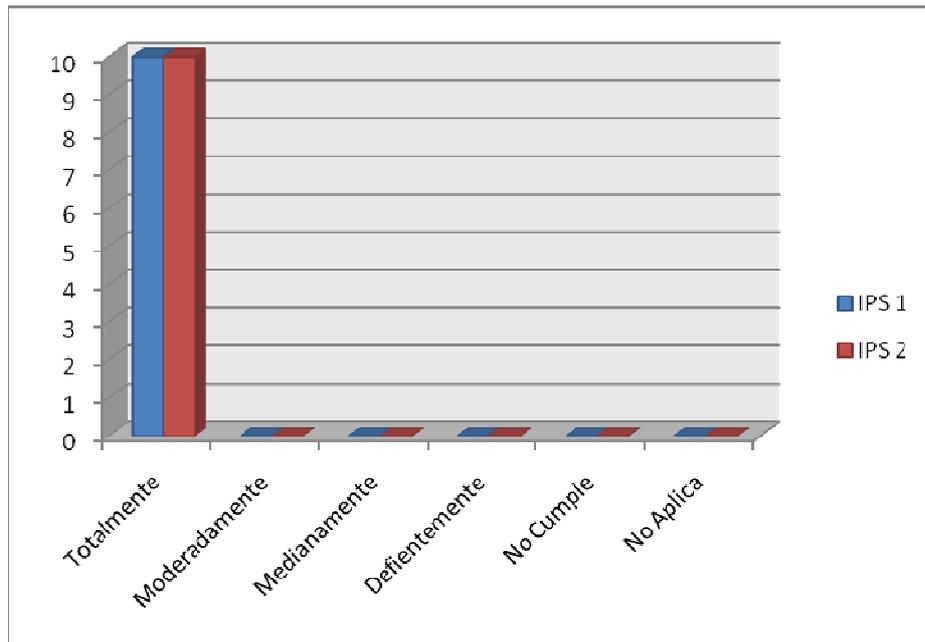
En el cuadro 10, La IPS 1 cumple moderadamente con la creación y contenido de indicadores de los procesos prioritarios dentro de la ficha técnica, acompañándose del correspondiente accionar por parte del prestador. En cuanto a la IPS 2, se ubica por debajo de la IPS 1; llevándola a la puntuación de “cumple medianamente” y, cuyas calificaciones son 7 y 10 puntos, respectivamente.

Cuadro 11. El prestador cuenta con metodologías e instrumentos para medir la satisfacción y la percepción de los usuarios

Cumple	IPS 1	IPS 2
Totalmente	10	10
Moderadamente	0	0
Medianamente	0	0
Deficientemente	0	0
No Cumple	0	0
No Aplica	0	0

Fuente. Los autores.

Grafica 6. El prestador cuenta con metodologías e instrumentos para medir la satisfacción y la percepción de los usuarios



Fuente. Los autores.

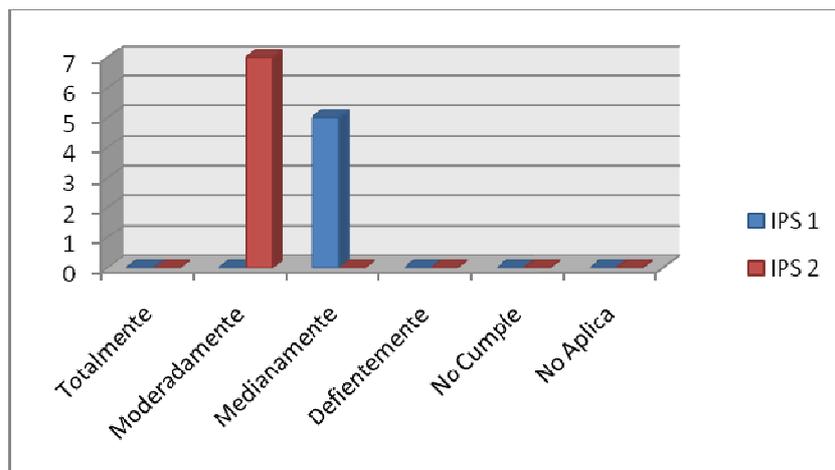
Las dos IPS cumplen totalmente con encuestas, entrevistas, sistema de información al usuario, entre otras. Estas metodologías e instrumentos permiten al prestador medir la satisfacción y la percepción de los usuarios, puntuando la máxima calificación, 10 puntos.

Cuadro 12. Se realizan intervenciones de mejora de la calidad a partir de la opinión de los usuarios.

Cumple	IPS 1	IPS 2
Totalmente	0	0
Moderadamente	0	7
Medianamente	5	0
Deficientemente	0	0
No Cumple	0	0
No Aplica	0	0

Fuente. Los autores.

Grafica 7. Se realizan intervenciones de mejora de la calidad a partir de la opinión de los usuarios.



Fuente. Los autores.

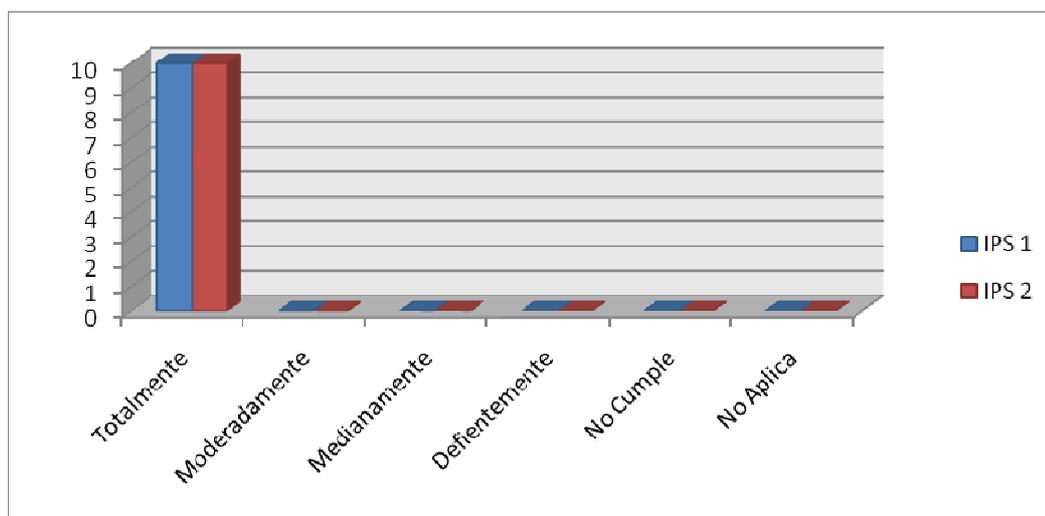
Según la tabla 12, en la verificación de los planes de mejora instaurados por la oficina de atención al usuario y la auditoría interna, se evidencia la realización de las intervenciones a que se ha dado lugar, de acuerdo al enfoque de mejora de la calidad a partir de la opinión de los usuarios, información tomada a partir del sistema respectivo. Las dos IPS presentan un cumplimiento de totalmente y, representado por la calificación de 10 puntos.

Cuadro 13. La IPS cuenta con grupo primario de calidad (comité de calidad)

Cumple	IPS 1	IPS 2
Totalmente	10	10
Moderadamente	0	0
Medianamente	0	0
Deficientemente	0	0
No Cumple	0	0
No Aplica	0	0

Fuente. Los autores.

Grafica 8. La IPS cuenta con grupo primario de calidad (comité de calidad)



Fuente. Los autores.

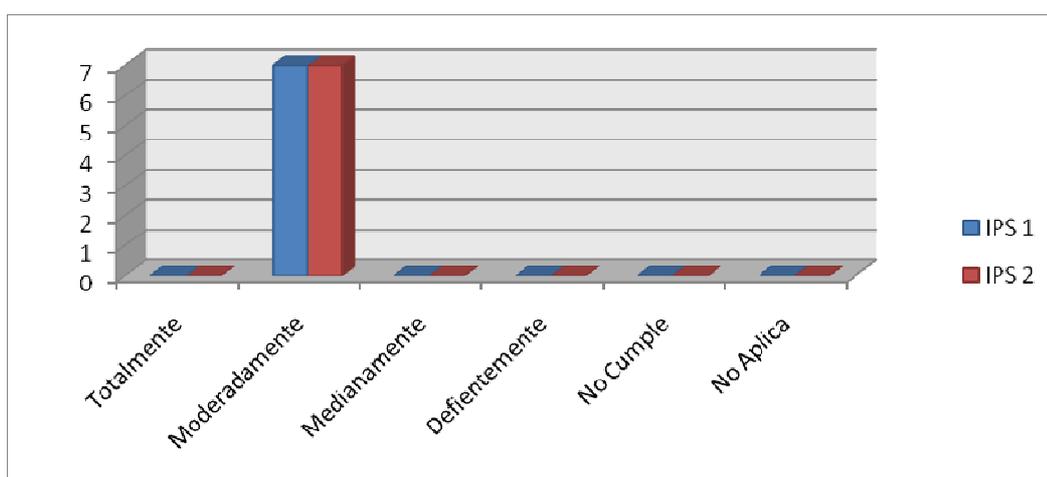
Con un cumplimiento de totalmente, es decir, con 10 puntos, las dos IPS cuentan con un con grupo primario de calidad ó comité de calidad, lo que se hizo constar a través de la verificación del acta de conformación y documentación de las reuniones realizadas de acuerdo a los cronogramas preestablecidos.

Cuadro 14. La IPS cuenta con el cronograma de actividades del grupo primario de calidad

Cumple	IPS 1	IPS 2
Totalmente	0	0
Moderadamente	7	7
Medianamente	0	0
Deficientemente	0	0
No Cumple	0	0
No Aplica	0	0

Fuente. Los autores.

Grafica 9. La IPS cuenta con el cronograma de actividades del grupo primario de calidad



Fuente. Los autores.

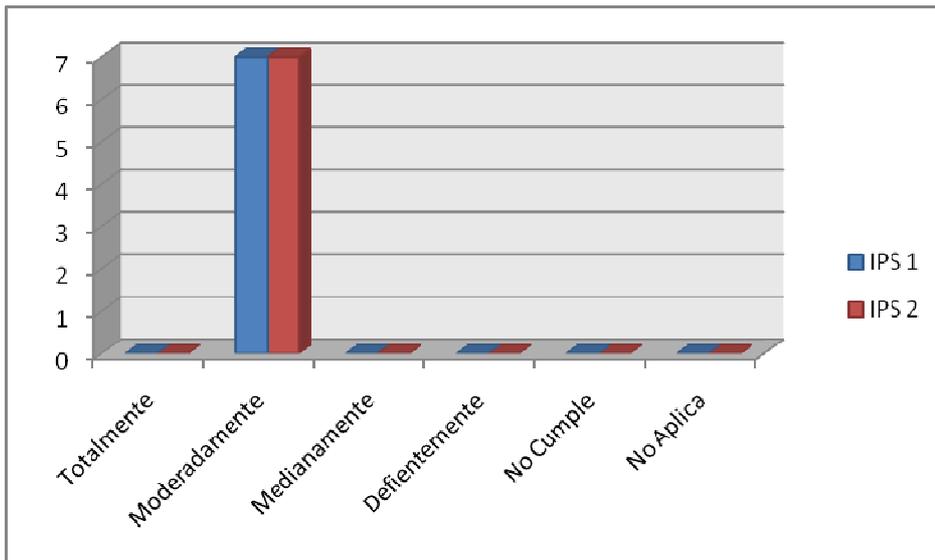
Compartiendo una calificación de 7 puntos, con un cumplimiento moderado, ubicamos las dos IPS al momento de de corroborar la creación y funcionamiento del cronograma de actividades del grupo primario de calidad, lo cual complementa el punto contemplado en la tabla anterior con respecto a los registros de reuniones de los comités de calidad.

Cuadro 15. El prestador está ejecutando programas de capacitación y entrenamiento del personal para desarrollar el PAMEC

Cumple	IPS 1	IPS 2
Totalmente	0	0
Moderadamente	7	7
Medianamente	0	0
Deficientemente	0	0
No Cumple	0	0
No Aplica	0	0

Fuente. Los autores.

Grafica 10. El prestador está ejecutando programas de capacitación y entrenamiento del personal para desarrollar el PAMEC



Fuente. Los autores.

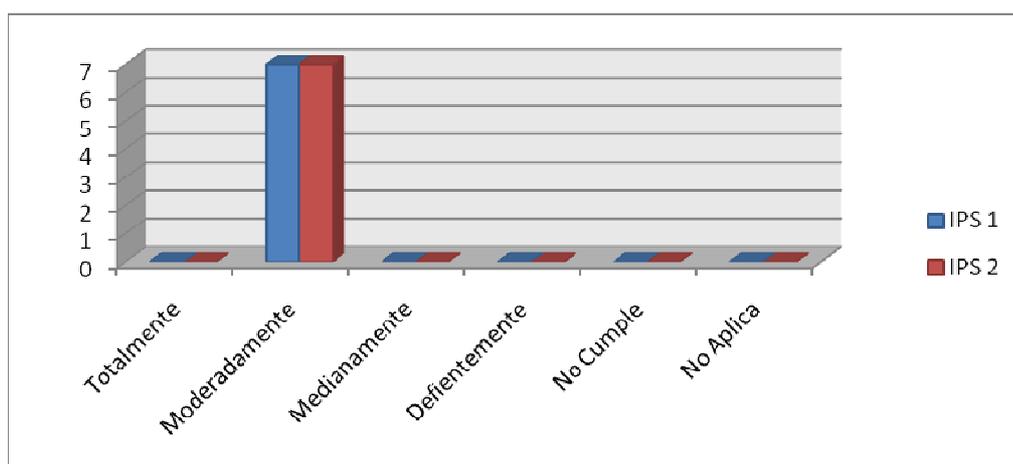
En el cuadro numero 15, El prestador está ejecutando programas de capacitación y entrenamiento del personal para desarrollar el PAMEC, de lo cual se observa en la emisión de los respectivos registros. Continua existiendo cierto grado de oportunidad para la mejora de la cobertura de dichas capacitaciones y entrenamientos, lo cual puede verse retribuido en la ascendencia de la puntuación de 7 a 10, es decir, hacia un cumplimiento total.

Cuadro 16. La información recopilada se analiza con el fin de reconocer las brechas y establecer un diagnóstico

Cumple	IPS 1	IPS 2
Totalmente	0	0
Moderadamente	7	7
Medianamente	0	0
Deficientemente	0	0
No Cumple	0	0
No Aplica	0	0

Fuente. Los autores

Grafica 11. La información recopilada se analiza con el fin de reconocer las brechas y establecer un diagnóstico



Fuente. Los autores.

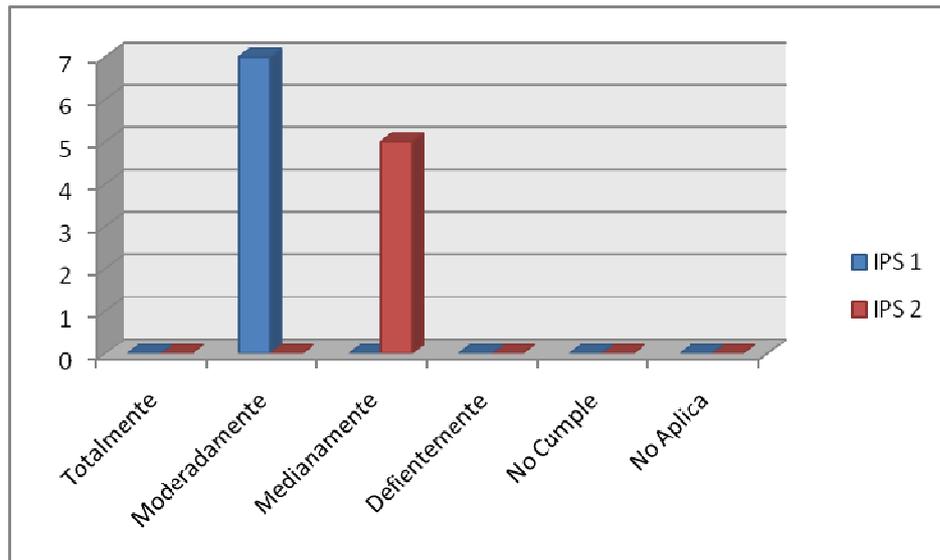
Para este ítem y en relación a la puntuación, se evidencia que una vez más se comparte, como en casos anteriores, el nivel de cumplimiento como moderado, esto, en cuanto a el análisis de la información recopilada para el reconocimiento de las brechas existentes entre el servicio esperado y el prestado, facilitando así, establecer un diagnóstico adecuado que de ser necesario facilite la reorientación de los lineamientos iniciales en la materia.

Cuadro 17. Se establecen planes de mejoramiento detallados por cada brecha detectada y se realiza seguimiento

Cumple	IPS 1	IPS 2
Totalmente	0	0
Moderadamente	7	7
Medianamente	0	0
Deficientemente	0	0
No Cumple	0	0
No Aplica	0	0

Fuente. Los autores.

Grafica 12. Se establecen planes de mejoramiento detallados por cada brecha detectada y se realiza seguimiento



Fuente. Los autores.

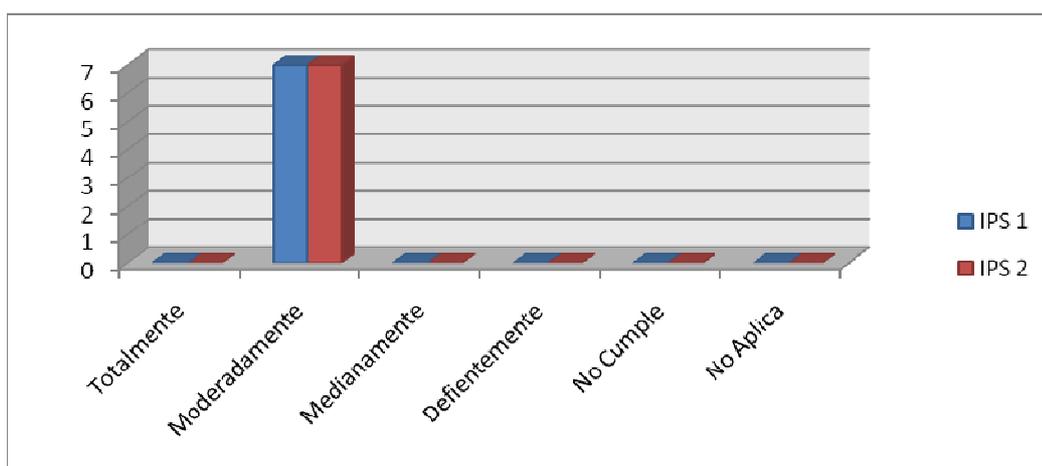
En este ítem, para el caso de las dos IPS se establecen diferencias en la calificación de lo correspondiente al establecimiento de planes de mejoramiento detallados por cada brecha detectada y la realización seguimiento respectivo, para lo cual se le asigno a la IPS 1 un cumplimiento de moderado, con 7 puntos y a la IPS se le adjudico la calificación de 5, con cumplimiento de medianamente. Esto, deja sin duda alguna que el desempeño de la IPS 1 en tal aspecto es casi optimo, existiendo sin embargo, una posibilidad de mejora en tal ítem.

Cuadro 18. Se retroalimenta al personal sobre el resultado del análisis del plan de mejora

Cumple	IPS 1	IPS 2
Totalmente	0	0
Moderadamente	0	0
Medianamente	5	5
Deficientemente	0	0
No Cumple	0	0
No Aplica	0	0

Fuente. Los autores

Grafica 13. Se retroalimenta al personal sobre el resultado del análisis del plan de mejora



Fuente. Los autores.

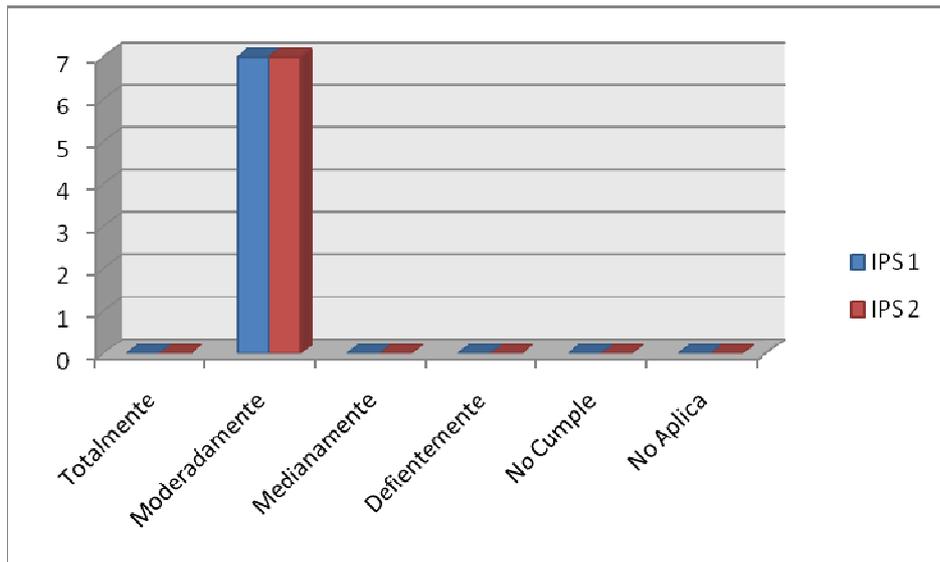
Según el cuadro 18, las dos IPS reciben la misma calificación de 7 puntos, con un cumplimiento de moderadamente, frente al ítem de definir si se está retroalimentando al personal sobre el resultado del análisis del plan de mejora, siendo necesario recopilar tal información a través de una entrevista informal con el personal de algunos puntos específicos dentro de las Instituciones.

Cuadro 19. Se promueve el aprendizaje cuando los resultados del plan de mejoramiento son positivos

Cumple	IPS 1	IPS 2
Totalmente	0	0
Moderadamente	7	7
Medianamente	0	0
Deficientemente	0	0
No Cumple	0	0
No Aplica	0	0

Fuente. Los autores.

Grafica 14. Se promueve el aprendizaje cuando los resultados del plan de mejoramiento son positivos



Fuente. Los autores.

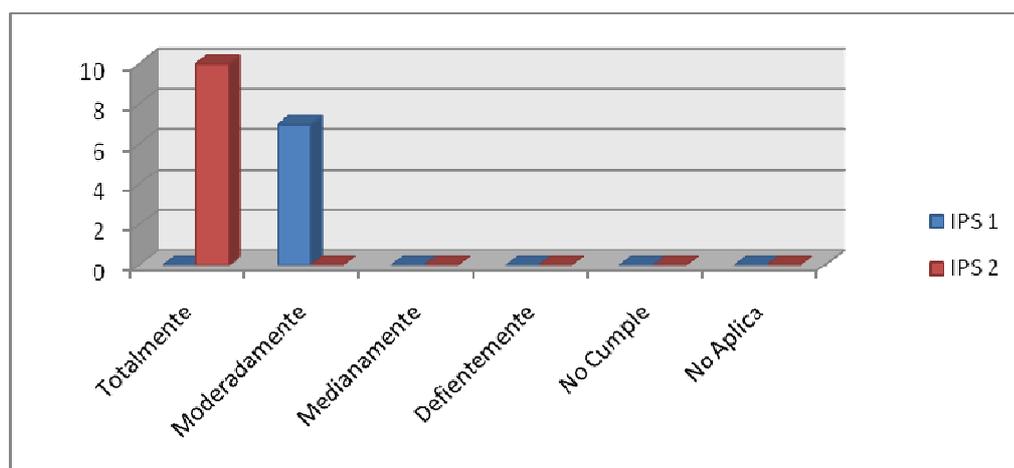
En este caso las dos IPS comparten la calificación de 7 puntos, en cuanto a promover el aprendizaje cuando los resultados del plan de mejoramiento son positivos, lo que podría indicar la una relación directa con la tabla anterior, donde se hacía alusión a las evidencias de retroalimentación del análisis sobre el plan de mejora. Estos dos aspectos se encuentran directamente relacionados con falta de comunicación con el personal de la Institución, cuyo tema esta direccionado en la retroalimentación propiamente dicha de los hallazgos.

Cuadro 20. Se realiza re-evaluación de plan de mejoramiento si los resultados son negativos

Cumple	IPS 1	IPS 2
Totalmente	0	10
Moderadamente	7	0
Medianamente	0	0
Deficientemente	0	0
No Cumple	0	0
No Aplica	0	0

Fuente. Los autores.

Grafica 15. Se realiza re-evaluación de plan de mejoramiento si los resultados son negativos



Fuente. Los autores.

Finalmente, en esta última tabla se observa la realización de la re-evaluación de plan de mejoramiento si los resultados son negativos, para el caso de la IPS 2, obtuvo una calificación de 10 puntos, con un grado de cumplimiento de totalmente, y para la IPS 1, se le asignó un cumplimiento de moderado, con la respectiva calificación de 7 puntos, lo cual, como en otras ocasiones al presentar los cuadros anteriores continua existiendo la oportunidad de mejora en todos los aspectos evaluados.

4.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en la evaluación del cumplimiento de la metodología dispuesta por el Ministerio de la protección Social para la implementación de los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC) de dos IPS de primer nivel del departamento de Santander dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, son:

Los PAMEC utilizados por las IPS contemplan desde su estructuración y funcionamientos los lineamientos metodológicos dispuestos para la puesta en marcha de los mismos; para lo cual cuentan con herramientas para evaluar y realizar seguimiento a las acciones implementadas.

Se ha logrado definir procesos prioritarios facilitando tanto la eficacia como la eficiencia dentro del accionar de la Institución, evitando así, el desgaste del sistema que se por el que se ha venido propendiendo con miras a la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente. No obstante, otro elemento clave ha sido la caracterización de dichos procesos mediante las estrategias de consensadas por cada uno de los prestadores.

Los indicadores preestablecidos para monitorear el cumplimiento de los estándares de habilitación y de los procesos prioritarios, han contribuido en mitigar focos importantes no solo desde la misma corrección, sino que se ha trascendido a la prevención de potenciales brechas que podrían afectar la relación prestador – usuario. De igual forma, y no menos útil, la definición de metodologías e instrumentos para medir la satisfacción y la percepción de los usuarios, se han convertido en el fiel de la brújula organizacional; quienes facilitan lo concerniente a la calidad de los servicios a partir de las opiniones.

Se están realizando esfuerzos institucionales a todo nivel, permitiendo identificar el grado de sensibilización de las IPS, que por supuesto se percibe como un proceso creciente en donde no se escatiman esfuerzos. De tal suerte, que las Instituciones han reconocido la importancia de la existencia de grupo primario de calidad (comité de calidad), quienes a su vez, deben contar con un cronograma de

actividades, que establezca un orden y un fin claro a sus miembros, y al prestador en general.

Las organizaciones cuentan con la creación y ejecución de programas de capacitación y entrenamiento del personal para desarrollar el PAMEC, como una pieza fundamental dentro del gran constructo, sin olvidar el hallazgo del acompañamiento de que deben ser objeto los integrantes del equipo del prestador.

4.3 CONCLUSIONES

La investigación permitió demostrar que al replicar – con los ajustes pertinentes - la metodología dispuesta por el Ministerio de la protección Social para la implementación de los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC), dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, se convierte en una herramienta optima para el cumplimiento del objetivo de garantizar los mejores resultados dentro de la relación prestador – usuario, contando este ultimo como el objeto clave de tales esfuerzos.

Las entidades están en gran medida sensibilizadas en cuanto a que la implementación de que tales programas requiere de la inversión de recursos institucionales de toda índole, para lo cual, los organismos de control no solo deben velar por tal cumplimiento, sino que deben disponer de redes de apoyo

coordinadas que faciliten al prestador el cumplimiento a cabalidad con el fin de su existencia.

Otro aspecto importante, es que los prestadores deben comprender que siempre habrá un espacio para re-evaluar y mejorar las acciones que para un momento particular hayan sido las idóneas, es decir, que la garantía en la calidad de los servicios de salud es un proceso que se debe retroalimentar así mismo constantemente y, cuyo objetivo es la perpetuación de la dinámica a favor del usuario.

Finalmente, se comprueba la necesidad que tienen los prestadores deben contar con un grupo autorregulador (grupo primario de calidad o comité de calidad), que facilite auditar a nivel interno gran parte y porque no decirlo, la totalidad de los requerimientos tanto del usuario, de ley como de partes interesadas, dispuestos para cumplir en medio de la dinámica de la prestación de servicios de salud, siendo autogestores, no solo entes pasivos, que se encuentren esperando el control y soporte externo, el cual trae consigo el premio o castigo según corresponda para cada caso.

4.4 RECOMENDACIONES

Para el diseño y aplicación de de la metodología dispuesta por el Ministerio de la protección Social para la implementación de los programas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC), dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, se recomienda la revisión de las normas vigentes en la materia, y la constante actualización en temas correspondientes a casos exitosos de otras organizaciones con la misma razón social.

Se recomienda que las organizaciones, no pierdan de vista una forma altamente pedagógica que preserve el flujo constante de información con propósito y que los teóricos han declarado como exitosa, esta es: el ciclo planear, hacer, verificar y actuar (P,H,V,A).

Se recomienda la movilización en una mayor proporción de recursos financieros y logísticos por parte de las IPS, para permitir una verdadera mitigación y eliminación de los focos de posibles alteraciones en la relación prestador – usuario, manteniendo como comportamiento característico la prevención y la promoción, que evite el desencadenamiento en acciones correctivas que en la gran mayoría de oportunidades se suele acompañar de consecuencias negativas

que pueden impactar la imagen corporativa, como por ejemplo, procesos de carácter legal.

Se recomienda que los prestadores tengan por prioridad la ejecución real de lo concerniente a los hallazgos detallados de la evaluación, por cuanto, se pueden ver inmersos en formalismos documentales que no tengan soporte desde el proceder cotidiano de las Instituciones, es decir, que todo se quede en el papel, y no se logre evidenciar desde la práctica la metodología propuesta para los PAMEC.

Finalmente, se debe proveer el espacio a los miembros del equipo y/o comité de calidad para que realicen sus funciones de auditoría del PAMEC, logrando equilibrar las tareas adicionales a que estos se encuentren sujetos dentro de las Instituciones, con el fin de que su gestión sea óptima y se obtengan los resultados esperados.

BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16614DocumentNo5136.PDF>. consultado: 03-05-2009.
2. COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 (03, Abril, 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2006. p. 1 – 17.
3. <http://74.125.47.132/search?q=cache:NsJnsnuHqREJ:www2.valledelcauca.gov.co/SIISVC/documentos/ligarcia%2520453960/Taller%2520Nacional%2520Difusion%2520de%2520las%2520nuevas%2520normas%2520del%2520sistema%2520obligatorio%2520de%2520garant%25EDa%2520de%2520calidad/28%2520JUNIO/PAMEC.ppt+resumen+resolucion+1043&cd=3&hl=es&ct=clnk&gl=co>. Consultado: 22-06-2009.
4. COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1043 (03, Abril, 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. Bogotá D.C.: El Ministerio, 2006. p. 1 – 8.
5. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Circular Única. <http://www.supersalud.gov.co/Prensa/CIRCULAR-UNICA.pdf>. Consultado: 15-02-2010.

ANEXO

MATRIZ SEGUIMIENTO AL PAMEC DE IPS I NIVEL

NOMBRE DE LA IPS: _____ **FECHA DE LA EVALUACION** _____

<p>INSTRUCCIONES:</p> <p>1. Evalúe el criterio y asigne la puntuación según el grado de cumplimiento: coloque 10 si se cumple totalmente el criterio, califique 7 si lo cumple moderadamente, 5 si es medianamente, 3 si lo hace deficientemente y asigne 1 cuando no se cumple. En caso de que no aplique el criterio puntúe con 0.</p>	<p>2. Especifique en Observaciones el por qué no se cumple o se cumple parcialmente el criterio evaluado.</p> <p>3. La calificación máxima es 150 puntos</p>
---	--

No.	CRITERIO	CUMPLE						PAUTAS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
		10	7	5	3	1	0		
1	Existen instrumentos de autoevaluación y monitoreo de procesos							Revisar fuentes como: informes de gerencia, entrevistas tanto a clientes externos como internos, registros regulares, evaluaciones de gestión.	
2	Por medio de este monitoreo han identificado procesos factibles de intervenir para lograr mejora. (PROCESOS PRIORITARIOS)							Evalué los resultados de las revisiones realizadas por el prestador	
3	El prestador ha identificado y estandarizado los procesos seleccionados como prioritarios mediante normas, guías, protocolos. (CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS)							Solicitar protocolos, guías, normas, manuales o documento	
4	El prestador cuenta con indicadores para monitorear el cumplimiento de los estándares de habilitación y los definidos en los indicadores de los procesos prioritarios							Verifique el manual de indicadores que contenga la ficha técnica de los indicadores adoptados por el prestador.	

No.	CRITERIO	CUMPLE						PAUTAS DE VERIFICACIÓN	OBSERVACIONES
		10	7	5	3	1	0		
5	El prestador cuenta con metodología e instrumentos para medir la satisfacción y la percepción de los usuarios							Solicite al prestador: encuestas, entrevistas, SISTEMA DE INFORMACION AL USUARIO etc.	
6	Se realizan intervenciones de mejora de la calidad a partir de la opinión de los usuarios.							Verifique los planes de mejora instaurados por la oficina de atención al usuario y la auditoría interna.	
7	La IPS cuenta con grupo primario de calidad (comité de calidad)							Verifique la acta de conformación y documentación de las reuniones	
8	La IPS cuenta con el cronograma de actividades del grupo primario de calidad								
9	El prestador está ejecutando programas de capacitación y entrenamiento del personal para desarrollar el PAMEC							Solicitar los documentos si estos existen o verificar la información a través del diálogo con los trabajadores.	
10	La información recopilada se analiza con el fin de reconocer las brechas y establecer un diagnóstico							Verifique la presencia de análisis de indicadores y sus resultados.	
11	Se establecen planes de mejoramiento detallados por cada brecha detectada y se realiza seguimiento								
12	El prestador realiza acompañamiento a su personal durante la implementación del plan de mejoramiento							Solicitar el documento y verificar la información a través del diálogo con los trabajadores	
13	Se retroalimenta al personal sobre el resultado del análisis del plan de mejora.							Solicite las actas de las reuniones de información. Entreviste al personal	
14	Se promueve el aprendizaje cuando los resultados del plan de mejoramiento son positivos.								
15	Se realiza re-evaluación de plan de mejoramiento si los resultados son negativos								
CALIFICACION TOTAL									