

**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE
LA ATENCIÓN EN SALUD DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SERVICIOS DE SALUD “IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S. CURRULAO
(TURBO)**

**MANUEL BURGOS CALLE
ARMANDO AGUSTIN HERNÁNDEZ GOMEZ
JOSÉ RICARDO MIELES**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POSTGRADOS EN SALUD PÚBLICA
2013**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE
LA ATENCIÓN EN SALUD DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SERVICIOS DE SALUD “IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S. CURRULAO
(TURBO)**

**MANUEL BURGOS CALLE
ARMANDO AGUSTIN HERNÁNDEZ GOMEZ
JOSÉ RICARDO MIELES**

Trabajo de grado para optar el título de especialista de Auditoria En Salud.

**Asesora
ISABEL VÉLEZ**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE POSTGRADOS EN SALUD PÚBLICA
2012**

NOTAS DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del Jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Medellín, junio de 2013

A nuestras familias, que padecieron la soledad y nos dieron su apoyo mientras realizamos nuestra especialización.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos, a:

Isabel Vélez A, docente de posgrado en la Facultad de Medicina de la Universidad CES y nuestra asesora, por sus valiosos aportes en la parte metodológica.

Sandra Paola Herrera Vásquez, Institución Prestadora de Servicios de Salud FAMISALUD PREMIUM S.A.S, del municipio de Turbo - Antioquia, por su colaboración, facilitándonos un espacio en la institución a su cargo para la realización de las prácticas del posgrado y el trabajo de investigación.

A la Universidad CES. “Un compromiso con la excelencia”, por permitirnos el logro de este posgrado.

A la Institución Prestadora de Servicios de Salud FAMISALUD PREMIUM S.A.S, donde hicimos realidad éste trabajo de investigación y llevamos a cabo las diferentes prácticas de auditoría.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	XV
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
2 OBJETIVOS	18
2.1 GENERAL	18
2.2 ESPECÍFICOS.....	18
3 DISEÑO REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 SOPORTE JURÍDICO	19
3.1.1 Ley 715 de 2001	19
3.1.2 Decreto número 2174 de 1996.	19
3.1.3 Decreto 2309 de 2002.	20
3.1.4 Decreto 1011 de 2006.	21
3.2 SOPORTE TEÓRICO.....	22
3.2.1 Importancia de la calidad en salud.	22
3.2.2 Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social.....	23
3.2.2.1 Sistema Único de Habilitación.....	23
3.2.2.2 Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. ...	25
3.2.2.3 Sistema Único de Acreditación.....	26
3.2.2.4 Sistema de Información para la Calidad.....	27
3.3 SOPORTE REFERENCIAL.....	29
3.3.1 Generalidades.	29
3.3.2 Infraestructura de servicios públicos.....	30
4 DISEÑO METODOLÓGICO	32
4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	32
4.2 TIPO DE ESTUDIO	32
4.3 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD.....	32
4.3.1 Constitución de la IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S.....	32
4.3.2 Ubicación geográfica de la IPS.....	33

4.3.3	Direccionamiento estratégico.	33
4.3.4	Estructura organizacional (organigrama).	35
4.3.5	Servicios habilitados y su complejidad.	36
4.4	RUTA CRITICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PAR EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.....	37
4.4.1	Fase 1: Autoevaluación de los procesos objeto de auditoría.....	40
4.4.2	Fase 2 y 3:Selección y priorización de las oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación.	40
4.4.3	Fase 4: Priorización de los procesos a mejorar en la institución.	40
4.4.4	Fase 5: Definición de la calidad esperada por la institución.	40
4.4.5	Fase 6: Medición inicial del desempeño de los procesos.	40
4.4.6	Fase 7, 8, 9: Formulación, ejecución y evaluación del plan de mejoramiento para las oportunidades de mejora identificadas y priorizadas.	41
4.4.7	Fase 10: Aprendizaje organizacional.....	41
5	RESULTADOS.....	42
5.1	FASE 1: AUTOEVALUACIÓN DE LOS PROCESOS OBJETO DE AUDITORIA.....	42
5.1.1	Enfoque.	42
5.1.2	Identificar el grupo organizacional que va a realizar la autoevaluación. ...	42
5.1.3	Capacitación del grupo responsable de realizar el proceso de autoevaluación.....	42
5.1.4	Ejecución del proceso de autoevaluación.....	42
5.1.4.1	Formato de autoevaluación.	43
5.2	FASE 2 Y 3:SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS.....	45
5.2.1	Selección de los procesos a mejorar.	45
5.2.2	Priorización de las oportunidades de mejora.	46
5.3	FASE 4: DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA POR LA INSTITUCIÓN:.....	48
5.3.1	Conformación de grupos de trabajo.....	48
5.3.2	Planeación del nivel de la calidad esperada.....	48
5.4	FASE 5: MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS SELECCIONADOS.....	49
5.4.1	Conformación de grupos de trabajo.....	49
5.4.2	Medición inicial del desempeño de los procesos.....	50
5.5	FASE 6: PLAN DE ACCIÓN PARA PROCESOS SELECCIONADOS...50	50
5.5.1	Conformación de grupos de trabajo.....	50
5.5.2	Análisis causa efecto para las oportunidades de mejora identificadas y priorizadas.	52
5.5.3	Plan de acción para procesos seleccionados.	54
5.6	FASE 7: EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN.....	58
5.7	FASE 8: EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO.....	58

5.8	FASE 9: APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL.....	59
6	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
6.1	CONCLUSIONES.....	60
6.2	RECOMENDACIONES	61
7	BIBLIOGRAFÍA	63
8	ANEXOS	65
8.1	ANEXO A: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	65
8.2	ANEXO B: PRESUPUESTO	66
8.3	ANEXO C: CRONOGRAMA PARA EL DESARROLLO Y DESPLIEGUE DEL PAMEC.....	70
8.4	ANEXO D: FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES.....	76

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Formato de autoevaluación	43
Tabla 2. Matriz de oportunidades de mejora.	46
Tabla 3. Matriz de priorización.....	46
Tabla 4. Oportunidades de mejora priorizadas.....	48
Tabla 5. Calidad esperada.	49
Tabla 6. Plan de mejoramiento Oportunidad de mejora No. 1.....	55
Tabla 7. Plan de mejoramiento Oportunidad de mejora No. 2.....	57
Tabla 8. Informe de 3 generaciones.	58
Tabla 9. Cronograma de Actividades.	65
Tabla 10 Presupuesto.	66
Tabla 11. Cronograma para el Desarrollo y despliegue del PAMEC.....	70
Tabla 12. Ficha técnica Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general.	76
Tabla 13. Ficha técnica Indicador Proporción de vigilancia de eventos adversos.....	77
Tabla 14. Ficha técnica Indicador Tasa de Satisfacción global.	78
Tabla 15. Ficha técnica Indicador Oportunidad en la atención en consulta de Odontología.	79
Tabla 16. Ficha técnica Indicador Letalidad por complicación de la diabetes mellitus.....	80
Tabla 17. Ficha técnica Indicador Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada.....	81
Tabla 18. Ficha técnica Indicador Proporción de criterios evaluados que se adhieren a las guías y protocolos.	81

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1. Diagrama de Causa – Efecto Oportunidad de Mejora.	52
Gráfico 2. Diagrama Causa – Efecto. Oportunidad de mejora 2. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007.	53

LISTA DE ANEXOS

Anexo B: Presupuesto.....	54
Anexo C: Cronograma para el desarrollo y despliegue del PAMEC.....	58
Anexo D: Fichas técnicas de indicadores.....	62

GLOSARIO

ATENCIÓN EN SALUD: es “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”.

AUDITORIA: examen crítico y sistemático que realiza una persona o grupo de personas independientes del sistema auditado.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD: “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. (1)

CALIDAD: conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas.

CICLO DE CALIDAD: modelo conceptual de actividades interactuantes que influyen sobre la calidad en distintos estados, que van desde la identificación de necesidades a la valoración de si las necesidades fueron satisfechas.

DIAGRAMA: representación gráfica de una relación funcional o lógica, como la que hay entre las partes de un conjunto o los elementos de un proceso.

DIAGRAMA 5W1H: herramienta para la solución de problemas, la cual está compuesta por lo siguiente: ¿qué se hará?, ¿quién lo hará?, ¿cuándo se hará?, ¿dónde se hará?, ¿cómo se hará?, ¿por qué se hará?

EAPB: entidad Administradora de Planes de Beneficios.

EPS: entidad Promotora de Salud.

IPS: institución Prestadora de Servicios de Salud

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD: comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la evaluación de la calidad o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la inspección.

PAMEC: sigla cuyo significado es Programa de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

PHVA: sigla cuyo significado es Planear, Hacer, Verificar y Actuar.

PROCESO: es un conjunto de actividades o eventos (coordinados u organizados) que se realizan o suceden (alternativa o simultáneamente) bajo ciertas circunstancias con un fin determinado. Este término tiene significados diferentes según la rama de la ciencia o la técnica en que se utilice.

SISTEMA: conjunto de elementos dinámicamente relacionados formando una actividad para alcanzar un objetivo, operando sobre datos para proveer información.

USUARIO: es toda persona que adquiera el derecho a utilizar bienes o servicios de salud.

RESUMEN

Los servicios de salud en Colombia son responsabilidad del estado, administrados por Empresas Promotoras de Salud –EPS y Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB y prestados a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud –IPS, involucrando acciones coordinadas de muchos actores, de forma compleja y tecnicada. Gran cantidad de los errores cometidos en la atención en salud no se originan en un profesional en particular, sino en un defecto del sistema de salud, sin embargo, es el profesional quien habitualmente debe responder ante el paciente. Una herramienta para medir los resultados se basa en establecer técnicas de garantía de la calidad de la atención en salud que tiene como objetivo fundamental la protección del paciente, que en general, ofrece ventajas para todos aquellos que intervienen en la atención.

La calidad es un concepto difícil de definir, cambiante según la perspectiva de quien lo utilice, es un atributo que congrega muchas variables de un servicio o producto que logra la plena satisfacción de las necesidades del usuario.

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo donde se analizaron datos recolectados en la IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S, del municipio de Turbo - Antioquia, tomando como base y herramienta fundamental las Pautas Indicativas de auditoría para el mejoramiento de la calidad y las guías establecidas por el Ministerio de Protección Social para la implementación del Programa de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, instrumento que se aplicó con corte al 31 de diciembre de 2012.

Palabras claves: calidad de la atención en salud, Sistema Obligatorio de garantía de la calidad de la Atención en Salud. Seguridad del paciente? Satisfacción del cliente?

ABSTRACT

Health services in Colombia are the responsibility of the state, administered by Health-Promoting Companies and Enterprises EPS Benefit Plan Administrators - EAPB and provided through the institutions providing health services-IPS, involving coordinated actions of many actors, in a complex and technical. Lots of mistakes in health care do not originate in a particular professional, but a health system default, however, is the professional who regularly accountable to the patient. A tool to measure outcomes based on established techniques of quality assurance in health care that's main purpose is to protect the patient, which generally provides benefits for all those involved in care.

Quality is a difficult concept to define, changing the perspective of those who use it, is an attribute that attracts many variables for a service or product that achieves the satisfaction of user needs.

We performed a retrospective study which analyzed data collected in the IPS FAMISALUD PREMIUM SAS, the municipality of Turbo - Antioquia, based on fundamental tool and audit Indicative Guidelines for quality improvement and guidelines established by the Ministry Social Protection for implementing Audit program for Quality Improvement in Health Care, an instrument that was used to cut the December 31, 2012.

Keywords: quality of health care, the Mandatory Provident Quality Assurance Health Care. Patient Safety? Customer Satisfaction?

INTRODUCCIÓN

La Calidad de la Atención en Salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud se define 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” (2).

“Se entiende por garantía de la calidad todo aquello que los individuos y una sociedad llevan a cabo para generar, mantener y mejorar la calidad. La definición integra dos componentes, el diseño, que hace referencia a las características del sistema de salud que contribuyen a la calidad; y la evaluación del desempeño del mismo”. (3)

Con lo anterior, se puede identificar que para construir un sistema de garantía de calidad se debe determinar un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar negativamente la calidad de los servicios de salud que se prestan a los usuarios.

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y debe ser entendida como una herramienta de gestión de la calidad que promueve, evalúa y mejora la atención de salud.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La Auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en salud y se constituye en una herramienta de evaluación de los procesos prioritarios institucionales frente al cumplimiento de estándares de calidad “concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación” (4). Su implementación conlleva a la identificación de fallas 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 atención precedente. El no definir e implementar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC) como instrumento de mejoramiento continuo, implica que:

- El accionar de la institución prestadora de servicios de salud, no está orientado y dirigido a la obtención de resultados centrados en el cliente.
- Sus evaluaciones internas están enfocadas hacia las unidades administrativas específicas, y no se entiende el proceso de atención, como un continuo clínico-administrativo que atraviesa toda la organización.
- Las evaluaciones de los procesos están más enfocadas a la búsqueda de culpables que al mejoramiento de los mismos.
- No se promueve entre los colaboradores de la organización la cultura de mejora continua basada en la auto evaluación y el autocontrol.
- No se garantiza el cumplimiento del principio de la evaluación por pares, con la inadecuada delegación del proceso de evaluación, lo que puede afectar la validez y la confiabilidad de los análisis.
- Se toma la auditoría para el mejoramiento de calidad como un subproceso del proceso de autorización de servicios.

En este orden de ideas, es indispensable y fundamental el diseño e implantación del Programa de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud de la IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S de Currulao (Turbo).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿La Institución Prestadora de Servicios de Salud “IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S.”, de Currulao (Turbo), ha diseñado e implementado el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud en el año 2012?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud, permite no sólo un posicionamiento estratégico y diferenciador de la entidad que logra implementarla, sino también del profesional que la lidera. Para el especialista en auditoría en salud, es de gran importancia 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 sufrido múltiples cambios en el tiempo en aras de mejorar la calidad de la atención y por ende los profesionales de la salud, en particular el especialista en auditoría, debe estar actualizado y alineado al respecto.

El desarrollo del modelo de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es de carácter obligatorio por parte de los Prestadores de Servicios de Salud, con excepción de los profesionales independientes; Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y Entes Territoriales de Salud, a la luz de lo reglamentado por el Decreto 1011 de 2006.

Esta herramienta le permite a las organizaciones verificar si se está cumpliendo o no, con los parámetros de calidad establecidos por el Estado, la misma institución y demás partes interesadas, y adoptar las medidas tendientes a conseguir los resultados esperados, garantizando así a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios de salud ofrecidos.

2 OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Diseñar e implementar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud de la Institución Prestadora de Servicios de Salud “IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S” del Corregimiento de Currulao (Turbo).

2.2 ESPECÍFICOS

- Realizar auto-evaluación de los procesos objeto de auditoría en la IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S, identificando los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización.
- Seleccionar y priorizar las oportunidades de mejora identificadas en los procesos objeto de auditoría.
- Definir la calidad deseada para la IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S, estableciendo la forma como se espera que se realicen los procesos de atención, los instrumentos y el resultado de los mismos.
- Efectuar la medición inicial del desempeño de los procesos, aplicando los procedimientos de auditoría comúnmente aceptados.
- Formular, ejecutar y evaluar el plan de mejoramiento para intervenir las oportunidades de mejora identificadas y priorizadas con el fin de alcanzar, mantener y mejorar los resultados deseados.
- Promover el aprendizaje organizacional, facilitando y generalizando herramientas de capacitación, entrenamiento, despliegue de la calidad y trabajo en equipo, para obtener un entendimiento compartido.

3 DISEÑO REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SOPORTE JURÍDICO

El presente trabajo está soportado bajo la ley 100 de 1993 y sus modificaciones, que da fundamento general sobre la calidad en salud y la obligatoriedad de implementación de acciones para su cumplimiento en Colombia.

3.1.1 Ley 715 de 2001.

En el artículo 42, inciso 42.10, establece que: corresponde a la nación, definir en el primer año de vigencia de la presente ley el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el inciso 43.2.1 determina que: se debe gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

3.1.2 Decreto número 2174 de 1996.

Esta norma comienza por definir un campo de aplicación, el cual cobija a todas las personas naturales y jurídicas que integran el Sistema general de seguridad social en salud. Adicionalmente, define la atención en salud, refiriéndose tanto a los servicios propios del aseguramiento y administración de recursos que desarrollan las entidades promotoras de salud como a los de prestación de servicios de salud en todas sus fases y las características de la calidad de la atención en salud, las cuales están dadas por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la seguridad social en salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios. Las características principales de la calidad de la atención en salud son: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica, la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.

El Sistema obligatorio de garantía de calidad, es definido por este decreto como el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema general de seguridad social en salud para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible. Ese SOGC define competencias para el Ministerio de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, las direcciones territoriales de salud, las entidades promotoras de salud y las entidades que se le asimilen, los prestadores de servicios de salud y los usuarios.

3.1.3 Decreto 2309 de 2002.

Este decreto, tal como ya se mencionó, es producto de la etapa de reglamentación del proyecto de garantía de calidad y, en últimas, plantea los preceptos básicos de cada uno de los componentes desarrollados en dicho proyecto. Se debe entender que este decreto deroga completamente a su antecesor, aunque retoma algunos conceptos planteados por este último, dejando a su vez algunos temas de trascendencia por fuera, como es el caso del sistema de evaluación de tecnología biomédica.

Define el Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Este sistema cuenta con una serie de características tales como:

- a. **Accesibilidad:** posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema general de seguridad social en salud.
- b. **Oportunidad:** posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios con respecto a la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- c. **Seguridad:** conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia 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.
- d. **Pertinencia:** grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

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

De igual forma, el decreto se centra en cuatro componentes del Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud:

- Sistema único de habilitación.
- Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud.
- Sistema único de acreditación.
- Sistema de información para la calidad.

3.1.4 Decreto 1011 de 2006.

Este decreto, que deroga al decreto 2309 de 2002, se debe entender en unas circunstancias coyunturales. En primer lugar no cambia radicalmente la estructura del Sistema obligatorio de garantía de calidad, ya que mantiene intactos sus componentes y la gran mayoría de sus herramientas y métodos.

En segundo lugar, se debe tener en cuenta que habían pasado cuatro años desde la promulgación del 2309, y mucho aprendizaje había surtido efecto en todos los involucrados dentro de la aplicación de la norma (EPS, prestadores, entes de regulación y control, secretarías de salud, etc.). Este aprendizaje fue el que cambió la estructura de redacción del nuevo decreto, pero no para derogar de manera tajante su contenido, sino para mejorar su comprensión. De ahí que el orden y contenido del nuevo decreto sea muy parecido al de su antecesor.

En tercer lugar, es la tarea realizada en el año 2005 por el Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS) y un grupo de asesores del consorcio conformado entre el Centro de Gestión Hospitalaria y el Instituto de Ciencias de la Salud (CES), en un proyecto orientado a la generación de estándares para habilitación, acreditación y auditoría de servicios ambulatorios.

En este proyecto, tal como su objeto lo indica, se diseñaron, probaron y validaron una serie de nuevas herramientas, bajo el enfoque de los componentes descritos del SOGC, pero dirigidos hacia un nuevo grupo de prestadores con características muy particulares: aquellos que prestan servicios de salud de manera ambulatoria.

3.2 SOPORTE TEÓRICO

“El Sistema de calidad podría ser la herramienta más 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, pericia y cumplimiento de reglamentos), que de por sí exoneran de culpa a los profesionales de la salud” (5).

“En el país la implementación normativa del sistema de garantía de la calidad 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”. (6)

3.2.1 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. Gran cantidad 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”. (7)

“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 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 más 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.” (7)

“Para las instituciones 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 más relacionadas con la calidad, que las calificaciones de los médicos.” (9)

“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.” (10)

3.2.2 Sistema obligatorio de Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad Social.

Reglamentado actualmente por el Decreto 1011 de 2006 (reglamentario de la ley 100 de 1993 y sus modificaciones) que lo define como “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” (11). Como su nombre lo indica, es de obligatorio cumplimiento en Colombia por todos los Prestadores de Servicios de Salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios- EPS C, EPS S, EAS, EMP - y Entes Territoriales en Salud.

3.2.2.1 Sistema Único de Habilitación.

El Sistema único de habilitación es un conjunto de principios, procesos y estándares que constituyen una herramienta estatal del Sistema de garantía de calidad para la evaluación de calidad de la prestación de servicios de salud.

Su misión es proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unos requisitos primordiales para el funcionamiento de una Entidad Administradora de Planes de Beneficios, un prestador de servicios de salud y una institución con objeto social diferente que preste uno o más servicios de salud en el país. En desarrollo de esta misión, el Sistema único de habilitación:

- Constituye una herramienta fundamental para garantizar el cumplimiento de unos estándares mínimos en el funcionamiento de los prestadores, con el objeto de proteger la salud de los usuarios. Dado que están orientados a proteger la vida de los ciudadanos en un proceso de atención, el Sistema único de habilitación

debe contener únicamente aquellas condiciones indispensables para defender la dignidad, la vida y la salud del paciente, so pena de perder su carácter esencial.

- Que sean estándares mínimos implica asegurar unas condiciones obligatorias de prestación de servicios y que deba complementarse con la definición de estándares óptimos o superiores factibles, haciendo del Sistema único de habilitación un instrumento que se complete con la acreditación y con otros instrumentos de evaluación y de gestión por calidad.
- Implica que los estándares no son exhaustivos, ni deben pretender abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud.
- Este instrumento se constituye en un método para cumplir la responsabilidad y los fines mismos del Estado de brindar seguridad a las personas en el servicio público esencial de salud; de allí la obligatoriedad en el cumplimiento.

Reglamentado actualmente por la Resolución 1441 de 2013, la cual tiene por objeto establecer los procedimientos y condiciones de habilitación para prestadores de servicios de salud así como adoptar el Manual de Habilitación que deben cumplir:

- a. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- b. Los profesionales independientes de la Salud.
- c. Los servicios de transporte especial de pacientes.
- d. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluya servicios de hospitalización ni quirúrgicos.

Los prestadores que inicien su funcionamiento y aquellos que presenten novedad de apertura de servicio(s), a partir de la entrada en vigencia de la presente resolución, tendrán que cumplir con las disposiciones establecidas en la citada norma, entre las que se encuentran los estándares de capacidad tecnológica y científica que se citan a continuación:

1. Talento Humano.
2. Infraestructura -
3. Dotación y mantenimiento.
4. Gestión de medicamentos Dispositivos Médicos e Insumos
5. Procesos prioritarios.
6. Historias Clínicas y registros.

7. Interdependencia de servicios.

El artículo 18 de la resolución 1441 de 2013 reza: “Los Prestadores de Servicios de Salud con servicios habilitados a la entrada en vigencia de esta resolución tendrán hasta el 31 de mayo de 2014, para cumplir con las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud a que se refiere el artículo 2° de la presente resolución”

3.2.2.2 Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

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. (12)

Los actores del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, deben contar con procesos de calidad de acuerdo su necesidad o nivel de complejidad.

El 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.

La auditoría, al igual que los otros componentes del Sistema de garantía de calidad, contribuye a alcanzar el mejoramiento continuo de la calidad en las organizaciones de salud. Sin embargo, salvo algunas excepciones, la auditoría en salud en Colombia ha sido interpretada como un proceso de revisión de cuentas o de autorización de servicios. Este modelo de auditoría, a menudo punitivo, resulta no solamente impopular sino también ineficaz para cumplir el objetivo propuesto. (13)

Por lo tanto, el desarrollo de la auditoría en salud tendrá justificación en la medida en que esta se constituya en un instrumento eficiente y eficaz para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y se aplique en un marco de confianza y respeto entre los diversos integrantes del sistema. (14)

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

- **Autocontrol:** la auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y disciplina necesarias para que los procesos de atención en los cuales participa se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, y para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

- **Prevención:** en el marco de los procesos de garantía de calidad, la auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos de atención conduzcan a los resultados esperados.
- **Confianza y respeto:** la auditoría debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar, implantar y mejorar los procesos de mejoramiento institucional, y en la aceptación de los compradores de servicios de salud, de la autonomía institucional dentro de los términos pactados.
- **Sencillez:** las acciones y mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.
- **Fiabilidad:** los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quién ejecute la medición.
- **Validez:** los resultados obtenidos en los procesos de auditoría deben referirse exclusivamente al objeto medido.

3.2.2.3 Sistema Único de Acreditación.

El sistema único de acreditación, es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), las empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) y las direcciones departamentales, distritales y municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. (15)

De las definiciones anteriores hay que enfatizar, que la acreditación:

- Es un proceso voluntario: no compromete ningún tipo de obligación por parte de la organización que se somete al proceso, el cual es llevado a cabo bajo el convencimiento interno de que es una opción válida para mejorar los procesos organizacionales. Sin embargo, para las Empresas Sociales del Estado (ESE), de acuerdo con la resolución 2181 de 2008, el proceso es de carácter obligatorio En la etapa de autoevaluación. Adicionalmente a partir del 10 de enero del año 2016

solo podrán denominarse Hospitales Universitarios, aquellas instituciones que cumplan con los requisitos definidos en EL artículo 100 de la ley 1438 de 2012, entre los que se exige estar acreditado de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad.

- Es un proceso periódico: la acreditación no supone un proceso único en el tiempo de demostrar el cumplimiento de una serie de estándares de calidad, asume la posición de tener que demostrar cada cierto tiempo el sostenimiento y mejoramiento de los logros específicos alcanzados en los programas de calidad.
- Es un proceso de evaluación: se evita la visión de una metodología basada en la inspección, vigilancia y control. Es importante aclarar en este punto que la evaluación como tal supone dos estrategias complementarias, una evaluación interna (posiblemente el paso más crítico de todo el proceso) por parte de los equipos organizacionales conformados para tal fin y basado en los estándares de acreditación, y una evaluación externa conducida por pares específicamente entrenados para tal fin, con el único objetivo de confrontar las percepciones de los equipos de trabajo con los hallazgos de los expertos externos.
- La evaluación: es conducida bajo unos estándares. Por estándares se entiende un nivel de desempeño óptimo y factible de alcanzar por las organizaciones, más allá de los requisitos legales exigidos para el funcionamiento.
- Los estándares: están dirigidos a los procesos, es decir, no se constituye en una lista de chequeo de qué tiene y qué no tiene la organización sino de qué hace en cada uno de los procesos y cuáles son los soportes que logran demostrar el mejoramiento de estos procesos.

La acreditación es un sistema que conlleva al mejoramiento continuo de los procesos organizacionales. La esencia misma de la acreditación para Colombia es impulsar a las organizaciones a no ser conformes con tener unos procesos estandarizados que repetitivamente se lleven a cabo en el tiempo, intentando con cada una de estas repeticiones obtener el mismo resultado.(16)

3.2.2.4 Sistema de Información para la Calidad.

El Sistema de información a usuarios ha sido definido como un servicio de información asociado con la calidad en la prestación de los servicios de salud que, mediante facilidades de divulgación, referenciación por indicadores, guía y referencia geográfica, apoyará a los usuarios y a los prestadores de los servicios de salud en el desarrollo de una cultura de la calidad. Es así como busca

convertirse en un agente facilitador del cambio hacia una nueva cultura en la que la calidad sea un elemento esencial en la prestación de los servicios en salud.

El objetivo general que el Sistema de información para la calidad persigue se puede dividir en los siguientes aspectos:

- Convertirse en el registro permanente y el referente principal de la calidad de los servicios del sector.
- Convertirse en el instrumento de medición o calificación de la buena o mala prestación de servicios de salud de EPS e IPS. De esta manera, valida los acuerdos de servicio de las entidades del sector y los requerimientos del usuario.
- Ser percibido como un servicio de información confiable, creíble y de fácil acceso al público, para garantizar su consolidación como instrumento valioso para los participantes del sector y para el Ministerio.

Los objetivos específicos del sistema de información se pueden agrupar en cuatro, de acuerdo con su alcance:

a. Calificar y clasificar las EPS e IPS por diferentes conceptos de calidad (referenciación multidimensional y dinámica). La calificación de las instituciones busca a través de una graduación, presentar el nivel de cumplimiento de los parámetros de calidad en cada una de las entidades. Al construir esta calificación, se estará dotando a los usuarios con un mecanismo objetivo de referenciación del nivel de calidad ofrecido por cada institución.

b. Divulgar los indicadores que califican a las EPS e IPS frente a las necesidades primarias del usuario. Mediante el uso de la información de los factores asociados con la calidad, se establecerá un conjunto de indicadores que permitirán referenciar a las entidades según los niveles de calidad ofrecidos y conocer el desempeño y los logros alcanzados por éstas en materia de calidad. El conjunto de indicadores debe ser reducido, significativo y confiable. Su construcción depende fundamentalmente de la confiabilidad y oportunidad de la información recolectada y del valor agregado que ofrece en el proceso de mejoramiento de la calidad en el sector.

c. Entregar información para la evaluación por parte de los usuarios del sistema de salud, que tenga en cuenta los derechos y deberes del usuario. Uno de los factores asociados con la calidad en la prestación de los servicios de salud es el conocimiento de los deberes y derechos de los usuarios, así como de las normas

que regulan el desarrollo del sector. El sistema de información permitirá a los usuarios tener acceso a la información relacionada con este factor.

d. Respuesta a preguntas más frecuentes sobre el sistema de salud. Las consultas más frecuentes que hacen los usuarios serán respondidas por los administradores del Sistema de información a usuarios o por expertos que puedan dar respuesta adecuada a dichas consultas. Estas respuestas se pondrán a disposición de los usuarios, permitiendo que múltiples beneficiarios se favorezcan con ellas.

El sistema de información desarrollado por una institución prestadora de servicios de salud, debe estar soportado sobre los siguientes principios:

- **Gradualidad:** La información a entregarse será desarrollada e implementada de manera progresiva en relación con el tipo que se ofrecerá a los usuarios. En concordancia con este principio se diseñaron indicadores para ser implementados en dos fases: los indicadores de primera fase son aquellos para los cuales existe mayor información y los de segunda fase se aplicarán una vez las instituciones hayan aprendido a utilizar la información y exista amplio acceso a los datos y capacidad de análisis.
- **Sencillez:** La información se presentará de manera que su capacidad de ser comprendida e incorporada por la población sea la mayor posible.
- **Focalización:** La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de la entidad promotora de salud y de la institución prestadora de servicios de salud con base en criterios de calidad.
- **Validez y confiabilidad:** La información será válida en que presentará aspectos centrales de la calidad y confiable en que medirá calidad en todas las instancias en que sea aplicada.
- **Participación:** En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades directivas estatales del sector, las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud. (17)

3.3 SOPORTE REFERENCIAL

3.3.1 Generalidades.

Currulao es un corregimiento del Municipio de Turbo, ubicado en el Departamento de Antioquia. Tiene una población de 121.919 habitantes, aproximadamente. (18)

En el municipio de Turbo, se encuentran inscritas a la fecha en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud un total de 12 IPS las cuales son:

1. IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S, que es la institución objeto del presente trabajo.
2. Centro de salud Don Bosco.
3. Centro de Reconocimiento del Urabá.
4. Ciro y García Urabá compañía Ltda.
5. Clinisonrisas E.U.
6. Clínica Central SOMEBA S.A.
7. Corporación para las emergencias inmediatas y servicios de salud domiciliarios "PARAMEDICOS – EISALUD."
8. Empresa Social del Estado Hospital Francisco Valderrama.
9. Fundación Nuevos Horizontes.
10. Óptica Primaluz.
11. Servicios Integrales Uniser E.U.
12. Salud Darién IPS. (19)

La principal fuente de producción en Currulao está basada en el cultivo de plátano y banano, siendo este el principal soporte económico de la Zona de Urabá.

3.3.2 Infraestructura de servicios públicos.

El Corregimiento de Currulao, carece en general de infraestructura física y de extensión de redes de alcantarillado y acueducto. Se agrava la situación por la constante llegada de población desplazada.

La clasificación económica que realizó el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) presentó dificultades por la omisión parcial de información lo que generó una mala clasificación de algunos estratos y la exclusión de los beneficios a muchos pobladores pobres como en el caso de los servicios públicos. (El SISBÉN es una herramienta de identificación de los potenciales beneficiarios para programas sociales de manera rápida, objetiva, uniforme y equitativa. El nivel de clasificación socioeconómica del SISBÉN, es el resultado de la aplicación de una encuesta, la cual contiene la información que se inscribe de forma manual en la encuesta física por el encuestador que realiza la visita, los datos contenidos en la encuesta son ingresados al sistema. El software procesa internamente la información, el cual genera un puntaje para todas y cada una de las personas que conforman los hogares y que fueron encuestadas).

- **Acueducto.**

Después de Chigorodó, Turbo es el municipio que menor cubrimiento tiene en acueducto con un 53.4%. En el sector urbano cubre el 79.4% con aguas no potables, escasas y de cortes frecuentes. En el sector rural cubre el 37.9% con aguas de mala calidad y sin un tratamiento adecuado.

- **Alcantarillado.**

Respecto a los otros municipios de la zona central Turbo presenta el menor cubrimiento. El alcantarillado es una obra en curso con la que se espera una cobertura residencial del 55%, equivalente a unos 4.000 usuarios. Al momento el total de cobertura está en 20.6%; la cabecera tiene el 45% de cobertura y el resto sólo llega al 5.9%.

- **Energía.**

Cubre el 70.8% de viviendas en el ámbito municipal, 88% a nivel urbano y 59% a nivel rural. Aún quedan muchas veredas sin servicio. La interconexión se tiene desde Cerro Matoso y se distribuye desde la planta del corregimiento el Tres, con calidad y continuidad buena, reconociendo que en algunos sectores se presentan deficiencias debido al contrabando de energía. (20)

4 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo del Programa de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se realiza un estudio de tipo descriptivo, donde se toma como base y herramienta fundamental las Pautas Indicativas de auditoría para el mejoramiento de la calidad y las guías establecidas por el Ministerio de Protección Social para su implementación.

4.2 TIPO DE ESTUDIO

Con la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, se aplicará un estudio de tipo descriptivo prospectivo, ya que parte de una situación definida en la institución prestadora de servicios de salud, analizando variables predeterminadas por el Ministerio de la Protección Social.

4.3 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

4.3.1 Constitución de la IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S.

La IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S, es una empresa que nace en la Región de Urabá el 10 de marzo de 2003. Nuestros usuarios residen y laboran en la Región del Urabá Antioqueño. El área de influencia inicial de la IPS fue el municipio de Turbo, en el corregimiento Currulao, ofreciendo a los usuarios servicios de salud, que generen gran impacto en sus necesidades básicas, respetando ante todo sus costumbres socio culturales y condiciones socio-políticas. La IPS se crea como producto de la iniciativa del Odontólogo Jaime Andrés Herrera, con el ánimo de superar las necesidades que se generan en ese pequeño corregimiento, ampliando sus sedes y servicios luego en la región de Urabá en la cabecera Municipal de Turbo, el corregimiento Nueva Colonia y el Municipio de Necoclí, ofertando así a nuestros habitantes servicios de salud bajo los más altos estándares de calidad.

La naturaleza jurídica de la empresa es privada, constituida como una Sociedad Anónima Simple, cuya representación legal se encuentra a cargo de la Doctora Sandra Paola Herrera Vásquez.

Las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios con las cuales se tiene contrato actualmente, para la prestación de los servicios de salud son:

- Coomeva EPS
- Comfenalco EPS.
- Comfama EPS.
- EPS Sura.
- Saludcoop EPS.
- Nueva EPS.

De igual manera se prestan servicios en forma particular a los usuarios que lo requieran.

4.3.2 Ubicación geográfica de la IPS.

La IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S, se encuentra ubicada sobre la avenida principal, carrera 50 No. 49 - 69 en el corregimiento de Currulao, en el Municipio de Turbo, departamento de Antioquia, Colombia.

4.3.3 Direccionamiento estratégico.

La IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S dentro del desarrollo de su cultura corporativa ha definido como Misión: “ser una Institución Prestadora de Servicios de salud de baja complejidad, dedicada a la asistencia en servicios de primer nivel de atención, que busca la excelencia, la promoción de la vida y la calidez en el servicio”.

De la misma forma ha establecido que su Visión será: “Al año 2019, ser reconocidos como IPS especializada en servicios de primer nivel de atención en la zona de Urabá, con impacto en la zona de influencia, y centro de referencia para todo lo relacionado con la atención de los servicios de promoción y prevención, consulta médica general, odontología general y nutrición y dietética”.

Los Valores Corporativos están definidos como:

- **Prudencia:** dicta en cada caso particular lo que hay que hacer o rechazar, en orden al recto obrar, potencia la mejor acción, e impele a obrar, después de madura deliberación y consejo.
- **Respeto:** determina el actuar por el reconocimiento de sí mismo, del otro y de lo otro, por tanto ni perjudica, ni deja de beneficiar, de acuerdo con derechos, condiciones y circunstancias.

- **Solidaridad:** dispone a salir de sí mismo para trabajar en beneficio del éxito colectivo, impele a la cohesión en función del bien, de un fin de beneficio común, a la reciprocidad de servicios; provoca unidad y concordia hacia una sana convivencia.
- **Transparencia:** implica la verdad, en el pensamiento, el hablar y el actuar, sin rodeos ni evasivas, con actitudes y comportamientos abiertos que generan seguridad y confianza.
- **Alegría:** dispone a sortear las pruebas y dificultades con entereza de ánimo, identificando lo positivo y lo que puede ser mejorado, con presencia de ánimo y visión trascendente.

La empresa ha fijado como Política de calidad: “comprometerse a garantizar la prestación imponderable de los servicios en salud de primer nivel, acorde a los requisitos de nuestros clientes, 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,
- Mejoramiento Continuo de sus Procesos,
- Uso Adecuado de los Recursos Tecnológicos, y
- Garantizar La Rentabilidad social y económica de los Inversores.

Los siguientes son los Objetivos de calidad establecidos por la institución:

- 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 la firmeza financiera de la organización.

Factores claves de éxito de la IPS.

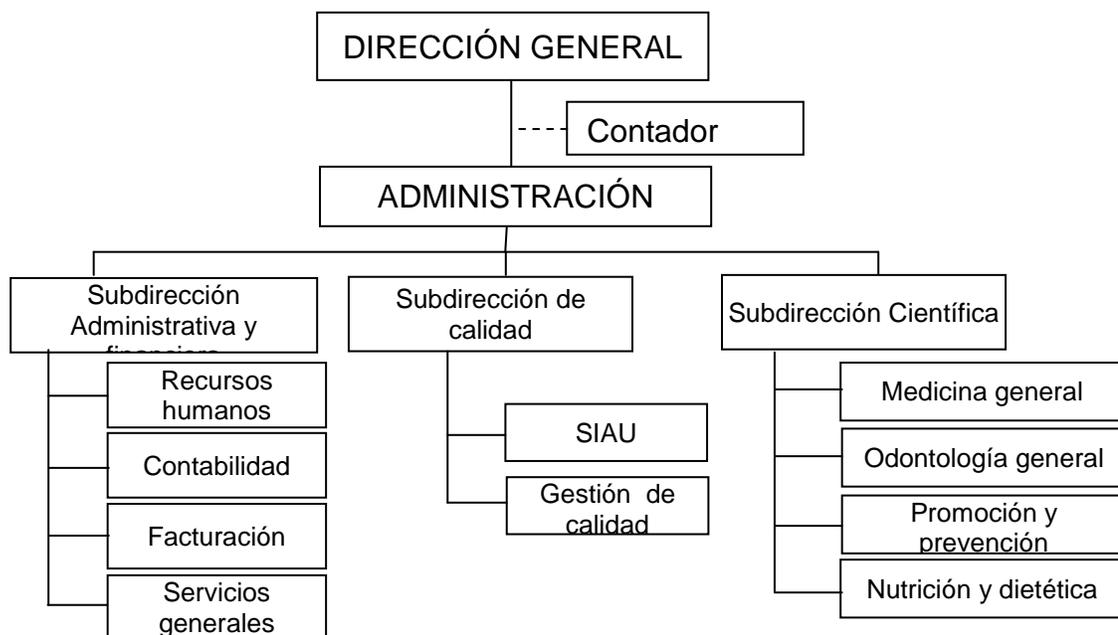
- **Satisfacción del cliente externo:** la satisfacción de las expectativas de los clientes y la eficiencia empresarial están vertebrándose como los ejes sobre los cuales gira la competitividad y el futuro de las empresas. El cambio de los gustos de los usuarios, cada vez más orientados hacia ofertas de mayor calidad, define un horizonte donde la provisión de servicios de excelencia es un factor crítico en el éxito empresarial

- **Satisfacción del cliente interno:** parte de la estrategia institucional, para conocer cómo son percibidas las prácticas empresariales, entre los empleados y empleadas. Es un factor crítico para el éxito porque permite reforzar prácticas bien valoradas, redirigir las menos efectivas y ganar en eficiencia.

Seguridad del paciente: como factor crítico de éxito, permite a la institución evidenciar la calidad en la prestación del servicio, y el nivel de seguridad con que se prestan los mismos; que se enfatiza en la disminución de los eventos adversos y prevención de las fallas de la atención en salud que con frecuencia son causas de eventos adversos,

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

4.3.4 Estructura organizacional (organigrama).



4.3.5 Servicios habilitados y su complejidad.

Para la descripción de los servicios habilitados, se anexa documento generado por la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia:

REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD
--

Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia

IDENTIFICACION DEL PRESTADOR

Clase de prestador	Instituciones – IPS
Nit o cédula	841000617-5
Nombre o razón social	IPS FAMISALUD
Clase de persona	JURIDICO
Naturaleza Jurídica	Privada
Representante Legal	SANDRA PAOLA HERRERA VASQUEZ
Dirección administrativa	KR 50 # 49B-64

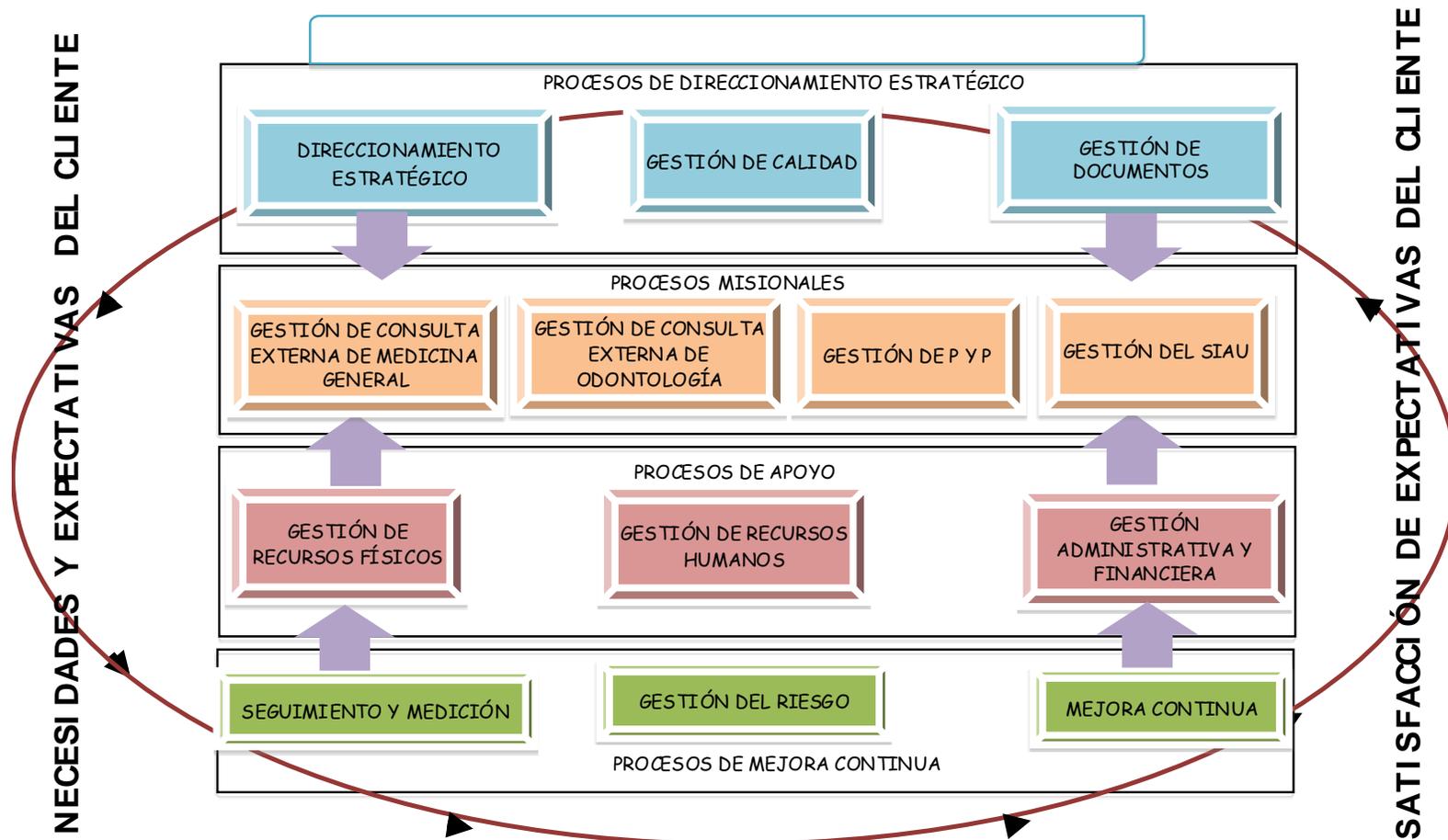
SEDE PRINCIPAL

Código habilitación	058370769701
Nombre	IPS FAMISALUD
Dirección	KR 50 # 49B-64
Municipio	TURBO

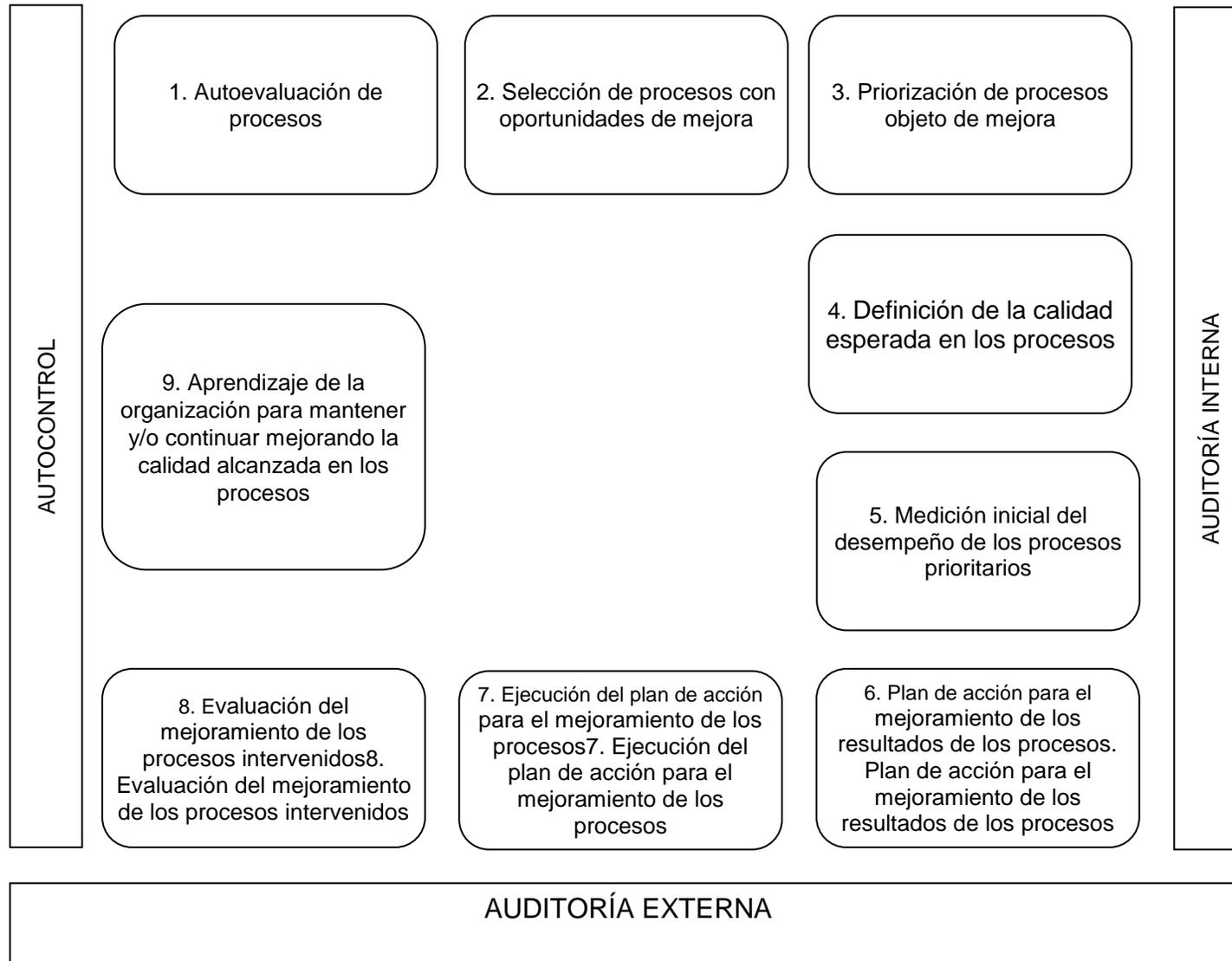
SEDE

Código habilitación	058370769701
Nombre	IPS FAMISALUD
Dirección	KR 50 # 49B-64
Municipio	TURBO
Teléfono	8206161
Correo electrónico	famisaludpremiumsas@hotmail.com

4.3.6 Mapa de procesos



4.4 RUTA CRITICA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PAR EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD



La IPS **FAMISALUD PREMIUM S.A.S.** implementa la Auditoría en el nivel de Autocontrol y Auditorías internas y responde a los resultados de las Auditorías Externas realizadas por las EPS con quien tiene contratos y por el Estado.

4.4.1 Fase 1: Autoevaluación de los procesos objeto de auditoría.

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.

Los procesos objeto de la autoevaluación y mejoramiento son:

- Gestión de consulta externa de medicina general.
- Gestión de Promoción y prevención.
- Gestión de Consulta externa en Odontología general.
- Gestión de Información y atención al usuario.

4.4.2 Fase 2: Selección de las oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación.

En esta fase y tomando como punto de inicio la primera etapa de la ruta crítica, la autoevaluación, se establecen las oportunidades de mejora que serán objeto de intervención mediante el diseño e implementación de planes de acción.

4.4.3 Fase 3: Priorización de los procesos a mejorar en la institución.

A través de una matriz de priorización, se establece el orden para intervenir aquellas oportunidades de mejora que impactan con mayor fuerza los factores claves de éxito de la organización y que están relacionadas con el usuario, el cliente interno y la imagen corporativa.

4.4.4 Fase 4: Definición de la calidad esperada por la institución.

Se da a través de la estandarización de cada uno de los procesos objeto de auditoría, el establecimiento de indicadores y metas, de acuerdo a las necesidades del usuario y las características del servicio.

4.4.5 Fase 5: Medición inicial del desempeño de los procesos.

A través de la planeación y ejecución del procedimiento de auditoría en los niveles de autocontrol y auditoría interna.

4.4.6 Fase 6, 7, 8: Formulación, ejecución y evaluación del plan de mejoramiento para las oportunidades de mejora identificadas y priorizadas.

Mediante el diseño e implementación de acciones de mejora orientadas a intervenir las fallas de calidad identificadas y priorizadas. Adicionalmente se debe evaluar la eficacia de las acciones en cuanto a la consecución de los resultados deseados.

4.4.7 Fase 9: Aprendizaje organizacional.

“En esta fase se entrenará y capacitará al personal 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 observada y la calidad observada.”

El desarrollo del modelo de auditoría se desarrollará conforme a lo establecido al cronograma de ejecución del PAMEC (Anexo No. 3)

5 RESULTADOS

5.1 FASE 1: AUTOEVALUACIÓN DE LOS PROCESOS OBJETO DE AUDITORIA

5.1.1 Enfoque.

Para la realización del proceso de autoevaluación se aprovecharon los beneficios de implementar uno de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad; por tal razón, para efectos de la identificación de oportunidades de mejora en la atención en salud se toma como referente la Resolución 1446 del 2006 “Sistema de Información para la Calidad”, específicamente los Indicadores de monitoria del sistema. Adicionalmente el proceso de autoevaluación se realiza también frente a otros indicadores planteados por la institución.

5.1.2 Identificar el grupo organizacional que va a realizar la autoevaluación.

El proceso de autoevaluación, se realizó por un porcentaje importante de los colaboradores en cabeza de los líderes de los procesos. Los equipos conformados tienen una mezcla de niveles organizacionales, disciplinas y momentos diferentes de la atención, siendo estos:

- Los líderes de los procesos objeto de auditoria.
- El líder de calidad de FAMISALUD PREMIUM S.A.S.
- Empleados de la IPS, relacionados directamente con los procesos misionales.

5.1.3 Capacitación del grupo responsable de realizar el proceso de autoevaluación.

La efectividad de los resultados de la autoevaluación, depende del conocimiento teórico y el entrenamiento, que tenga cada integrante del equipo responsable de la aplicación de la metodología de autoevaluación. Para ello, se realizó una capacitación en los siguientes temas:

- Ruta crítica para implementación del PAMEC.
- Instrumentos para consolidar el diagnóstico básico general.
- Metodología para desarrollar el proceso de autoevaluación.

5.1.4 Ejecución del proceso de autoevaluación.

Consistió en la evaluación de los aspectos relacionados con la calidad de la atención, identificando permanentemente las brechas que tienen implicaciones en:

- Incrementar la probabilidad de que el paciente/cliente sea atendido con el pleno cumplimiento de sus derechos.
- Incrementar la efectividad clínica de los servicios que se presten en las instituciones.
- Disminuir el riesgo al paciente.
- Incrementar la eficiencia clínica en lo referente a la adecuación en la utilización de los recursos.
- Incrementar la satisfacción de los usuarios en términos de sus percepciones y sus expectativas.

Se investigaron las distintas fuentes de información, siendo estas:

- Indicadores trazadores de calidad.
- Informes de las distintas Entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB).
- Encuestas de satisfacción al usuario.
- Las no conformidades o eventos adversos presentados en la institución.

5.1.4.1 Formato de autoevaluación.

Tabla 1. Formato de autoevaluación.

OBJETIVO/DEBER SER	INDICADOR	PROCESO AL QUE PERTENECE EL INDICADOR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN PARA LA DETECCIÓN DE LA MEJORA
El usuario debe quedar satisfecho con la calidad en la prestación del servicio de salud recibido	Tasa de Satisfacción Global	Atención al usuario	El Tiempo para la respuesta inicial a quejas y reclamos es superior a 48 horas.	Formato FM-AU-01 Encuesta de satisfacción al usuario. El indicador está reglamentado por la Resolución 1446 de 2006 (Indicador de monitoría del sistema)
El usuario debe atenderse sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la vida o la	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General	Gestión de consulta externa de Medicina general	EL Tiempo para la asignación de cita de medicina general superior a 3 días	Resultado de la medición de los indicadores establecidos por la Resolución 1446

OBJETIVO/DEBER SER	INDICADOR	PROCESO AL QUE PERTENECE EL INDICADOR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN PARA LA DETECCIÓN DE LA MEJORA
salud del usuario	Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta de Odontología General	Gestión de consulta externa de Odontología general	-	de 2006 (Indicadores de monitoría del sistema)
Los usuarios no deben morir por complicaciones de la enfermedad	Tasa de letalidad por complicación de la diabetes mellitus	Gestión de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad	-	Registro único de defunciones
La P A del paciente debe estar controlada 6 meses después del ingreso al programa	Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada		-	Base de datos de hipertensos
Los profesionales de la salud, deben conocer y aplicar guías de manejo clínico y los protocolos de atención basados en la evidencia	Proporción de criterios evaluados que se adhieren a las guías y protocolos	<ul style="list-style-type: none"> •Gestión de consulta externa de medicina general •Gestión de Promoción y prevención Gestión de consulta externa de Odontología 	En los tres procesos se identificaron fallas en la Adherencia a guías de manejo clínico y protocolos de atención	Formato "FM-SM-02 Evaluación adherencia a guías de manejo clínico y protocolos de atención" Indicador institucional, reglamentado por la Resolución 1043 de 2006 y sus modificaciones
Los registros clínicos deben ser diligenciados siguiendo un orden cronológico, además deben ser claros, legibles, sin tachones o enmendaduras, y sin espacios entre las atenciones.	Proporción de registros clínicos que cumplen con los criterios de calidad	<ul style="list-style-type: none"> •Gestión de consulta externa de medicina general •Gestión de Promoción y prevención •Gestión de consulta externa de Odontología 	En los tres procesos se identificó falta de legibilidad en los registros clínicos	Formato "FM-MC-01 Auditoría a la calidad de las Historias clínicas", Indicador institucional formulado en cumplimiento a los requisitos exigidos por la Resolución 1995 de 1999
La totalidad de los eventos adversos presentados en cada	Proporción de eventos adversos	• Gestión de consulta externa de	Gestión ineficaz de los eventos adversos	Formato FM-GR-01 Detección y gestión del Evento

OBJETIVO/DEBER SER	INDICADOR	PROCESO AL QUE PERTENECE EL INDICADOR	OPORTUNIDAD DE MEJORA	FUENTE DE INFORMACIÓN PARA LA DETECCIÓN DE LA MEJORA
uno de los servicios deben ser gestionados de manera efectiva. Para ello, el comité correspondiente se encargara de analizarlos con el fin de que se apliquen las acciones correctivas necesarias para su intervención y prevención.	gestionados	medicina general • Gestión de Promoción y prevención Gestión de consulta externa de Odontología general	detectados en odontología. Es decir, se mantiene la prevalencia de los mismos eventos adversos.	Adverso indicador reglamentado por la Resolución 1446 de 2006 (Indicador de monitoría del sistema)

Fuente: Elaboración propia a partir de Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007.

Una vez ejecutada esta etapa, se identificaron las siguientes oportunidades de mejora:

- EL Tiempo para la asignación de cita de medicina general es superior a 3 días
- Fallas en la Adherencia a guías y protocolos de atención.
- Falta de legibilidad en los registros clínicos.
- Gestión ineficaz de los eventos adversos detectados en odontología.
- El Tiempo para la respuesta inicial a quejas y reclamos es superior a 48 horas.

5.2 FASE 2 y 3: SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA IDENTIFICADAS

5.2.1 Selección de los procesos a mejorar.

En esta etapa se realizó una correlación de las oportunidades de mejora con los procesos institucionales objeto de auditoría con el fin de realizar un inventario de los procesos que requieren estrategias de mejoramiento. Los cuales se describen en la siguiente Matriz.

Tabla 2. Matriz de oportunidades de mejora.

OPORTUNIDADES DE MEJORA	PROCESOS A MEJORAR
El Tiempo para la asignación de cita de medicina general es superior a 3 días	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de Consulta externa de medicina general
Fallas en la Adherencia a guías y protocolos de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de consulta externa de medicina general • Gestión de Promoción y prevención • Gestión de consulta externa de Odontología general
Falta de legibilidad en los registros clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de consulta externa de medicina general • Gestión de Promoción y prevención • Gestión de consulta externa de Odontología general
Gestión ineficaz de los eventos adversos detectados en odontología	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de consulta externa de Odontología general
El Tiempo para la respuesta inicial a quejas y reclamos es superior a 48 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de información y atención al usuario (SIAU)

Fuente: Elaboración propia a partir de Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007.

5.2.2 Priorización de las oportunidades de mejora.

Para realizar la selección adecuada de aquellas mejoras que impactan directamente al usuario, se determinaron.

- **los factores críticos de éxito de la institución:**

- Satisfacción del cliente externo.
- Satisfacción del cliente interno.
- Calidad de la atención.
- Seguridad del paciente.

- **Los parámetros de evaluación a utilizar en la Matriz de Priorización.**

- Bajo impacto: 1
- Mediano impacto: 3
- Alto impacto: 5

Luego de la determinación de los parámetros de evaluación, se aplica la matriz, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 3. Matriz de priorización.

Oportunidad de mejora	Proceso	Satisfacción del cliente externo	Satisfacción del cliente interno	Calidad de la atención	Seguridad del paciente	Total
------------------------------	----------------	---	---	-------------------------------	-------------------------------	--------------

Oportunidad de mejora	Proceso	Satisfacción del cliente externo	Satisfacción del cliente interno	Calidad de la atención	Seguridad del paciente	Total
El Tiempo para la asignación de cita de medicina general es superior a 3 días	Gestión de Consulta externa de medicina general	5	1	5	5	125
Fallas en la Adherencia a guías y protocolos de atención	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de consulta externa de medicina general Gestión de Promoción y prevención Gestión de consulta externa de Odontología general 	3	1	5	5	75
Falta delegibilidad en los registros clínicos	<ul style="list-style-type: none"> Gestión de consulta externa de medicina general Gestión de Promoción y prevención Gestión de consulta externa de Odontología general 	1	1	5	5	25
Gestión ineficaz de los eventos adversos detectados en odontología	Gestión de consulta externa de Odontología general	1	5	5	5	125
El Tiempo para la respuesta inicial a quejas y reclamos es superior a 48 horas	Gestión de información y atención al usuario (SIAU)	5	3	3	1	45

Fuente: Elaboración propia a partir de Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007). Ministerio de la Protección Social.

Teniendo en cuenta los resultados arrojados por la matriz de priorización, se seleccionaron las oportunidades de mejora con el puntaje más alto, ya que la IPS es pequeña y los recursos para la intervención de los procesos son pocos.

Tabla 4. Oportunidades de mejora priorizadas.

Oportunidad de mejora	Proceso
EL Tiempo para la asignación de cita de	Gestión de Consulta externa de medicina

medicina general es superior a 3 días	general
Gestión ineficaz de los eventos adversos detectados en odontología	Gestión de consulta externa de Odontología general

Fuente: Elaboración propia a partir de Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007). Ministerio de la Protección Social.

5.3 FASE 4: DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA POR LA INSTITUCIÓN:

5.3.1 Conformación de grupos de trabajo.

Para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, el nivel Directivo, los responsables del mismo y quienes tienen a su cargo la función de auditoría interna se convierten en los responsables de definir el nivel de calidad esperada. Siendo estos:

- Líder de calidad.
- Líderes de procesos.

5.3.2 Planeación del nivel de la calidad esperada.

Con base en las oportunidades de mejora identificadas y priorizadas, cada líder de proceso definió el nivel de calidad deseado, estableció un indicador con una estructura mínima que permitiera homologar la forma de medir los resultados en los procesos y asignó la meta hacia la que quiere llegar la Institución con los Indicadores del Sistema de Información para la Calidad.

Tabla 4.Calidad esperada.

Proceso a intervenir	Oportunidad de mejora	Calidad esperada	Indicador de calidad	
			NOMBRE	META
Gestión de consulta externa de Odontología general	Se mantiene la prevalencia de los mismos eventos adversos en odontología, lo que se traduce en falta de efectividad en la gestión de los eventos adversos	Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente (Ministerio de la Protección Social 2008)	Proporción de vigilancia de eventos adversos	≥ 90%
		Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud” (Ministerio de la Protección Social 2010)		
		Resolución 1043 de 2006 y		

Proceso a intervenir	Oportunidad de mejora	Calidad esperada	Indicador de calidad	
			NOMBRE	META
		sus modificaciones/ estándar 9 “seguimiento a riesgos” Resolución 1441 de 2013, Estándar Procesos Prioritarios (seguridad del paciente) Manual de farmacovigilancia Manual de tecnovigilancia Procedimiento institucional para la gestión de eventos adversos e incidentes en salud.PR- AA-EEA-001 Protocolo institucional de seguimiento a riesgos en salud. PD-AA-EEA-002		
Gestión de consulta externa en medicina general	El Tiempo para la asignación de cita de medicina general es superior a 3 días	Protocolo INSTITUCIONAL de admisión del paciente en consulta externa de medicina general. PD-AA- ENU-001 Proceso INSTITUCIONAL de asignación de citas en medicina general.PR-M- AU-001 Proceso INSTITUCIONAL de atención del paciente en medicina general. PR-M- AA-002	Oportunidad de la atención en la consulta médica general	≤a 3 días

Fuente: Elaboración propia a partir de Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007). Ministerio de la Protección Social.

5.4 FASE 5: MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS SELECCIONADOS

5.4.1 Conformación de grupos de trabajo.

Para la aplicación del proceso de auditoría, a los procesos a intervenir, se conforma un grupo de trabajo, el cual está conformado por las siguientes personas:

- El líder del proceso de gestión de consulta externa de medicina general.
- El líder del proceso de gestión de consulta externa en odontología general.
- El auditor interno de la IPS, siendo este el auditor líder.

Es importante la participación de los líderes de los procesos, ya que son los que realizan las actividades de autocontrol; siendo éste el nivel óptimo en que actúa la auditoría. En la auditoría, el nivel de autocontrol implica que cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normativa vigente y por la organización.

5.4.2 Medición inicial del desempeño de los procesos

La medición inicial del desempeño de los procesos, inicia principalmente en el desarrollo de actividades de autocontrol, de acuerdo a lo establecido en el decreto 1011 de 2006 y las pautas de auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Luego se procede a la aplicación de los procedimientos de auditoría comúnmente aceptados, dado que se tiene parámetros para evaluar y compararla ejecución de los procesos a intervenir con el plan de mejoramiento de la calidad.

Se tienen en cuenta para su desarrollo los siguientes procesos y procedimientos:

- Procedimiento de auditoría interna.
- Cronograma de auditorías internas.
- Plan de auditorías internas.
- Informe de auditoría interna.

5.5 FASE 6: PLAN DE ACCIÓN PARA PROCESOS SELECCIONADOS

5.5.1 Conformación de grupos de trabajo.

Para plantear y ejecutar el plan de acción para el mejoramiento de los procesos, se conforma un grupo de trabajo, el cual está integrado por las siguientes personas:

- El líder del proceso de gestión de consulta externa de medicina general.
- El líder del proceso de gestión de consulta externa en odontología general.
- El auditor interno de la IPS, siendo este el auditor líder.

La finalidad es intervenir las oportunidades de mejora identificadas y priorizadas y de esta manera poder cerrar la brecha o diferencia que existe entre la calidad esperada y la calidad observada. Para ello es necesario desarrollar en primera instancia las siguientes actividades:

- Capacitar a los equipos de mejoramiento, que se entiende son los responsables de intervenir las oportunidades de mejora identificadas y priorizadas en los procesos.
- Establecer un programa de comunicación con el propósito de que la institución conozca cómo se van adelantando el mejoramiento, las dificultades, los logros alcanzados, el mejoramiento en los resultados de los indicadores.
- Definir los aspectos logísticos que se requieren para el mejoramiento, como son sitios de las reuniones, registro de las reuniones realizadas y necesidades para la implementación de los mejoramientos.

5.5.2 Análisis causa efecto para las oportunidades de mejora identificadas y priorizadas.

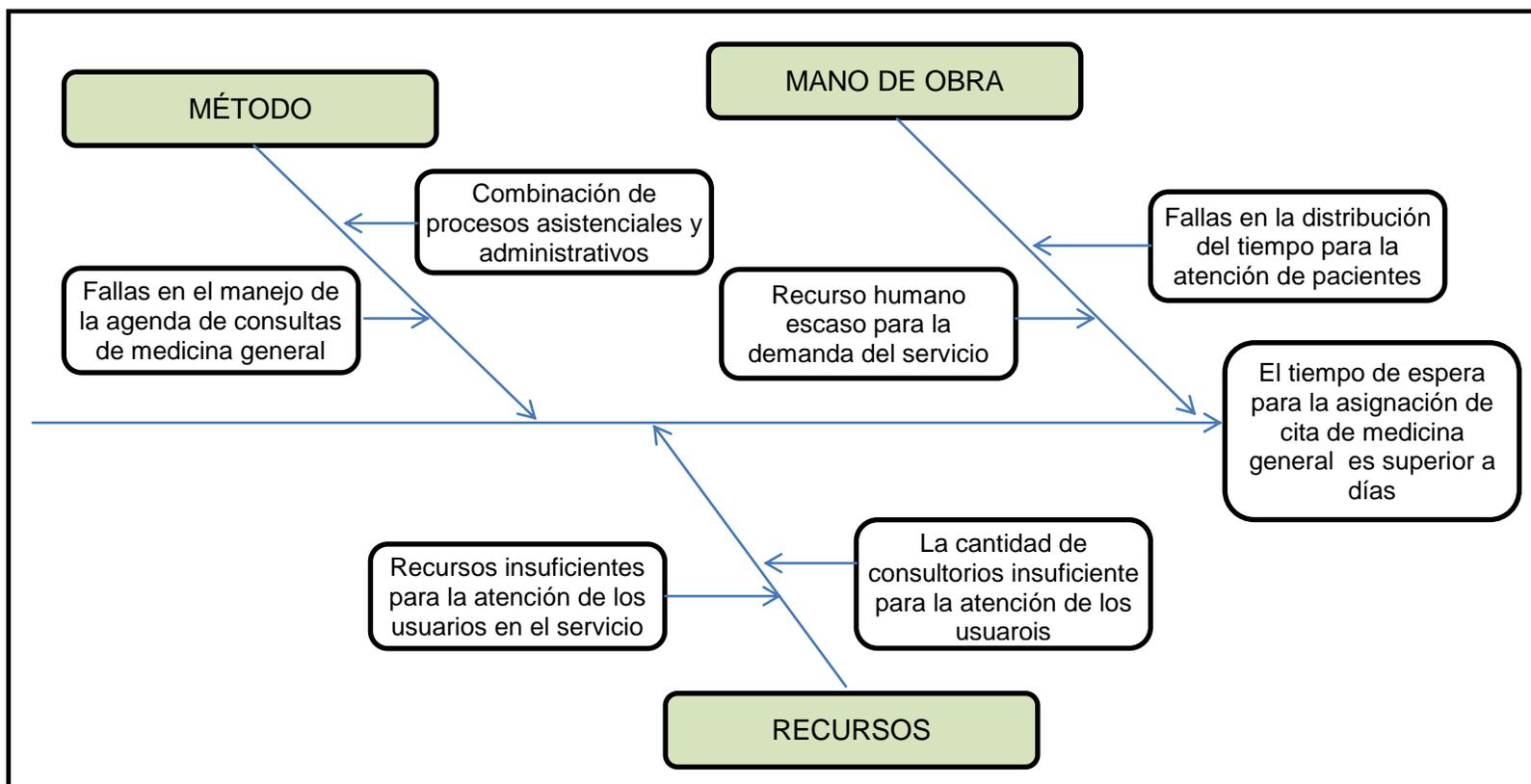


Ilustración 1. Diagrama de Causa – Efecto Oportunidad de Mejora 1. Fuente Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007.

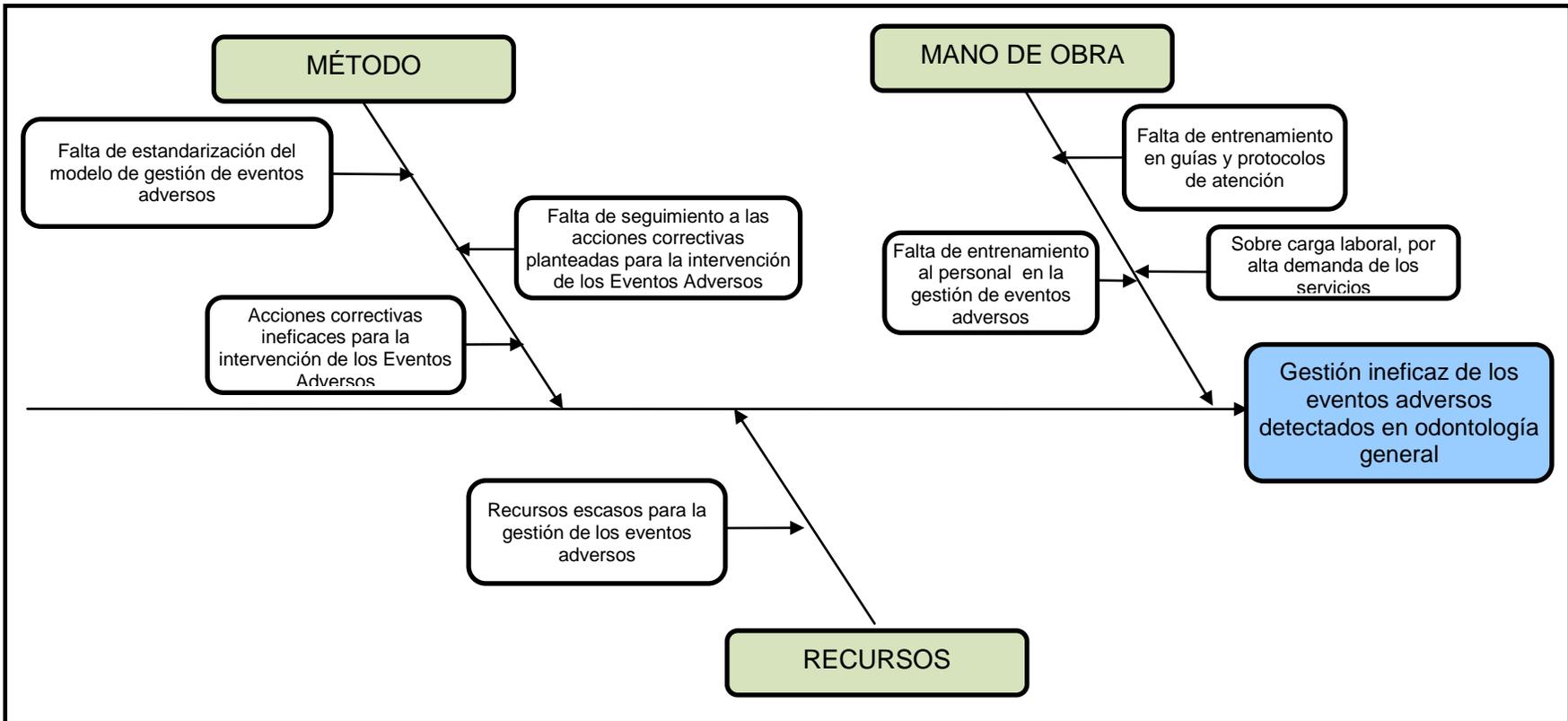


Ilustración 2Diagrama Causa – Efecto. Oportunidad de mejora 2. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007.

5.5.3 Plan de acción para procesos seleccionados.

Para la formulación concreta y sencilla del plan de mejoramiento se utiliza la matriz 5W1H, este tipo de herramienta se aplicará una vez hayan sido detectadas las causas que generen un resultado no deseado de un indicador, para lo cual es necesario definir e implementar un plan de acción tanto de acciones correctivas como preventivas. En este formato se define:

- ¿QUÉ SE HARÁ? (Objetivos y/o acciones de mejora).
- ¿QUIÉN LO HARÁ? (Responsable de ejecutar las acciones).
- ¿CUÁNDO SE HARÁ? (Tiempo en que se ejecutará la tarea).
- ¿DÓNDE SE HARÁ? (En qué procesos, áreas o ubicación).
- ¿CÓMO SE HARÁ? (Los medios y/o recursos necesarios para ejecutar la tarea).
- ¿POR QUÉ SE HARÁ? (El propósito que se persigue en la mejora).

Para el desarrollo del plan de acción, se tiene en cuenta:

- Procedimiento para el mejoramiento continuo de los procesos.
- Herramienta para el análisis de causas (espina de pez).
- Formato para el diseño del plan de acción.

Tabla 5..Plan de mejoramiento Oportunidad de mejora No. 1.

 FAMISALUD IPS		PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD				
Nombre documento: plan de mejoramiento		Versión: 01	Tipo de documento: formato		Fecha revisión: 15/01/2012	
SERVICIO Medicina general			Nombre del Proceso Gestión de consulta externa de medicina general		Página: 1	
PROBLEMA						
La oportunidad en la asignación de cita de medicina general es superior a 3 días						
Objetivo		Indicador			Meta	
Establecer acciones correctivas encaminadas a disminuir el tiempo de espera para la asignación de cita de medicina general		Oportunidad de la asignación de cita en la Consulta Médica General			≤ a 3 días	
QUE	QUIÉN	CUÁNDO	CÓMO	DÓNDE	POR QUÉ	SEGUIMIENTO
Planificar correctamente el recurso humano y los horarios de las consultas	Asistente Administrativa	A partir de abril de 2013	Organizar debidamente la agenda de consultas, para obtener más tiempo disponible para la parte asistencial, delegando todas las funciones administrativas que se venían manejando en el área de odontología.	Instalaciones IPS	Porque facilita la asignación de recursos y el control de la cantidad de usuarios a atender de tal manera que se pueda disminuir el tiempo de espera para la atención	
Mejorar capacidades, aptitudes y actitudes de la auxiliar de admisiones	Subdirectivo or Administrativo	A partir de enero de 2013	Capacitar a la Auxiliar de Consulta médica general sobre como programar y diligenciar la agenda de consulta de medicina general.	Instalaciones IPS	Es necesaria la mejora continua tanto de los procesos como del recurso humano que los aplica.	

Fuente: adaptación institucional a partir de las Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007. Pág. 134.

Tabla 6. Plan de mejoramiento Oportunidad de mejora No. 2.

 FAMISALUD IPS		PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD				
Nombre documento: plan de mejoramiento		Versión: 01	Tipo de documento: formato		Fecha revisión: 15/01/2012	
SERVICIO Odontología general			Nombre del Proceso Gestión de consulta externa de odontología general		Página: 1	
PROBLEMA						
Gestión ineficaz de los eventos adversos detectados en odontología. Es decir, se mantiene la prevalencia de los mismos eventos adversos						
Objetivo			Indicador		Meta	
Establecer acciones correctivas que permitan establecer directrices eficaces en la gestión de los diferentes eventos adversos que se presentan en la institución			Proporción de vigilancia de eventos adversos		≥ 90%	
QUE	QUIÉN	CUÁNDO	CÓMO	DÓNDE	POR QUÉ	SEGUIMIENTO
Revisar, Ajustar y actualizar el proceso de gestión del riesgo	Subdirector de calidad	A partir de enero de 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de bibliografía relacionada con la gestión de los riesgos en salud. • Actualizar el proceso de gestión del riesgo en salud, de acuerdo con los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y la Protección Social • Socializar el proceso de gestión del riesgo en salud con todo el personal que interviene en la atención de los usuarios 	Instalaciones IPS	Es necesario implementar la mejora continua y actualización de los procesos, para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud.	

 FAMISALUD IPS		PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD			
Nombre documento: plan de mejoramiento		Versión: 01	Tipo de documento: formato		Fecha revisión: 15/01/2012
SERVICIO			Nombre del Proceso		Página: 1
Odontología general			Gestión de consulta externa de odontología general		
PROBLEMA					
Gestión ineficaz de los eventos adversos detectados en odontología. Es decir, se mantiene la prevalencia de los mismos eventos adversos					
Objetivo			Indicador		Meta
Establecer acciones correctivas que permitan establecer directrices eficaces en la gestión de los diferentes eventos adversos que se presentan en la institución			Proporción de vigilancia de eventos adversos		$\geq 90\%$
Entrenar al personal en todo lo relacionado con el proceso de gestión del riesgo	Subdirector de calidad	A partir de enero de 2013	Elaborar plan de capacitación y entrenamiento del personal. Ejecutar plan de capacitación y entrenamiento Evaluar las capacitaciones efectuadas para garantizar el aprendizaje del personal.	Instalaciones IPS	Es necesario implementar la política de seguridad del paciente, planteada por el Ministerio de la protección Social, en pro de disminuir los riesgos en salud a los que están expuestos cada uno de los usuarios durante la atención

Fuente: adaptación institucional a partir de las Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007. Pág. 134.

5.6 FASE 7: EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN

Se capacitó y entrenó a los implicados, tanto en el método 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..

5.7 FASE 8: EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

En esta etapa, se verificó y se hizo seguimiento permanente al desarrollo de cada una de las actividades planteadas en el plan de mejoramiento, actuando correctivamente en tiempo real, es decir, que tan pronto se detectó un problema, se identificó las causas y se buscaron soluciones oportunas.

Para ello se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Se diseñó un formato para que el líder de proceso y su equipo realicen el seguimiento de las actividades establecidas en el plan de acción, con el fin de que puedan identificar y solucionar oportunamente problemas que puedan impedir el logro de la meta final.
- Se realizó 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; es decir para determinar si el plan de mejoramiento fue eficaz o no.

Tabla 7.Formato para la evaluación del mejoramiento de los procesos intervenidos.

 FAMISALUD IPS	Problema Identificado:		
	Objetivo que se quiere alcanzar:		
	Meta que se quiere alcanzar con el plan:		
	Indicador de seguimiento:		
Actividades planeadas para el Periodo	Actividades Ejecutadas	Problemas que se presentaron	Cambios en la meta

Fuente: adaptación institucional a partir de las Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007. Pág. 138.

5.8 FASE 9: APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

En esta etapa se estandarizan las actividades que fueron eficaces en la solución de las oportunidades de mejora intervenidas en el plan de acción. Se entren y capacitó las personas de la IPS en la obtención de estándares sobre los cuales se realizó 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, surtió claramente las etapas previas a la estandarización. Pretendiendo, entonces, mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo.

Se realizaron jornadas de trabajo prácticas para homologar conceptos y aprender herramientas mínimas que les permitió a los integrantes de la IPS funcionar bien como grupo de mejoramiento. Se enfatizó en gerencia de procesos, es decir, análisis y seguimiento de procesos, método de análisis y solución de problemas y estandarización.

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

6.1.1 La IPS Famisalud Premium S.A.S, cuenta con la habilitación de los servicios de salud, que se relacionan a continuación:

- Enfermería.
- Medicina general.
- Nutrición y dietética.
- Odontología general.
- Toma e interpretación de radiologías odontológicas.
- Sala general de procedimientos menores.
- Atención preventiva salud oral higiene oral.
- Planificación familiar.
- Promoción en salud.

6.1.2 Para el desarrollo del PAMEC de la IPS Famisalud Premium S.A.S., se aplicaron cada una de las etapas establecidas en las Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud 2007; definidas, en ese entonces, por el Ministerio de la Protección Social.

6.1.3 Como punto de partida para el desarrollo del PAMEC se identificaron los procesos institucionales, siendo estos los que se describen a continuación:

- **Procesos de Direccionamiento estratégico:**

- Direccionamiento Estratégico
- Gestión de calidad,
- Gestión de documentos

- **Procesos de Direccionamiento estratégico**

- Gestión de consulta externa de medicina general,
- Gestión de consulta externa de odontología,
- Gestión de P y P,
- Gestión del SIAU,

- **Procesos de Apoyo:**

- Gestión de recursos físicos,
- Gestión de recursos humanos,

➤ Gestión administrativa y financiera,

• **Procesos de Mejora continua:**

- Seguimiento y medición,
- Gestión del riesgo,
- Mejora continua

6.1.4 El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud se aplicó sobre los procesos misionales, tomando como referente de autoevaluación el Sistema de Información para la Calidad reglamentado por la Resolución 1446 de 2006.

6.1.5 La IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S., debe iniciar de inmediato un nuevo ciclo de implementación del PAMEC, con el fin de generar la cultura del mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, para que la ejecución de este proyecto no sea un elemento aislado del Sistema Calidad de la IPS.

6.1.6 Se han dejado a la IPS las herramientas necesarias para el desarrollo de un nuevo ciclo de mejoramiento, lo que facilita la ejecución y desarrollo del mismo. La capacitación es una fortaleza que le queda a la institución, ya que su grupo primario de calidad cuenta con el conocimiento previo para su desarrollo. Las herramientas entregadas a la IPS se describen a continuación:

- Las distintas charlas de capacitaciones dictadas durante el proceso.
- Formato de autoevaluación.
- Matriz de oportunidades de mejora.
- Matriz de priorización.
- Oportunidades de mejora priorizadas.
- Calidad esperada.
- Plan de mejoramiento Oportunidad de mejora.
- Formato para la evaluación del mejoramiento de los procesos intervenidos.
- Cronograma de Actividades.
- Presupuesto.
- Cronograma para el Desarrollo y despliegue del PAMEC.
- Ficha técnica de indicadores.

Muchas de las herramientas mencionadas anteriormente, fueron adaptadas por el equipo PAMEC, a partir de Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

6.2 RECOMENDACIONES

Las principales recomendaciones, establecidas para la IPS, se describen a continuación:

6.2.1 Desarrollar permanentemente las actividades estandarizadas, garantizando así subsanar totalmente las oportunidades de mejora que se intervinieron.

6.2.2 Iniciar un nuevo ciclo de mejoramiento, aplicando las Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

6.2.3 Generar cultura de mejoramiento continuo entre cada uno de los empleados de la IPS, desde cada uno de los niveles de auditoría establecidas en las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

6.2.4 Capacitar periódicamente al personal administrativo y asistencial en todo lo relacionado con el mejoramiento continuo y calidad de la atención en salud.

7 BIBLIOGRAFÍA

1. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece El sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud Del Sistema General de Seguridad Social. Artículo No. 2. Pág. 1.
2. *Ibíd.*, artículo No. 2. p. 1.
3. Kerguelén Botero, Carlos Alfonso. Calidad en Colombia – Los principios. p. 74 y 75.
4. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006., Op. Cit. p11.
5. Colombia. Ministerio del Trabajo y Seguridad Social – mayo 1990 – p.91.
6. Revista médico legal. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Responsabilidad Médica. [internet][consultado 2012 noviembre]. Disponible en: <http://mx1.medicolegal.com.co/articulo/subtema/511>.
7. *Ibíd.*, p. 3.
8. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Como garantizar la Calidad. Boletín Mayo de 1996.
9. Revista médico legal. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y Responsabilidad Médica. [internet] [consultado 2013 enero]. Disponible en: <http://mx1.medicolegal.com.co/articulo/subtema/511>.
10. *Ibíd.*, p. 6.
11. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006., Op. Cit. p11.
12. Bergman David. El mejoramiento de la Calidad. *Pediactris in Review*. 1983. Vol. 14.
13. Kerguelén Botero, Op. Cit. p106.

14.Ibíd., p. 107.

15.Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, Op. Cit. Artículo 41.

16.Kerguelén Botero, Op. Cit. p.100.

17.Ibíd., p. 121 – 124.

18.Colombia. Departamento Nacional de Estadísticas – DANE. Censo año 2005.

19.Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Prestación de Servicios y Atención primaria –Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

20.Colombia. Departamento Nacional de Estadísticas – DANE, Op. Cit. p.4-6.

21.Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Guías Básicas Para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007. Pág. 134.

8 ANEXOS

8.1 Anexo A: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 8. Cronograma de Actividades.

		CRONOGRAMA DEL PROYECTO																								Cód:
																										Mod:
NOMBRE DEL PROYECTO		PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD “IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S.” DE CURRULAO (TURBO)																								Ver
DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO EN MESES		6 MESES																								
Importante: Para efectos de la convocatoria, el cronograma sólo debe incluir las actividades propias de la ejecución del proyecto (Aquellas posteriores a su aprobación)																										
N°	ACTIVIDAD	MES																								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
1	Fase 1: Autoevaluación de la institución	X																								
2	Fase 2: Selección de los procesos a mejorar en la institución		X																							
3	Fase 3: Priorización de los procesos a mejorar en la institución			X																						
4	Fase 4: Definición de la calidad esperada por la institución				X																					
5	Fase 5: Medición inicial del desempeño de los procesos					X																				
6	Formulación, ejecución y evaluación del plan de mejoramiento de los procesos seleccionados						X																			

8.2 Anexo B: PRESUPUESTO

Tabla 9.Presupuesto.

 PRESUPUESTO DEL PROYECTO								
<i>Para elaborar el presupuesto, siga las instrucciones consignadas como comentarios en cada uno de los campos. Para ver el comentario ubique el cursor sobre el triángulo rojo que aparece en el campo.</i>								
Título del proyecto	PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD “IPS FAMILIAR PREMIUM S.A.S”, DEL CORREGIMIENTO DE CURRULAO (TURBO)							
PRESUPUESTO GLOBAL								
RUBROS	ENTIDADES							
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN		Entidad 2		Entidad n		TOTAL	
	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
1. GASTOS DE PERSONAL	\$ 4.787.280	\$ 57.239.460					\$ 4.787.280	\$ 57.239.460
2. GASTOS DE VIAJE	\$ 795.000						\$ 795.000	
3 INVERSIONES	\$ 966.000	\$ 1.275.000					\$ 966.000	\$ 1.275.000
4. GASTOS GENERALES		\$ 1.950.982						\$ 1.950.982
5. SERVICIOS TÉCNICOS								
6. MATERIAL BIBLIOGRÁFICO								
TOTAL	\$ 6.548.280	\$ 60.465.442					\$ 6.548.280	\$ 60.465.442

1. DETALLE GASTOS DE PERSONAL															
Nombre del participante	Nivel de formación	Rol en el proyecto	Horas semanales dedicadas al proyecto	N° de meses	Valor / Hora	ENTIDADES									
						DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN		Entidad 2		Entidad n		TOTAL			
						Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie		
ARMANDO AGUSTIN HERNÁNDEZ GOMEZ	Esp. No clínica + Pregrado (6 años)	Co-investigador	9	9	\$ 45.536		\$ 14.753.664						\$ 14.753.664		
MANUEL BURGOS	Esp. No clínica + Pregrado (6 años)	Co-investigador	9	9	\$ 45.536		\$ 14.753.664						\$ 14.753.664		
JOSÉ RICARDO MIELES	Esp. No clínica + Pregrado (6 años)	investigador principal	9	9	\$ 45.536		\$ 14.753.664						\$ 14.753.664		
ENCUESTADOR 1	Asistente administrativo	Auxiliar	6	5	\$ 13.298	\$ 1.595.760							\$ 1.595.760		
ENCUESTADOR 2	Asistente administrativo	Auxiliar	6	5	\$ 13.298	\$ 1.595.760							\$ 1.595.760		
ENCUESTADOR 3	Asistente administrativo	Auxiliar	6	5	\$ 13.298	\$ 1.595.760							\$ 1.595.760		
TOTAL GASTOS DE PERSONAL						\$ 4.787.280	\$ 44.260.992						\$ 4.787.280	\$ 44.260.992	
2. DETALLE GASTOS DE VIAJE															
Lugar de origen	Lugar de destino	Trayecto	N° de días	N° de personas	Valor tiquete por persona	Valor viático por persona	Justificación	ENTIDADES							
								DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN		Entidad 2		Entidad n		TOTAL	
								Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
APARTADO	MEDELLIN	IDA Y REGRESO	7	1	\$ 200.000	\$ 595.000	ENCUESTA ESPECIALISTAS ÚLTIMO AÑO	\$ 795.000						\$ 795.000	
TOTAL GASTOS DE VIAJE								\$ 795.000						\$ 795.000	

3. DETALLE INVERSIONES											
Descripción del equipo	Cantidad	Valor unitario	Justificación	ENTIDADES							
				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN		Entidad 2		Entidad n		TOTAL	
				Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
IMPRESORA HP 2200	1	\$ 200.000	SE REQUIERE PARA LA IMPRESIÓN DE LAS ENCUESTAS E INFORMES	\$ 200.000							\$ 200.000
NOKIA 1100	1	\$ 200.000	PARA LLAMADAS Y UBICACIÓN DE PACIENTES PARA ENCUESTAR	\$ 200.000							\$ 200.000
MODEM COMCEL 3 GSM	1	\$ 500.000	PROVEER INTERNET	\$ 500.000							\$ 500.000
LAPICEROS	12	\$ 500	PARA ESCRIBIR (ENCUESTADORES)	\$ 6.000							\$ 6.000
RESMA DE PAPEL TAMAÑO CARTA	4	\$ 15.000	PARA LA IMPRESIÓN DE LAS ENCUESTAS Y DEMÁS DOCUMENTACIÓN NECESARIA	\$ 60.000							\$ 60.000
CARTUCHOS PARA P 2200IMPRESORA H	3	\$ 55.000	PARA LA IMPRESIÓN DE LAS ENCUESTAS Y DEMÁS DOCUMENTACIÓN NECESARIA		\$ 165.000						\$ 165.000
COMPUTADORES	3	\$ 370.000	PARA TABULACION DE DATOS, ACCIONES ADMINISTRATIVAS Y REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA		\$ 1.110.000						\$ 1.110.000
TOTAL INVERSIONES				\$ 966.000	\$ 1.275.000						\$ 966.000 \$ 1.275.000
4. DETALLE GASTOS GENERALES											
Descripción del artículo	Cantidad	Valor Unitario	Justificación	ENTIDADES							
				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN		Entidad 2		Entidad n		TOTAL	
				Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
GASTOS ADMINISTRATIVOS		\$ 1.950.982	EL 3% DEL TOTAL DE LOS GASTOS		\$ 1.950.982						\$ 1.950.982
TOTAL GASTOS GENERALES					\$ 1.950.982						\$ 1.950.982

5. DETALLE SERVICIOS TÉCNICOS											
Descripción del servicio técnico	Cantidad	Valor unitario	Justificación	ENTIDADES							
				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN		Entidad 2		Entidad n		TOTAL	
				Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
TOTAL SERVICIOS TÉCNICOS											
6. DETALLE MATERIAL BIBLIOGRÁFICO											
Descripción del material	Cantidad	Valor unitario	Justificación	ENTIDADES							
				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN		Entidad 2		Entidad n		TOTAL	
				Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie	Recursos frescos	Recursos en especie
TOTAL MATERIAL BIBLIOGRÁFICO											

8.3 Anexo C: CRONOGRAMA PARA EL DESARROLLO Y DESPLIEGUE DEL PAMEC

INSTITUCIÓN: IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S.

FECHA DE ELABORACIÓN: Septiembre de 2012

RESPONSABLE (LÍDER): Director de Calidad

CICLO N°:

EQUIPO PAMEC: Líderes de procesos y Director de calidad

Tabla 10. Cronograma para el Desarrollo y despliegue del PAMEC.

ETAPAS (QUE)	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE	PARA QUE	PRODUCTO	SEGUIMIENTO
Capacitar al personal	Líder de calidad	Desarrollando charla educativa sobre conceptualización teórica, profundizando sobre los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> • Ruta crítica PAMEC • Metodología para el desarrollo de autoevaluación • Instrumento de consolidación del diagnóstico 	Septiembre de 2012	Instalaciones IPS	Para equilibrar el nivel de conocimiento de los participantes y homologar conceptos, así como el enfoque metodológico por emplear.	Lista de asistencia	<u>Actividad desarrollada</u>

ETAPAS (QUE)	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE	PARA QUE	PRODUCTO	SEGUIMIENTO
Autoevaluación	Líderes de proceso y Director de Calidad	<p>Identificando los problemas de calidad que presenta FAMISALUD PREMIUM S.A.S., Desarrollando las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir el enfoque • Definir líder y secretario de autoevaluación. • Identificar oportunidades de mejoramiento a través de la Revisión y análisis de los eventos adversos presentados en el último año. • Elaborar informe de autoevaluación 	Septiembre de 2012	Instalaciones IPS	Para establecer cuáles son los principales problemas de calidad que la IPS FAMISALUD PREMIUM S.A.S. presenta, así como los procesos involucrados en su generación.	Acta de reunión de autoevaluación Informe Consolidado de oportunidades de mejoramiento de la institución	<u>Actividad desarrollada</u>
Selección de procesos a mejorar.	Líderes de proceso y Director de Calidad	Estableciendo a que proceso pertenece cada oportunidad de mejoramiento, donde un proceso puede presentar varias oportunidades de mejoramiento	Septiembre de 2012	Instalaciones IPS	Para garantizar que se intervendrán las causas raíz de los problemas, evitando quedarse en la solución de síntomas.	Consolidado de fallas de calidad por proceso	<u>Actividad desarrollada</u>

ETAPAS (QUE)	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE	PARA QUE	PRODUCTO	SEGUIMIENTO
Priorización de procesos	Líderes de proceso y Director de Calidad	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.	Septiembre de 2012	Instalaciones IPS	Para seleccionar adecuadamente aquellos procesos que impactan con más fuerza al usuario.	Lista de asistencia Acta de reunión Matriz de priorización Lista de procesos objeto del programa de auditoría	<u>Actividad desarrollada</u>
Definición de la calidad esperada (DFE)	Líderes de proceso y Director de Calidad	A través del desarrollo de las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar caracterización de procesos. • Elaborar procedimientos, guías y protocolos de atención. • Definir los indicadores de los procesos objeto de mejoramiento. 	Octubre de 2012	Instalaciones IPS	Para establecer los estándares a través de los cuales se definirá el desempeño de los procesos críticos organizacionales prioritarios, para garantizar al usuario la prestación de los servicios con las condiciones óptimas de calidad.	Caracterización de procesos Procedimientos Guías y protocolos de atención Fichas técnicas de indicadores	<u>Actividad desarrollada</u>

ETAPAS (QUE)	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE	PARA QUE	PRODUCTO	SEGUIMIENTO
Medición inicial del desempeño de los procesos	Equipo de auditoría conformado	<p>A través de la ejecución de las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planear el procedimiento de auditoría • Definir el programa de auditoría • Ejecutar el procedimiento de auditoría • Seguimiento y evaluación de la ejecución del plan de auditoría • Elaboración del informe de auditoría de los procesos 	Octubre de 2012	Instalaciones IPS	Para disponer de hechos y datos objetivos, para la toma de decisiones por parte de los directivos de FAMISALUD PREMIUM S.A.S., y el personal que presta los servicios de salud.	<p>Procedimiento de auditoría</p> <p>Papeles de trabajo de auditoría</p> <p>Programa de auditoría</p> <p>Acta de apertura de auditoría</p> <p>Acta de cierre de auditoría</p> <p>Informe de auditoría</p>	<u>Actividad desarrollada</u>

ETAPAS (QUE)	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE	PARA QUE	PRODUCTO	SEGUIMIENTO
Formulación del plan de acción		A través de la elaboración de un plan detallado, con acciones concretas y alternativas y alternativas de soluciones, a los problemas de calidad detectados, siendo estas factibles y medibles para la evaluación de resultados	Octubre de 2012	Instalaciones IPS	Para establecer las acciones de mejora en la que se deben describir las actividades que se han definido como parte de plan de acción, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas.	Acta de reunión Lista de asistencia Plan de acción	<u>Actividad desarrollada</u>
Ejecución del plan de acción	Líderes de proceso y equipo de trabajo	A través de la capacitación y entrenamiento de los implicados, tanto en el método por aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados, como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos. Desarrollando cada una de las acciones planteadas en el plan de acción.	Noviembre de 2012	Instalaciones IPS	Para llevar las actividades definidas, de acuerdo con el plan de acción	Acta de capacitación Lista de asistencia	<u>Actividad desarrollada</u>

ETAPAS (QUE)	QUIEN	COMO	CUANDO	DONDE	PARA QUE	PRODUCTO	SEGUIMIENTO
Evaluación del mejoramiento	Líderes de proceso y Director de Calidad	A través de la medición de los indicadores definidos para cada meta, de forma sistemática y con una periodicidad definida. Realizando la comunicación y seguimiento de las actividades entre cada responsable y su equipo de trabajo.	Noviembre de 2012	Instalaciones IPS	<p>Para saber oportunamente si se está logrando o no la meta deseada.</p> <p>Para identificar y solucionar oportunamente problemas que puedan impedir el logro de la meta final</p>	<p>Informes de resultados de mediciones de indicadores</p> <p>Informe de tres generaciones</p>	<u>Actividad desarrollada</u>
Aprendizaje organizacional	Líderes de proceso, equipo de trabajo y Director de Calidad	<p>A través del desarrollo de las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adoptar estándares. • Definir directrices para determinar punto de partida para nuevo ciclo de mejoramiento. • Definir estrategias para mantener mejoras logradas en los procesos estandarizados. 	Permanente	Instalaciones IPS	Para mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo.	<p>Acta de capacitación y entrenamiento</p> <p>Lista de asistencia</p>	<u>Actividad desarrollada</u>

8.4 Anexo D: Fichas técnicas de indicadores

Tabla 11. Ficha técnica Indicador Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general.

 Famisalud IPS	FICHA TÉCNICA INDICADOR		Código:
			Versión:
			Fecha de Actualización:
			Elaborado por:
NOMBRE DEL INDICADOR	Oportunidad de la asignación de citas en la consulta médica general		
PROCESO	Gestión de consulta externa de medicina general		
ATRIBUTO DE CALIDAD	Oportunidad		
NUMERADOR	Sumatoria total de los días calendarios transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita.		
DENOMINADOR	Número total de consultas médicas generales asignadas en la institución		
FUENTE DE LOS DATOS	Numerador: Aplicativo de asignación de citas		
	Denominador: Aplicativo de asignación de citas		
UNIDAD DE MEDICIÓN	Promedio		
FACTOR	1		
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN DEL INDICADOR	Mensual		
RESPONSABLES	De la generación de los datos primarios: Auxiliar de citas		
	Del cálculo y análisis del indicador: Coordinador de Calidad		
	De la toma de decisiones: Administración y Gerencia		
METAS DEL INDICADOR	OPTIMO	≤ 3 días	
	ACEPTABLE	4 días	
	INACEPTABLE	>4 días	
CATEGORÍA DE DISCRIMINACIÓN	No aplica		

Tabla 12. Ficha técnica Indicador Proporción de vigilancia de eventos adversos.

 Famisalud IPS	FICHA TÉCNICA INDICADOR		Código:
			Versión:
			Fecha de Actualización:
			Elaborado por:
NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de vigilancia de eventos adversos		
PROCESO	Gestión del riesgo		
ATRIBUTO DE CALIDAD	Seguridad		
NUMERADOR	Número total de eventos adversos detectados y gestionados		
DENOMINADOR	Número total de eventos adversos detectados		
FUENTE DE LOS DATOS	Numerador:	Formatos de detección y gestión a eventos adversos	
	Denominador:	Formatos de detección y gestión a eventos adversos	
UNIDAD DE MEDICIÓN	Proporción		
FACTOR	100		
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN DEL INDICADOR	Mensual		
RESPONSABLES	De la generación de los datos primarios: Todos los empleados de la IPS		
	Del cálculo y análisis del indicador: Coordinador de Calidad		
	De la toma de decisiones: Administración y Gerencia		
METAS DEL INDICADOR	OPTIMO	≥ 90% de los eventos adversos detectados	
	ACEPTABLE	Entre el 85% y 89% de los eventos adversos detectados	
	INACEPTABLE	< 85% de los eventos adversos detectados	
CATEGORÍA DE DISCRIMINACIÓN	Por evento, por edad y sexo		

Tabla 13. Ficha técnica Indicador Tasa de Satisfacción global.

 Famisalud IPS	FICHA TÉCNICA INDICADOR		Código:
			Versión:
			Fecha de Actualización:
			Elaborado por:
NOMBRE DEL INDICADOR	Tasa de Satisfacción global		
PROCESO	Gestión del SIAU		
ATRIBUTO DE CALIDAD	Aceptabilidad- Satisfacción		
NUMERADOR	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS		
DENOMINADOR	Número total de pacientes encuestados por la IPS		
FUENTE DE LOS DATOS	Numerador: Formatos de Encuestas de satisfacción al usuario		
	Denominador: Formatos de Encuestas de satisfacción al usuario		
UNIDAD DE MEDICIÓN	Tasa		
FACTOR	100		
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN DEL INDICADOR	Mensual		
RESPONSABLES	De la generación de los datos primarios: Coordinador del SIAU		
	Del cálculo y análisis del indicador: Coordinador del SIAU y Coordinador de Calidad		
	De la toma de decisiones: Administración, y Gerencia		
METAS DEL INDICADOR	OPTIMO	≥ 90% de los usuarios encuestados	
	ACEPTABLE	Entre el 80 y el 89% de los usuarios encuestados	
	INACEPTABLE	< 80% de los usuarios encuestados	
CATEGORÍA DE DISCRIMINACIÓN	Por servicios		

Tabla 14. Ficha técnica Indicador Oportunidad en la atención en consulta de Odontología.

 Famisalud IPS	FICHA TÉCNICA INDICADOR		Código:
			Versión:
			Fecha de Actualización:
			Elaborado por:
NOMBRE DEL INDICADOR	Oportunidad en la atención en consulta de Odontología		
PROCESO	Gestión de consulta externa de odontología		
ATRIBUTO DE CALIDAD	Accesibilidad / Oportunidad		
NUMERADOR	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita		
DENOMINADOR	Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la Institución		
FUENTE DE LOS DATOS	Numerador: Planilla para la asignación de citas		
	Denominador: Planilla para la asignación de citas		
UNIDAD DE MEDICIÓN	Promedio		
FACTOR	1		
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN DEL INDICADOR	Mensual		
RESPONSABLES	De la generación de los datos primarios: Auxiliar de admisiones		
	Del cálculo y análisis del indicador: Coordinador de Calidad		
	De la toma de decisiones: Administración, y Gerencia		
METAS DEL INDICADOR	OPTIMO	≤ 3 días	
	ACEPTABLE	4 días	
	INACEPTABLE	>4 días	

Tabla 15. Ficha técnica Indicador Letalidad por complicación de la diabetes mellitus.

 Famisalud IPS	FICHA TÉCNICA INDICADOR		Código:
			Versión:
			Fecha de Actualización:
			Elaborado por:
NOMBRE DEL INDICADOR	Tasa de letalidad por complicación de la diabetes mellitus		
PROCESO	Gestión de P y P		
ATRIBUTO DE CALIDAD	Gerencia del Riesgo / Seguridad		
NUMERADOR	Número de pacientes cuya causa de muerte fue una complicación de la diabetes mellitus, la cual fue diagnosticada máximo 5 años antes del fallecimiento.		
DENOMINADOR	Número de pacientes con edad igual o mayor a 45 años que presentaron diabetes mellitus en los últimos 5 años.		
FUENTE DE LOS DATOS	Numerador:	Enfermera de P y P	
	Denominador:	Enfermera de P y P	
UNIDAD DE MEDICIÓN	Tasa		
FACTOR	100		
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN DEL INDICADOR	Mensual		
RESPONSABLES	De la generación de los datos primarios: Auxiliar de admisiones		
	Del cálculo y análisis del indicador: Coordinador de Calidad		
	De la toma de decisiones: Administración, y Gerencia		
METAS DEL INDICADOR	OPTIMO	≤ al 5% de los pacientes atendidos en P y P por diabetes mellitus	
	ACEPTABLE	Entre el 6% y el 8% de de los pacientes atendidos en P y P por diabetes mellitus	
	INACEPTABLE	> del 8%	
CATEGORÍA DE DISCRIMINACIÓN	Por evento, por edad y sexo		

Tabla 16. Ficha técnica Indicador Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada.

 Famisalud IPS	FICHA TÉCNICA INDICADOR		Código:
			Versión:
			Fecha de Actualización:
			Elaborado por:
NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de pacientes con Hipertensión Arterial Controlada		
PROCESO	Gestión de P y P		
ATRIBUTO DE CALIDAD	Gerencia del Riesgo / Seguridad		
NUMERADOR	Número total de pacientes que seis meses después de diagnosticada su hipertensión arterial presentan niveles de tensión arterial esperados de acuerdo con las metas recomendadas por la Guía de Práctica Clínica basada en Evidencia		
DENOMINADOR	Número total de pacientes hipertensos diagnosticados		
FUENTE DE LOS DATOS	Numerador: Enfermera de P y P		
	Denominador: Enfermera de P y P		
UNIDAD DE MEDICIÓN	Proporción		
FACTOR	100		
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN DEL INDICADOR	Mensual		
RESPONSABLES	De la generación de los datos primarios: Auxiliar de admisiones		
	Del cálculo y análisis del indicador: Coordinador de Calidad		
	De la toma de decisiones: Administración, y Gerencia		
METAS DEL INDICADOR	OPTIMO	≥ 85% de los pacientes hipertensos diagnósticos	
	ACEPTABLE	Entre el 70% y 84%	
	INACEPTABLE	< 70%	
CATEGORÍA DE DISCRIMINACIÓN	Por edad y sexo		

Tabla 178. Ficha técnica Indicador Proporción de criterios evaluados que se adhieren a las guías y protocolos.

 Famisalud IPS	FICHA TÉCNICA INDICADOR		Código:
			Versión:
			Fecha de Actualización:
			Elaborado por:
NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de criterios evaluados que se adhieren a las guías y protocolos		
PROCESO	Gestión de proceso de capacitación		
ATRIBUTO DE CALIDAD	Gerencia del Riesgo / Seguridad		
NUMERADOR	Número total de criterios evaluados que se adhieren a las guías y protocolos		
DENOMINADOR	Número total de criterios evaluados que aplican		
FUENTE DE LOS DATOS	Numerador: Instrumento para evaluación de adherencia a guías-protocolos		
	Denominador: Instrumento para evaluación de adherencia a guías-protocolos		
UNIDAD DE MEDICIÓN	Proporción		
FACTOR	100		
PERIODICIDAD DE MEDICIÓN DEL INDICADOR	Mensual		
RESPONSABLES	De la generación de los datos primarios: Medico de los diferentes servicios		
	Del cálculo y análisis del indicador: auditor en salud		
	De la toma de decisiones: Administración, y Gerencia		
METAS DEL INDICADOR	OPTIMO	≥ 90%	
	ACEPTABLE	Entre el 80% y 89%	
	INACEPTABLE	< 80%	
CATEGORÍA DE DISCRIMINACIÓN	Por protocolo, por guía y por servicio		