

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE
AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
EN SALUD EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA DE LA IPS FOMESALUD DE
BUCARAMANGA**

**ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ
BETULIA PATRICIA GÓMEZ PRADA
SHIRLEY MILENA PUELLO AROCA**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA - CES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA EN SALUD
BUCARAMANGA
2012**

**NIVEL DE CUMPLIMIENTO EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE
AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN
EN SALUD EN EL SERVICIO DE FISIOTERAPIA DE LA IPS FOMESALUD DE
BUCARAMANGA**

**ANA GINEYDA ANGARITA MARTÍNEZ
BETULIA PATRICIA GÓMEZ PRADA
SHIRLEY MILENA PUELLO AROCA**

**PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN AUDITORIA EN SALUD**

**Tutores
Vicenzo Vicente Agredo Silva
Fisioterapeuta. Especialista en Docencia Universitaria
Magister en Salud Ocupacional
Magister en Administración**

**Amparo Rueda
Médico. Especialista en Auditoria en Salud
Especialista en Gerencia de la Producción y Mejoramiento Continuo
Magister en Administración en Salud**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA - CES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA
2012**

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
1. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
1.2 JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA.....	10
1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACION	10
2. MARCO TEORICO	12
2.1 DEFINICION DE CALIDAD.....	12
2.2 ANTECEDENTES DEL SGSS EN COLOMBIA	12
2.3 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD.....	13
2.4 AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD	15
2.5 IMPLEMENTACION DEL PAMEC	17
2.6 PUNTOS RELEVANTES DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (MCC).....	19
2.6.1 La filosofía.....	19
2.6.2 Principios organizacionales.....	21
2.6.3 Liderazgo	21
2.6.4 Sistemas y procesos.....	21
2.6.5 Enfoque del problema.....	21
2.6.6 Participación de las personas y los equipos	21
2.6.7 La investigación de las causas de los problemas	21
2.6.8. Medición.....	22
2.6.9. Entrenamiento continuo	22
2.6.10. Gerenciar el cambio.....	22
2.6.11. Enfatización del trabajo de investigación de necesidades y expectativas de los clientes	22
2.7. FISIOTERAPIA COMO PROFESIÓN	22
2.8. UBICACIÓN Y ANTECEDENTES DE LA IPS FOMESALUD	23
3. OBJETIVOS.....	25
3.1 OBJETIVO GENERAL	25
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	25
4. METODOLOGIA	26
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	26
4.2 FUENTES DE INFORMACIÓN	26
4.2.1 Primarias.....	26
4.2.2 Secundarias	26
4.2.3 Instrumento de recolección de la información.....	26
4.3 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN	26
4.3.1 Planeación de la auditoria.....	26
4.3.2 Elaboración del cronograma de actividades	28
4.3.3 Elaboración de papeles de trabajo.....	29

4.3.4 Definición del indicador para evaluar el cumplimiento de criterios en la aplicación de la guías básicas definidas por el ministerio de la protección social.....	29
4.4 EJECUCION DE LA AUDITORIA EN LA IPS	30
4.4.1 Verificación	30
5. RESULTADOS.....	31
5.1 APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION.....	31
5.2 ENTREVISTA APLICADA.....	38
5.2.1 Primer paso.....	38
5.2.2 Segundo paso.....	41
5.2.3 Tercer paso.....	42
5.2.4 Cuarto paso	44
5.2.5 Quinto paso.....	45
5.2.7 Séptimo paso	48
5.2.8 Octavo paso.....	48
5.2.9 Noveno paso.....	49
5.3 MEDICION DEL INDICADOR.....	50
5.4 DEFINICION DEL PROBLEMA	50
6. ANALISIS DE LAS CAUSAS DEL PROBLEMA DETECTADO.....	51
7. LISTADO DE CAUSAS DEL PROBLEMA POR CADA UNA DE LAS FASES DEL CICLO PHVA	52
8. CONCLUSIONES.....	54
BIBLIOGRAFIA.....	545
ANEXO. INFORME DE AUDITORIA.....	57

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Plan de auditoria	27
Tabla 2. Cronograma de actividades de la auditoria	28
Tabla 3. Ficha técnica del indicador.....	29
Tabla 4. Lista de verificación aplicada	31
Tabla 5. Resultados de la medición del indicador.....	50
Tabla 6. Causas del problema según las fases del ciclo PHVA.....	52

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfica 1. Ruta crítica para el desarrollo de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.	17
Gráfica 2. Ciclo de mejoramiento continuo de la calidad	20
Gráfica 3. Diagrama Causa – Efecto del problema detectado	51

GLOSARIO

ACREDITACION: Proceso para garantizar la calidad de una institución o de un programa educativo.

COHERENCIA: alineación que existe entre la base normativa, conceptual e instrumental del modelo (del proyecto); así como la lógica secuencial entre los distintos niveles que conforman su andamiaje: identificación del problema, definición de objetivos, productos o servicios a generar, actividades consideradas para su ejecución e instrumentos de evaluación y seguimiento

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

EAPB: Entidades Administradoras de planes de beneficio.

ESTÁNDAR: es un nivel o referencia de calidad predeterminada por alguna agencia, organismo acreditador o institución.

PAMEC: Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad.

PERTINENCIA: adecuación o el sentido de algo en determinado contexto, se trata de contrastar el problema que da origen al proyecto con sus objetivos

PHVA: Proceso de Planear, Hacer, verificar y Actuar.

RELEVANCIA: Aspecto que orienta a descubrir los significados del proyecto, que emergen de la interacción con sus factores dinámicos.

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SOGC: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

RESUMEN

La Auditoría es una herramienta de gestión de la calidad de atención en salud y es un proceso obligatorio para las IPS pública y privadas en la búsqueda de la calidad esperada; por lo tanto, es indispensable su implementación como parte de un proceso de aprendizaje organizacional encaminado hacia la acreditación. El modelo a utilizar fue definido por el Ministerio de la Protección Social en el Decreto 1011 de 2006 por medio del cual se creó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, con un enfoque de mejoramiento continuo y atención centrada en el Usuario.

Con el propósito de diagnosticar los avances en la implementación del mismo, se decidió realizar una auditoría externa al PAMEC de una institución privada y se seleccionó la IPS FOMESALUD, mediante un estudio descriptivo y evaluativo de corte transversal soportado en la normatividad, para lo cual se diseñó un plan de auditoría que incluyó una lista de verificación y se aplicaron una serie de entrevistas que permitieron determinar el cumplimiento de cada uno de los pasos de la ruta crítica.

Se pudo detectar que la institución requiere reforzar sus acciones, ya que a pesar de haber realizado la autoevaluación y detección de las oportunidades de mejora, la priorización de las mismas no generó la información suficiente respecto a las fallas de calidad, que permitiera centrar sus esfuerzos en proponer planes de mejora de los procesos que impactan con más fuerza al usuario y determinar las herramientas de medición y seguimiento adecuados, estructurando indicadores para monitorear dichas acciones.

Por consiguiente la IPS debe involucrar al equipo de trabajo tanto asistencial como administrativo para generar y mantener una cultura de autocontrol frente al compromiso de implementar estos planes y así generar un aprendizaje organizacional que logre estandarizar los procesos y mejorar la calidad de la atención.

PALABRAS CLAVE: PAMEC, Auditoría Externa, Ciclo PHVA, Servicios de Fisioterapia, Calidad.

ABSTRACT

The audit is a tool for quality management in health care and is a mandatory process for all IPS in the pursuit of expected quality, therefore, it is essential to its implementation as part of an organizational learning process aimed towards accreditation. The model used was defined by the Ministry of Social Protection in Decree 1011 of 2006 by which you think the mandatory quality assurance, with a focus on continuous improvement and User Centered Care.

In order to diagnose the progress in its implementation, it was decided to conduct an external audit of a private PAMEC and selected the IPS FOMESALUD, through a descriptive and evaluative cross sectional study supported in regulations, which was designed for an audit plan that included a verification list and applied a series of interviews that allowed to determine the compliance of each of the steps in the critical path.

It was detected that the institution needs to reinforce their actions, despite having made the self-report study and detection of opportunities to improve, prioritization of them did not generate sufficient information regarding failures in quality that would leading to strategies to improve the process that impact more strongly to the user and find the measurement tools and follow-ups, coming up with indicators to monitor such actions.

Thus in the IPS should involve both administrative and assistance staff to build and maintain a habit of self-report in implementing these plans to generate organizational self-learning actions that achieves standardized processes and improve the quality of care.

KEYWORDS: PAMEC, external audit, cycle PDCA, Physiotherapy services, Quality.

1. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Decreto 1011 de 2006 define Auditoria para el Mejoramiento como “*el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud*” que reciben los usuarios (1); y en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006 establece que el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, PAMEC “*es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.*”, el propósito de dicha Auditoria es convertirse en un instrumento de evaluación y monitorización permanente para lograr la calidad dentro de los principios de mejoramiento continuo, comparando la calidad observada con la calidad esperada detectando las desviaciones que se presentan para emitir conclusión. (2)

La IPS FOMESALUD reconoce el PAMEC como herramienta clave de éxito para alcanzar la acreditación y de esta manera consolidarse en el sector como una institución con altos estándares de calidad. Sin embargo en la búsqueda de este ideal ha debido enfrentar múltiples cambios en sus procesos, por lo cual después del segundo semestre del 2009 debió adoptar un nuevo plan general de mercadeo en donde el centro de rehabilitación se convertiría en el eje principal de los planes de mejoramiento.

Luego de dos años de cambios en la estructura y puesta en marcha de los procesos, la organización ha desarrollado e implementado el PAMEC, pero sin la posibilidad de realizar un procedimiento de auditoría externa que le permita verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, necesarios y suficientes para cumplir con el propósito de la implementación de la ruta crítica del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad.

1.2 JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA

La Auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud, es un proceso obligatorio para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que le permite mejorar y avanzar en el logro de la calidad esperada, tales procesos requieren de una revisión y seguimiento constante que permitan cumplir el objetivo establecido y por lo cual fue diseñado. (1).

Además de los procesos de Auditoría interna y autocontrol, la institución debe reconocer la auditoría externa como parte de un proceso de aprendizaje organizacional que tiene consecuencias directas sobre la estructura que se requiere para respaldarlo. (3).

La auditoría externa se realiza en la institución con el propósito de retroalimentarse y coordinar sus procesos para el crecimiento y fortalecimiento de la calidad, recordando siempre que el único fin del éxito de estos programas, es asegurar la mejor atención en salud para superar las expectativas, generando un aumento de la eficacia y efectividad recibida por los usuarios de la mano con una mayor percepción de satisfacción del servicio recibido.

Los equipos de auditoría, deben ser integrados por miembros de la entidad que audita y la auditada lo cual potencia el proceso al hacer uso del conocimiento y relaciones que poseen los miembros internos respecto de su propia entidad y permite un proceso de aprendizaje a partir de los instrumentos, criterios y métodos utilizados por parte de la entidad que audita.

Partiendo de la anterior premisa surge de mutuo acuerdo y necesidad la realización del presente proyecto en el cual la IPS FOMESALUD se beneficia del conocimiento y habilidades de los estudiantes de la especialización en Auditoría en Salud de la UNAB – Convenio CES para lograr un diagnóstico del estado actual de la implementación del PAMEC, y de manera recíproca los estudiantes del programa de Auditoría podemos poner en práctica las herramientas y métodos aprendidos y ejercitar las destrezas desarrolladas en el transcurso del postgrado.

Adicionalmente, la realización de este trabajo permite aportar un elemento de referencia en procesos de auditoría en servicios de rehabilitación y fisioterapia para otras instituciones con características u objeto social similar que conlleve al mejoramiento de dichos servicios, lo cual finalmente redundará en la calidad en la atención recibida por los usuarios y en el fortalecimiento de la profesión.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACION

Cuál es el nivel de cumplimiento de los criterios del modelo utilizado en la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, como herramienta para evaluar la calidad de la atención en el servicio de fisioterapia de la IPS FOMESALUD?

2. MARCO TEORICO

2.1 DEFINICION DE CALIDAD

La palabra calidad tiene múltiples significados. La Real Academia Española, define calidad como una “cualidad”, una “manera de ser”, “alguien que goza de estimación general” o “lo mejor dentro de su especie”. En medicina y educación, como en otras áreas del conocimiento, el término se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento.

AvedisDonabedian propuso en 1980 una definición de calidad: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes". (4)

En 1989, la *International Organization for Standardization (ISO)* definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado". Esta definición, transmite dos conceptos fundamentales: El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste (5).

En Colombia los principios de la calidad en salud inician con la ley 9 de 1979 con la cual se dictan las medidas sanitarias (6), en 1981 se habló de código de ética de la atención médica, posteriormente con la ley 10 de 1990 (7), también se tocó el tema de calidad; la ley 100 de 1993 (8) le da categoría de principio a la calidad y lo describe como uno de sus fundamentos.

2.2 ANTECEDENTES DEL SGSS EN COLOMBIA

El sistema de salud existente en Colombia hasta 1993, se caracterizó por su manejo centralizado, no solamente en lo relacionado en las funciones de planeación, rectoría y manejo, sino también en todo lo concerniente con las funciones administrativas y operativas.

El proceso de descentralización del sector público se inició en Colombia, con el decreto 77 de 1987 (9) y la ley 10 de 1990; y posteriormente con la ley 60 (10) de 1993. Finalmente se articuló con la reforma del SGSSS de Diciembre de 1993, con la aprobación de la ley 100.

En 1991, con la aprobación de la nueva constitución política se estableció la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio prestado bajo la dirección, coordinación y control del estado. En esta se determina la salud como un derecho fundamental y en su artículo 49 establece que se garantizará a todas

las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, y le corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, también, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control (11).

En la Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.

2.3 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue organizado por el decreto 2174 de 1996 para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (12), la cual se definió como la provisión de servicio 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 los usuarios; este sistema 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.

En dicho decreto se plantearon cuatro componentes del SOGC: La acreditación de prestadores de servicios de salud, como un procedimiento sistemático voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los establecidos en el Sistema único de habilitación, las Pautas de un Plan nacional de mejoramiento de la calidad, El Sistema de información del Sistema general de Seguridad Social en Salud y la Auditoría médica. Por último, el decreto planteaba la expedición de unas normas para la evaluación de la tecnología biomédica (13).

Posteriormente, se establece el decreto 2309 de 2002, producto de la etapa de reglamentación del proyecto de garantía de la calidad, dicho decreto deroga completamente a su antecesor, aunque retoma algunos conceptos planteados por este último.

Actualmente, el SOGC se encuentra reglamentado por el decreto 1011 de 2006, en el cual se establece las *características del SOGCS*. Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia

de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

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

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

Este decreto en el artículo 4° define los Componentes dentro del SOGCS, así:

1. El Sistema Único de Habilitación: Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios, la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas y la adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con

respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

3. 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, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

4. El Sistema de Información para la Calidad: El Ministerio de la Protección Social diseñó e implementó el Sistema de Información para la Calidad con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.4 AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD.

Es importante que las instituciones tengan claro que la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad es toda una estrategia del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención y no debe confundirse con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) que es la forma a través de la cual se operativiza el modelo en una institución determinada (1).

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

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

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

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

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

3. *Auditoría Externa.* Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa (1).

Para que el modelo de auditoría opere en los niveles esperados y con el enfoque deseado, se deben promover en la organización las acciones que permitan establecer los mecanismos necesarios que fortalezcan la cultura del mejoramiento continuo y de autocontrol.

La norma reglamentaria del SOGC reconoce tres tipos de acciones de auditoría; las acciones son entendidas como los mecanismos, procedimientos y/o actividades que deberán ser establecidas en las organizaciones que promuevan el logro del mejoramiento de los procesos establecidos como prioritarios y la búsqueda de la no ocurrencia de las fallas en forma posterior a su detección e intervención.

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

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

3. *Acciones Coyunturales.* Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia (1).

Las entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. *Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud.* La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad a que hace referencia el artículo 3° del decreto 1011 de 2006.

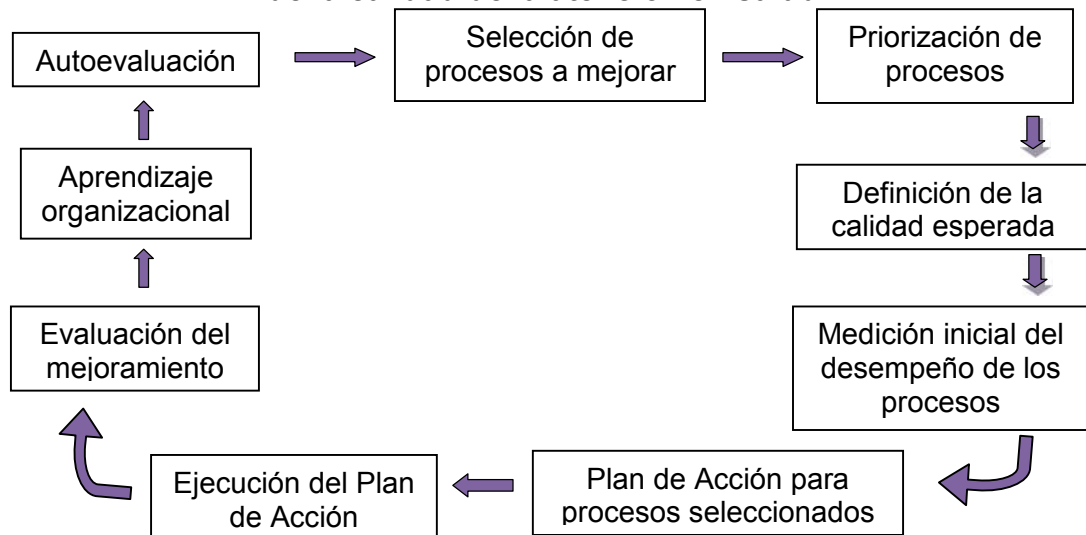
2. *Atención al Usuario.* La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe ejercerse tomando como primera consideración la salud y la integridad del usuario y en ningún momento, el auditor puede poner en riesgo con su decisión la vida o integridad del paciente (14).

2.5 IMPLEMENTACION DEL PAMEC

El establecimiento del programa de Auditoría requiere un esfuerzo de toda la organización, dado el concepto amplio del modelo de la auditoria como función organizacional y de instrumento que contribuye al mejoramiento continuo de la calidad.

Gráfica 1. Ruta crítica para el desarrollo de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.



Fuente: Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad- Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud- Ministerio de Protección Social - Abril de 2004

Para establecer y desarrollar el modelo propuesto de Auditoria para el mejoramiento continuo de la atención en salud el ministerio de la Protección Social estableció una guía de la ruta crítica para ser utilizada en las Instituciones Prestadoras de Salud, la cual consta de los siguientes pasos:

1. *AUTOEVALUACION*: implica un diagnóstico básico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan a la organización, o de los aspectos que, en función del concepto de monitoreo de la calidad, tiene determinante importancia para la institución. En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad el proceso de autoevaluación se puede hacer frente a estándares del Sistema Único de Acreditación, Sistema de Información de Calidad, Eventos Adversos y Política de Seguridad del Paciente.

2. *SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR*: Es el resultado del proceso de auto-evaluación, en el cual se genera un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la organización y que pueden a corto, mediano o largo plazo ser objeto de las auditorías operativas. La identificación de los procesos a mejorar es una función del nivel gerencial de la organización en conjunto con los responsables de implementar el nivel de autocontrol.

3. *PRIORIZACION DE PROCESOS*: La razón para establecer prioridades está determinada por el hecho de que, los recursos siempre son limitados y que el mejoramiento continuo requiere de un proceso de aprendizaje individual y colectivo. La priorización busca concentrar esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes, tenga como consecuencia un mayor beneficio. Para efectos de llevar a cabo el proceso de priorización, pueden utilizarse herramientas de diferente naturaleza, algunas de las cuales son, la matriz de priorización, las de Jerarquización, Paretos, etc.

4. *DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA*: Para cada uno de los procesos priorizados en el paso anterior, determinar el estándar o meta a alcanzar, esto es la calidad esperada. Definir el nivel de calidad esperado significa establecer la forma como se espera que se realicen los procesos (establecido en las normas, guías o estándares de la organización) y los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer seguimiento a los resultados (indicadores utilizados por la organización).

Los indicadores son ante todo información, utilizada para monitorear y ajustar las acciones que un determinado sistema, subsistema o proceso, emprende para alcanzar el cumplimiento de los resultados esperados. Cada indicador debe contar con una estructura mínima propuesta por el Ministerio para elaborar la Ficha Técnica de los Indicadores para el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Colombiano.

5. *MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS*: En este paso se pretende determinar el nivel de calidad actual. Para realizar esta medición deberán utilizarse los mismos instrumentos diseñados para establecer la calidad esperada desarrollando los procedimientos de auditoría operativa más adecuados para este fin. La realización adecuada de cualquier procedimiento de auditoría exige obtener y revisar la información necesaria, formarse un juicio profesional y emitir un concepto objetivo sobre lo auditado.

6. FORMULACION DEL PLAN DE ACCION Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO PARA PROCESOS SELECCIONADOS: Con los insumos generados en las fases anteriores, los responsables de los procesos y los equipos de auditoría interna contarán con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan disminuir las brechas detectadas.

Los aspectos a tener en cuenta para la formulación del plan de mejora son:

- * Identificar el problema y definirlo concretamente, teniendo en cuenta el grado de importancia global del mismo.
- * Analizar el problema para definir sus causas fundamentales.
- * Elaborar un plan de acción muy detallado, creando además unos indicadores para evaluar posteriormente los resultados.

7. EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO: Una vez elaborado el plan de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en él. Se requiere del apoyo de los niveles directivos de la organización para que en forma explícita y deliberada se generen espacios para hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de acción y de los resultados obtenidos en el mejoramiento a través de los indicadores definidos con este fin. El mejoramiento de la calidad va más allá del cumplimiento formal del ciclo PHVA, se cierra cuando la auditoría le hace seguimiento a la implementación de las mejoras, para verificar cual fue el impacto en la mejora de la calidad de vida de los usuarios y pueda medir qué tanto recuperó con la inversión en Calidad, y los procesos mejorados se incorporan en la nueva etapa de planeación de la calidad.

8. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL: El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, elabora estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada. En este punto, el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad, sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo.

Establece los mecanismos que piensa implementar la institución para generar un aprendizaje organizacional a partir de las mejoras alcanzadas en los procesos prioritarios (14).

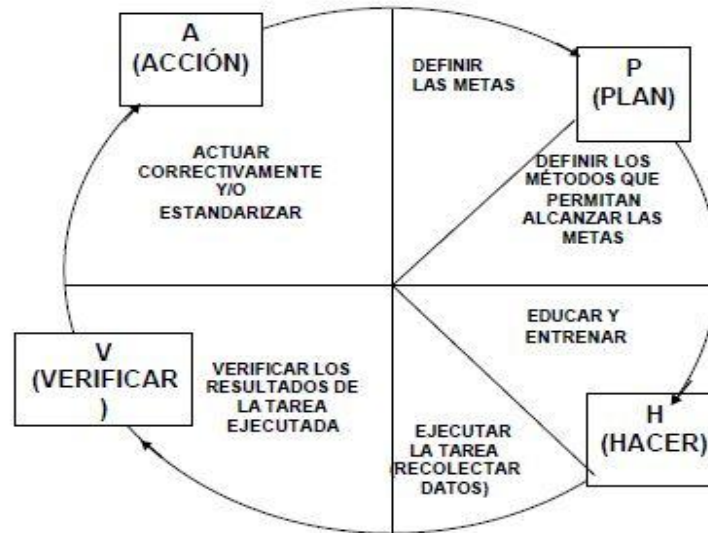
2.6 PUNTOS RELEVANTES DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD (MCC) (13)

Es la suma de una serie de aspectos que hay que saber combinar y tener en cuenta una vez se decida recorrer dicho camino.

2.6.1 La filosofía: patrocina un ambiente organizacional de confianza y compromiso para empeñarse constantemente en hacer las cosas mejor, la forma

más sencilla y directa es presentar el enfoque basado en un ciclo de mejoramiento, (ciclo de mejoramiento de Deming o ciclo PHVA).

Gráfica 2. Ciclo de mejoramiento continuo de la calidad



Fuente: Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – Ministerio de Protección Social - 2007

P: Planear: Esta fase está compuesta por dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (QUE). La segunda tiene que ver con la definición de los métodos (COMO) es decir la manera de alcanzar las metas.

H: Hacer. Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las formas establecidas para cumplir las metas, la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.

V: Verificar. Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de la evaluación del comportamiento de los indicadores que se han construido o de la aplicación de los métodos de evaluación de la calidad, incluidos aquellos que forman parte de la auditoría para el mejoramiento de la calidad, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.

A: Actuar. Etapa de conclusiones de todo el proceso, qué funciona y qué no. Un punto fundamental en esta fase es no creer que el mejoramiento termina aquí, ya que lo que se corrige de este ciclo de mejoramiento es solo el arranque de un nuevo ciclo, gracias a toda la enseñanza (de lo bueno y lo malo) que sale de este.

2.6.2 Principios organizacionales: ofrece la posibilidad de integrar la calidad en todos los aspectos de la planeación estratégica en una organización. El direccionamiento estratégico (DE) debe ser capaz de cubrir una serie amplia de problemas, debe contar con herramientas y métodos para prevenir, identificar y corregir problemas en diferentes servicios o programas, debe estar enfocado a mejorar los resultados de salud en los pacientes entendiendo las necesidades del consumidor e incluyendo los clientes internos de la organización.

2.6.3 Liderazgo: requiere un alto compromiso desde los ejecutivos en la planeación, participación y evaluación. La calidad debe conectar la visión con los objetivos estratégicos. Estos deben alinear el mejoramiento de la calidad con los imperativos estratégicos de la organización, asegurar que se obtengan los recursos necesarios y garantizar que los resultados obtenidos se mantengan y mejoren en el tiempo.

2.6.4 Sistemas y procesos: es necesario pensar en un modelo de calidad basado en la interdependencia de todas las personas que intervienen en la provisión del servicio, incluido el cliente, y no dejarlo todo al prestador; pensar en las organizaciones como sistema.

2.6.5 Enfoque del problema: el sistema gerencial se centra en identificar a las personas involucradas en un proceso que tuvo un mal desempeño, pero no para responsabilizarla, sino para indagar qué pudo haber influido desde el diseño del proceso para que la persona actuara mal.

2.6.6 Participación de las personas y los equipos: exige la participación de todos los que trabajan en la organización. El trabajo en equipo y la habilidad para funcionar en un grupo son fundamentales. Los trabajadores deben tener, independientemente de su formación académica, un entendimiento claro del concepto de calidad en servicios de salud, al igual que los estándares de calidad que su institución ofrece.

Trabajar en Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) necesita transformar la cultura, introducir nuevos métodos de trabajo, nuevas habilidades y funciones dentro del personal, tanto directivo como operativo.

2.6.7 La investigación de las causas de los problemas: el MCC hace énfasis, en el hecho que la mayoría de los problemas de calidad resultan de la forma como se diseñan los procesos y no necesariamente de cómo las personas se desempeñan. Se establece a partir de la definición de los problemas y la búsqueda de la causa, entendiendo que normalmente cualquier problema presenta un fenómeno de multicausalidad. El análisis de estos problemas tiene la obligación de estar soportado en datos que ayuden al mismo.

2.6.8. Medición: enfatiza en el monitoreo de indicadores y la medición estadística. Un sistema que no se mide no se mejora y no se puede gerenciar. La calidad no se asume, la calidad se demuestra, y esto se realiza con hechos y datos tangibles, bien estructurados y disciplinadamente recolectados.

2.6.9. Entrenamiento continuo: resulta indispensable el entrenamiento del recurso humano en temas como: planeación estratégica; calidad y procesos; técnicas efectivas de comunicación y capacitación; resolución de problemas; técnicas efectivas de reuniones, herramientas estadísticas de medición de expectativas de clientes y herramientas estadísticas de medición de calidad.

2.6.10. Gerenciar el cambio: el cambio es un proceso continuo, planeado y lógico, de adopción de estrategias y estructuras con el fin de alterar una serie de circunstancias, internas o externas a la organización o las personas, que conlleve necesariamente a un mejoramiento de la situación actual.

2.6.11. Enfatización del trabajo de investigación de necesidades y expectativas de los clientes: los requerimientos se establecen en colaboración con los clientes y los profesionales.

2.7. FISIOTERAPIA COMO PROFESIÓN

En 1958 la OMS definió la fisioterapia como "la ciencia del tratamiento a través de: medios físicos, ejercicio terapéutico, masoterapia y electroterapia. Además, la Fisioterapia incluye la ejecución de pruebas eléctricas y manuales para determinar el valor de la afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución".

Actualmente se evidencia una brecha en la que no se refleja el que hacer del profesional; sin embargo, el desarrollo y los aportes que a esta misma le confiere la ciencia procede del método científico que añade nuevos conocimientos a los ya existentes. Así pues, se inician los primeros acercamientos de la investigación entendida como una actividad indispensable para el desarrollo profesional, constituyéndose en elemento primordial en el avance epistemológico de la Fisioterapia para llegar a convertirse en disciplina (15). La cual es regida en nuestro país por la Ley 528 de 1999, que define la fisioterapia como una profesión liberal, del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujetos de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven, su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre, orientando sus acciones a la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social teniendo presente algunas normas éticas y de calidad, que destaca un desarrollo fundamentado en los principios científicos, prestación del servicio en un ámbito

integral, con atención personalizada y humanizada que constituye un deber ético permanente así como un servicios de la mayor calidad posible, teniendo en cuenta los recursos disponibles a su alcance y los condicionamientos de diverso orden existentes en el medio dentro del cual desarrolle su actividad.

La Fisioterapia en Colombia, es ejercida en los ámbitos de la Gerencia de servicios, dirección y gestión de programas académicos; formulación de políticas en salud; asesoría y participación para el establecimiento de estándares de calidad en la educación y atención en fisioterapia asegurar su cumplimiento y toda actividad profesional que tenga relación con el campo de competencia del fisioterapeuta (15).

2.8. UBICACIÓN Y ANTECEDENTES DE LA IPS FOMESALUD

FOMESALUD S.A., nació en marzo de 1.997 como Sociedad LTDA en la ciudad de Santafé de Bogotá, como respuesta a la necesidad de una nueva cultura de salud impuesta por la reforma de la seguridad social, a través de la Ley 100 de 1993 como parte del desarrollo de la Constitución Política de Colombia. Se transformó en Sociedad Anónima y se refundo en Bucaramanga, en marzo de 2002. Es una empresa que cuenta con sede propia, la cual se ha construido pensando en la comodidad de sus usuarios. El Centro Médico está ubicado en la calle 55A N° 28 – 45 y el Centro de Rehabilitación en la calle 55A N° 28 – 31 de Bucaramanga. Ha adquirido un software que integra toda la empresa en línea, donde se consolida lo administrativo con la parte clínica, permitiendo tener toda la información en tiempo real, incluyendo las historias clínicas.

Su misión está enfocada en prestar excelentes servicios de salud con respeto de la condición humana, idoneidad y responsabilidad; mediante la integración de un equipo de trabajo comprometido con el mejoramiento continuo, en procura de alcanzar bienestar de sus usuarios, mediante acciones que eviten la aparición de la enfermedad, instauración de tratamientos oportunos, incentivando estilos de vida saludable, para mejora individual y colectiva.

A futuro FOMESALUD S.A., se proyecta como una empresa con altos estándares de calidad en la prestación de servicios de salud y productos del sector; con aumento en la participación del mercado, mediante innovación de los procesos, soportados en una operación financiera sostenible, un modelo de gestión efectivo, tecnología de punta y personal altamente calificado; orientados a alcanzar altos niveles de bienestar en sus usuarios.

La estrategia de servicios es el manejo integral de las patologías, articulando el equipo asistencial, para brindarles la atención interdisciplinaria, tanto en los aspectos físicos como psicológicos, con una secuencia de atención lógica y oportuna, buscando recuperación de su funcionalidad en el menor tiempo posible, con el máximo de resultados.

El servicio se enfoca con una óptica de salud ocupacional, no solamente aplicada al medio laboral, sino también a las actividades de la vida diaria.

Los servicios se agrupan en paquetes o protocolos de atención, donde se articulan las diferentes disciplinas de rehabilitación, se adecuan para cada caso según diagnóstico y pronóstico de la patología a rehabilitar.

Los servicios que se ofrecen son los siguientes: servicios médicos, consulta de Psicología, consulta de nutrición, consulta de fonoaudiología, consulta de terapia ocupacional y servicios de rehabilitación integral con paquetes de protocolos de atención para enfermedades cerebro vasculares, traumas raquimedulares, traumas craneoencefálicos, enfermedades degenerativas y síndromes dolorosos crónicos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de cumplimiento en la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (ruta crítica documentada en las Guías del PAMEC), en el servicio de fisioterapia de la IPS FOMESALUD de Bucaramanga.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar el cumplimiento de los criterios en cada una de las fases de la Ruta Crítica del PAMEC
- Realizar un diagnóstico de los factores causales que pudieran generar el hallazgo de no conformidades en la implementación del PAMEC en la institución.
- Dar recomendaciones a la institución para el diseño del plan de mejoramiento derivado de la auditoría realizada.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Investigación descriptiva

4.2 FUENTES DE INFORMACIÓN

La identificación del cumplimiento de los criterios en la realización del PAMEC, se hizo a partir de la consulta de diversas fuentes

4.2.1 Primarias: Levantamiento de información por el equipo auditor a través de la aplicación de las técnicas de auditoría como la aplicación de la lista de verificación del cumplimiento de los criterios definidos en cada fase de la ruta crítica del PAMEC, la entrevista al líder de calidad.

4.2.2 Secundarias. La observación y verificación de los registros derivados de las acciones realizadas para la implementación del PAMEC.

La información escrita existente sobre el PAMEC en cada una de las fases de la ruta crítica.

Las guías del PAMEC

4.2.3 Instrumento de recolección de la información descrito en la Tabla 4. Lista de Verificación contiene como variables a medir: Autoevaluación, Selección de Procesos, Priorización de Procesos, Definición de la Calidad esperada, Medición Inicial del desempeño de los procesos prioritarios, Plan de Mejoramiento, Ejecución del Mejoramiento, Seguimiento a Resultados y Aprendizaje Organizacional, con cada uno de los criterios o condiciones que se deben cumplir de acuerdo con las Guías del PAMEC


4.3 PROCESO DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La auditoria externa se realizó siguiendo la secuencia del ciclo PHVA.

Primero se elaboró el Plan de Auditoria con la agenda detallada de las actividades que se iban a desarrollar, las técnicas a utilizar y el cronograma a seguir.

4.3.1 Planeación de la auditoria: Fue dado a conocer en la IPS FOMESALUD antes de la auditoría para que pudiera disponer de las personas que la iban a atender.

Tabla 1. Plan de auditoria

		PLAN DETALLADO DE AUDITORIA EXTERNA DE CALIDAD.
PROCESO A AUDITAR: Implementación del Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) de la IPS FOMESALUD del municipio de Bucaramanga.		
RESPONSABLE DEL PROCESO: Gerente, Subgerente y Profesional asesor de PAMEC.		
OBJETIVO	Evaluar la ejecución de las actividades planteadas en el PAMEC de acuerdo con lo planificado y presentado al ente territorial departamental, comparándolo con las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud contenidas en la ruta crítica establecida por el Ministerio de la Protección Social y documentada en las Guías Básicas para la implementación del PAMEC	
ALCANCE:	Verificación de la documentando cada una de las etapas de la ruta crítica de acuerdo con la metodología utilizada en la institución del PAMEC realizado en el año 2011.	
CRITERIOS:	Decreto 1011 del 2006, Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud, emitido por el ministerio de protección social 2007.	
AUDITOR LIDER: Patricia Gómez Prada	EQUIPO AUDITOR: Ana Gineyda Angarita Shirley Puello Aroca	
REUNION DE APERTURA: 31 de Marzo de 2012 9:00 - 9:30 a.m.	REUNION DE CIERRE: 31 de Marzo de 2012 12:00 – 1:00 p.m.	

4.3.2 Elaboración del cronograma de actividades: para controlar la ejecución de la auditoría

Tabla 2. Cronograma de actividades de la auditoría

HORA	ACTIVIDAD	AUDITORES	TECNICAS
9:00 a.m.	REUNIÓN DE APERTURA	Ana Gineyda Angarita Betulia patricia Gómez Shirley Puello Aroca	PRESENTACION COMUNICACIÓN VERBAL DEL PLAN DE AUDITORIA
9:30 a.m.	AUTOEVALUACION	Ana Gineyda Angarita Betulia patricia Gómez Shirley Puello Aroca	ENTREVISTA INSPECCION ANÁLISIS
9:30 a.m.	SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR	Ana Gineyda Angarita Betulia patricia Gómez Shirley Puello Aroca	ENTREVISTA INSPECCION ANÁLISIS
10:00 a.m.	PRIORIZACION DE PROCESOS	Ana Gineyda Angarita Betulia Patricia Gómez Shirley Puello Aroca	ENTREVISTA INSPECCION ANÁLISIS
10:20 a.m.	DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA	Ana Gineyda Angarita Betulia Patricia Gómez Shirley Puello Aroca	ENTREVISTA INSPECCION ANÁLISIS
10:45 a.m.	MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	Ana Gineyda Angarita Betulia Patricia Gómez Shirley Puello Aroca	ENTREVISTA INSPECCION ANÁLISIS
11:10 a.m.	PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS PROCESOS SELECCIONADOS	Ana Gineyda Angarita Betulia Patricia Gómez Shirley Puello Aroca	ENTREVISTA INSPECCION ANÁLISIS
11:10 a.m.	EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	Ana Gineyda Angarita Betulia Patricia Gómez Shirley Puello Aroca	ENTREVISTA INSPECCION ANÁLISIS
12:00 a.m.	SEGUIMIENTO	Ana Gineyda Angarita Betulia Patricia Gómez Shirley Puello Aroca	ENTREVISTA INSPECCION ANÁLISIS
12:00 a.m.	APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	Ana Gineyda Angarita Betulia Patricia Gómez Shirley Puello Aroca	ENTREVISTA INSPECCION ANÁLISIS
12:30 m.	REUNION DE CIERRE	Ana Gineyda Angarita Betulia Patricia Gómez Shirley Puello Aroca	PRESENTACION VERBAL DE RESULTADOS DE LA AUDITORIA

4.3.3 Elaboración de papeles de trabajo:

- **Lista de Verificación:** Antes de ejecutar la auditoría se preparó la lista de verificación con base en los estándares y criterios de cada una de las fases de la ruta crítica que sirvió de guía para recoger las evidencias en la IPS.
- **Entrevista:** Otra técnica empleada para recoger información fue la entrevista del Gerente y Líder del PAMEC, la cual fue previamente preparada y orientada a evaluar cómo fue el proceso que implementó la IPS para desarrollarlo.

4.3.4 Definición del indicador para evaluar el cumplimiento de criterios en la aplicación de la guías básicas definidas por el ministerio de la protección social: Se formuló el indicador para evaluar los resultados del avance del PAMEC: $\text{Proporción de criterios cumplidos} / \text{Total de criterios evaluados} * 100$

Se definió la escala de valoración de los resultados

- SOBRESALIENTE: 90% o más de criterios cumplidos
- BUENO: 80 a 89% de criterios cumplidos
- REGULAR: 70 a 79% de criterios cumplidos
- MALO: menos de 70% de criterios cumplidos.

Se elaboró la ficha técnica del indicador

Tabla 3. Ficha técnica del indicador

NOMBRE DEL INDICADOR	Proporción de criterios cumplidos en la aplicación de las Guías del PAMEC del Ministerio de Protección Social para el desarrollo en la IPS FOMESALUD
PERIODICIDAD	Anual
PROPOSITO	Determinar el nivel de cumplimiento en la aplicación de las Guías del PAMEC según disposiciones del Ministerio de la Protección Social para el desarrollo en la IPS FOMESALUD
FORMULA DEL INDICADOR	Numero de Criterios cumplidos / Total de Criterios evaluados
CONSTANTE	100
FUENTE DE LOS DATOS	Entrevista realizada al nivel directivo de la institución Documentos de la institución
CRITERIOS DE EXCLUSION	No aplica
INTERPRETACION	SOBRESALIENTE: 90% o más de criterios cumplidos BUENO: 80 a 89% de criterios cumplidos REGULAR: 70 a 79% de criterios cumplidos MALO: menos de 70% de criterios cumplidos.
META	BUENO

RESPONSABLES	DE LA GENERACION DE LOS DATOS PRIMARIOS: Equipo Auditor
	DEL CALCULO Y ANALISIS DEL INDICADOR: Equipo Auditor
	DE LA TOMA DE DECISIONES: Equipo Auditor
NIVEL DE DESAGREGACION	La medición del indicador se debe realizar por separado en cada fase del PAMEC y de manera global para todas las fases de la ruta crítica.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Trimestral

4.4 EJECUCION DE LA AUDITORIA EN LA IPS

Se desarrolló el plan de auditoría y se entregó a la Gerente de la IPS FOMESALUD el día 23 de Marzo de 2012.

El día 31 de Marzo se realizó la Auditoria, la cual inició con la Reunión de Apertura, en la cual se hizo la presentación del equipo Auditor a la institución y se dio lectura al plan de Auditoria a desarrollar.

Posteriormente se dio inicio al Plan de Auditoria con la presencia de la Gerente, Subgerente y Asesora del PAMEC de la IPS en la cual se aplicaron las técnicas pre establecidas para recoger la información que se registró en los papeles de trabajo. La reunión se llevo durante la jornada de la mañana del 31 de Marzo del 2012 desde las 9:00 a.m. hasta la 1:00 p.m.

4.4.1 Verificación: Durante la auditoría se aplicó la lista de verificación para registrar la información derivada de la evaluación de cada una de las fases de la ruta crítica del PAMEC.

Además se realizó entrevista a la Gerente, Subgerente y la Asesora del PAMEC en la IPS con el fin de conocer el proceso realizado para la implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Se verificaron los registros generados en las diferentes fases de la ruta crítica del PAMEC

Se revisó la información obtenida, se evaluaron las fuentes y se analizaron los resultados.

Se identificó el problema encontrado y las causas del mismo a partir de los hallazgos de la auditoría

El día 12 de Mayo se llevo a cabo una reunión con el Gerente, Subgerente y Asesor del PAMEC en la cual se entregó informe de la Auditoría a la Institución, durante la reunión se dieron a conocer los hallazgos de auditoría y las conclusiones y recomendaciones encontradas.

5. RESULTADOS

5.1 APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION

Tabla 4. Lista de verificación aplicada

VARIABLE	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
AUTOEVALUACION	1. Se evidencia claramente cuáles los estándares utilizados para realizar la autoevaluación y si cumplen con los criterios definidos en la Guía de Autoevaluación del PAMEC	X		Los estándares utilizados para realizar la autoevaluación son los de Acreditación.
	2. Se identificó el grupo organizacional que va a realizar la autoevaluación y se organizaron los diferentes equipos de trabajo según el proceso a evaluar	X		Se identificó cual es el grupo que realizó la autoevaluación, sin embargo se evidencia que es el mismo para todos los procesos. No se involucró a personal representante de cada uno de los procesos evaluados.
	3. Se capacitó al grupo responsable de realizar el proceso de autoevaluación.	X		La institución cuenta con personal capacitado previamente en la realización del proceso de autoevaluación. Dado que no se involucró personal diferente al equipo gerencial para dicho proceso, esto hizo que no fuera necesario capacitarlo.
	4. Se evidencia el cronograma del PAMEC que incluya cada una de las nueve (9) fases		X	No se observa cronograma para realizar el proceso de autoevaluación.
	5. Se estableció una metodología clara en las reuniones de trabajo para el auto diagnóstico que incluye: lectura rápida y general de los estándares, lectura del	X		Durante las reuniones de trabajo el equipo conformado para la autoevaluación realizó lectura e interpretación de cada uno de los estándares. El documento no permite establecer la puntuación

	estándar a evaluar, interpretación del estándar, consenso del enfoque del estándar, se identifican oportunidades de mejoramiento y/o las fortalezas.			asignada por cada uno de los integrantes del equipo a cada estándar, además en el documento no se evidencian oportunidades de mejora (debilidades) sino acciones de mejoramiento para dicho estándar.
	6. Se evidencia el resultado (informe) de la autoevaluación de cada equipo de trabajo.		X	No se conformaron equipos de trabajo, existía un único equipo para realizar la autoevaluación.
	7. Se evidencia el informe final de la autoevaluación consolidada.		X	Si existe un documento que consolida toda la información del proceso de autoevaluación, con las falencias mencionadas en las observaciones del ítem 5.
	8. Se evidencia la realización de la autoevaluación en todos los procesos de la institución.		X	La autoevaluación incluyó todos los procesos estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y mejoramiento de la institución.

VARIA BLE	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
SELECCION DE PROCESOS A MEJORAR	1. Se evidencia el mapa de procesos de la institución	X		La institución cuenta con un mapa de procesos documentado.
	2. Se evidencia el grupo de trabajo que llevó a cabo la selección de los procesos objeto de mejora.	X		Se evidencia el grupo de trabajo, el cual es el mismo que realizó la autoevaluación, sin representación de personal responsable de cada proceso.
	3. Se capacitó al personal encargado de realizar la Selección de procesos objeto de mejora.	X		La institución cuenta con personal capacitado previamente en la selección de procesos a mejorar. Dado que no se involucró personal diferente al equipo gerencial para dicho proceso, esto hizo que no fuera necesario capacitarlo.

	4. Se evidencia un listado de los procesos a mejorar, resultado de la autoevaluación.		X	No, en el documento PAMEC 2011 no se observa listado de procesos a mejorar.
	5. Se evidencia que el listado de los procesos a mejorar está basado en la calificación obtenida en la autoevaluación.		X	No, en el documento solo se observan los puntajes obtenidos en cada uno de los estándares evaluados e independiente de su calificación se le planteo una acción de mejora.
	6. Se clasificaron los problemas detectados en la autoevaluación en cada proceso teniendo en cuenta la función (comunicación, información) o el proceso (PHVA) conforme está definido en la Guía del PAMEC.		X	No, en el documento PAMEC 2011 no se observa listado de problemas u oportunidades de mejora.

VARIABLE	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
PRIORIZACION DE PROCESOS	1. Se identificó el grupo de trabajo que llevo a cabo la priorización de procesos		X	La institución no realizo la priorización de proceso, se evidencia la utilización de una matriz de priorización, la cual fue aplicada a cada uno de los estándares evaluándolos según riesgo, costo y volumen. Dado que no se seleccionaron los procesos a mejorar en el paso anterior, no es posible tampoco priorizar procesos.
	2. Se capacitó al personal encargado de realizar la priorización de procesos.		X	
	3. Se estableció la(s) herramienta(s) a utilizar para la priorización de los procesos.(Matriz de priorización, jerarquización, grafico de Pareto)		X	
	4. Se evidencian los criterios (factores claves de éxito de la organización) que fueron tenidos en cuenta para la priorización de procesos.		X	
	5. Se evidencia un listado de los procesos priorizados siguiendo el orden de importancia en que deben ser abordados.		X	

VARIABLE	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA	1. Se evidencia el grupo de trabajo o los grupos de trabajo que llevaron a cabo la definición de la calidad esperada en los procesos objeto de mejora.		X	Debido a que no se priorizaron los procesos susceptibles de mejora no existe una definición de nivel de calidad esperado donde se establezca la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías), los instrumentos (indicadores) y el resultado (Metas) de los mismos, lo cual no permite monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados. Los indicadores que presentan la ficha técnica son los de obligatorio reporte a la Supersalud. No hay indicadores de los procesos priorizados.
	2. Se capacitó al personal encargado de realizar la definición de la calidad esperada en los procesos objeto de mejora.		X	
	3. Se evidencia la definición de la calidad esperada en cada proceso.(proceso, procedimientos, instructivos, guías de práctica, normas)		X	
	4. Se evidencia la ficha técnica completa y bien diligenciada de cada indicador.		X	
	5. Se evidencian indicadores pertinentes para cada proceso priorizado.		X	
	6. Se evidencian los criterios que tuvo en cuenta la institución para definir la calidad esperada.		X	

VARIABLE	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	1. Se evidencia el proceso de auditoría documentado de la institución.		X	La institución no cuenta con un proceso de auditoria establecido ni documentado que permita hacer seguimiento a los indicadores de los procesos. No se observa cronograma, ni personal encargado de aplicar los procedimientos de auditoría.
	2. Se evidencia seguimiento a los indicadores definidos para cada proceso		X	
	3. Se evidencia el cronograma de auditorías internas de la institución.		X	
	4. Se evidencia cual (es) son las personas encargadas de llevar a cabo el proceso de auditoría interna de la institución.		X	
	5. Se capacito al equipo		X	

	encargado de realizar el plan de auditoría.			
	6. Se evidencia quien(es) son las personas encargadas de recoger la información de los indicadores. (generar el dato del indicador, recoger, construir y analizar el indicador)		X	
	7. Se identifica la persona encargada de tomar las decisiones de la información recopilada.		X	
	8. Se evidencia el informe de auditoría interna.		X	
	9. Se evidencia la socialización del informe de auditoría respecto a los avances del PAMEC.		X	

VARIABLE	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS PROCESOS SELECCIONADOS	1. Se evidencia el grupo de trabajo o los grupos de trabajo que llevaron a cabo el Plan de Mejoramiento		X	El grupo de trabajo que estableció los planes de mejora no incluyó personal encargado o representante de cada uno de los procesos con necesidad de mejora.
	2. Se capacitó al personal encargado de realizar el Plan de Mejoramiento en los Procesos		X	
	3. Se evidencia la utilización de herramientas para el análisis de las fallas de calidad encontradas.(Diagrama causa efecto, espina de pescado, Diagrama de árbol, técnica 5 por qué)		X	Dado que no se realizó la priorización de procesos, los planes de mejora propuestos en el documento muestran acciones aisladas sin identificación de fallas de calidad, cronograma, responsable e indicadores para la medición de seguimiento de los planes.
	4. Se evidencia un plan de acción documentado basado en la metodología que, quien, cuando, donde, porque, como.		X	
	5. Se evidencia el planteamiento de indicadores para monitorear y evaluar los resultados de las acciones ejecutadas : * Indicador de cumplimiento de acciones planeadas:		X	

	Proporción de acciones cumplidas Proporción de acciones en desarrollo Proporción de acciones no cumplidas * Impacto en el mejoramiento del indicador de la(s) característica(s) de Calidad que estaba afectada.			
--	---	--	--	--

VARIABLE	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	1. Se evidencia el apoyo del nivel directivo en la ejecución del plan de mejoramiento planteado.	X		El nivel directivo de la institución formó parte de la planeación y ejecución de los planes de mejoramiento.
	2. Se comunicó el plan de acción al personal responsable de su ejecución.	X		Luego de la formulación de los planes de mejora, se socializó al personal el mismo y se asignaron tareas.
	3. Se capacitó al personal encargado de la ejecución del plan de acción sobre la metodología a implementar para su desarrollo.		X	Al personal se le comunicó las tareas que debían desarrollar, pero no se les capacitó sobre la forma como debían llevar a cabo la ejecución del plan de acción.

VARIABLE	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
A LOS RESULTADOS DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO	1. Se evidencia la capacitación realizada al personal para hacer seguimiento al plan de mejoramiento.		X	Además de las debilidades encontradas en el planteamiento y ejecución del plan de acción, se observa que la institución no cuenta
	2. Se evidencia un cronograma de seguimiento al cumplimiento del plan de mejoramiento.		X	

	3. Se evidencia un informe de los avances y logros (actividades planteadas, actividades realizadas, actividades en desarrollo, actividades sin avance), con los problemas que se presentaron.		X	con un programa de seguimiento a los planes de mejoramiento, que incluya capacitación, cronograma, metodología e informes de la medición de indicadores ni de la proporción de acciones cumplidas respecto a las planeadas.
	4. Se evidencia la medición del indicador Proporción de acciones de mejoramiento cumplidas (de las esperadas), el gráfico de tendencia, el análisis del indicador y los ajustes al plan de mejoramiento si hay incumplimientos.		X	
	5. Se evidencia un informe con la medición periódica de los indicadores planteados para evaluar el mejoramiento de las características de calidad que estaban afectando a cada proceso (indicador, grafico de tendencia, análisis del indicador, ajustes al plan de mejoramiento si aplica)		X	

VARIABLE	CRITERIO	C	NC	OBSERVACIONES
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	1. Se evidencia la capacitación realizada al personal de la Institución en aprendizaje organizacional.		X	Dado las fallas encontradas en la elaboración e implementación del PAMEC en la institución, no es posible generar aprendizaje organizacional que incluya entrenamiento y capacitación del personal para la obtención de estándares sobre los cuales se realice
	2. Se evidencia el mecanismo de comunicación utilizado con el personal para entregar resultados de los procesos con los cambios realizados.		X	
	3. Se reentrenó al personal en los cambios en los procesos.		X	
	4. Se evidencia control periódico y seguimiento permanente a los procesos estandarizados.		X	

	5. Se evidencia la existencia del cierre de los ciclos de mejoramiento y se tiene claro cuántos ciclos de mejoramiento han sido cerrados.		X	seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada
--	---	--	---	--

5.2 ENTREVISTA APLICADA

GERENTE – Myriam Avellaneda

SUBGERENTE – Nelson Morales

ASESORA DE PAMEC: Luz Marina Díaz

5.2.1 Primer paso: autoevaluación – entrevista

- **¿Qué motivó a la organización a realizar el proceso de Auditoria para el mejoramiento de la calidad?**

GERENTE: Básicamente nos motivó primero por mejorar internamente todos nuestros procesos de calidad y segundo también por la normatividad que ordena que las instituciones deben tener el PAMEC y enviarlo actualizado anualmente.

SUBGERENTE: Hay un poco de historia que es fundamental tenerlo en cuenta, la inspiración de FOMESALUD es antigua, es del año 2000, en Bogotá, y es la de garantizar servicios de calidad, hacer las cosas bien con instrumentos de calidad; y la normatividad nos ha ayudado a crear todos estos procesos y con la ruta de mejoramiento buscar si algún día podemos acreditarnos, aunque pareciera que la acreditación estuviera concebida para las instituciones medianas o de gran tamaño y que para las instituciones pequeñas como la nuestra no fuera aplicable, porque revisando la literatura se encuentra que hay muchas cosas que hacer y se requiere de mucha gente; por lo cual terminamos haciendo cosas poco técnicas ni tan ideales como aparece en la literatura y a hacer lo pragmático, lo que funciona, con el ánimo de mejora el proceso. En resumen, la inspiración de FOMESALUD es querer prestar servicios de calidad, garantizarle a la gente a lo que tiene derecho, y nos inspiramos siempre, en querer y amar lo que se hace, con eso seguramente se llega a ser exitoso, que de un buen servicio se generan buenas utilidades.

ASESOR PAMEC: El cumplimiento de la norma y el pensar en acreditación.

- **¿Quiénes fueron las personas encargadas de llevar a cabo el proceso de autoevaluación en la institución?**

SUBGERENTE: nosotros empezamos el PAMEC desde el 2006, si no estoy mal. En el primer PAMEC fuimos autodidactas, cogimos la norma, la interpretamos, el ministerio ha hecho instrumentos, pero desgraciadamente esos instrumentos no le llegan a todo el mundo y sobre todo a estas instituciones pequeñas. Salió un primer texto y logre conseguirlo, se leyó, esos textos son bastantes condensados y empezar a interpretarlo, eso nos costó trabajo al coger los instrumentos. En ese entonces yo trabajaba de tiempo completo, era subgerente administrativo financiero, pero también hacía las veces de subgerente de los servicios de salud, entonces nos sentábamos con Myriam (Gerente), yo me leía todo y luego a hablar con Myriam y a decir, bueno yo creo que esto es más o menos lo que hay que trabajar y lo que hay que hacer, pero éramos los dos.

ASESOR PAMEC: Gerente, Subgerente y Director de Calidad.

- **¿Cómo se definió el equipo para la implementación del PAMEC?**

ASESOR PAMEC: Fue definido por la gerencia, y lo conformo con gerente, subgerente y profesional asesor del PAMEC, la gerencia inicialmente propuso que el equipo realizara todo el proceso.

- **¿Cómo se llevó a cabo a planeación del proceso de autoevaluación?**

ASESOR PAMEC: No fue por escrito, pero si programando el tiempo, se establecieron todos los sábados y 1 día a la semana media jornada.

- **¿Cuándo se llevó a cabo el proceso de autoevaluación de la institución?**

ASESOR PAMEC: Se llevó a cabo en el 2011 de marzo a Junio.

- **¿Cuál fue la duración del proceso de autoevaluación de la institución?**

ASESOR PAMEC: Duramos aproximadamente cuatro meses.

- **¿Cómo se llevó a cabo a planeación del proceso de autoevaluación?**

ASESOR PAMEC: No por escrito pero si programando el tiempo se establecieron todos los sábados y 1 día a la semana media jornada.

- **¿Cuenta con un cronograma para formular y desarrollar el PAMEC de acuerdo con los lineamientos del ministerio de la protección social?**

ASESOR PAMEC: No se realizó con cronograma

- **¿Desarrolló un programa de capacitación a sus funcionarios en el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud?**

ASESOR PAMEC: No porque los que formaron parte de este proceso ya conocían y tenían experiencia en esto; pero no porque la institución los capacitara.

- **¿Fueron tenidos en cuenta todos los procesos desarrollados en la institución para el proceso de autoevaluación?**

GERENTE: Si, Fueron tenidos en cuenta todos los servicios y procesos desarrollados en la institución.

- **¿Bajo qué criterios realizó la institución el proceso de autoevaluación?
¿Por qué?**

SUBGERENTE: En el año 2011, nos basamos en el documento de acreditación para hacer la autoevaluación, pero en el 2010, se trabajó con una ingeniera industrial de la UIS en su práctica y empezamos a armar todo. Nosotros al principio no trabajamos con acreditación, nosotros empezamos con un instrumento del centro de gestión Hospitalaria que empezó a sacar el premio de calidad, estoy casi seguro que lo que sacó el ICONTEC y el del ministerio nació de ahí, de ese instrumento, de la parte del premio de garantía de la calidad

ASESOR DE PAMEC: Sistema único de Acreditación.

- **¿Cuál fue la metodología utilizada para realizar la autoevaluación?**

SUBGERENTE: Entonces al principio nosotros no íbamos con la ruta de la acreditación; nosotros nos hacíamos una autoevaluación de acuerdo a ese premio de calidad que había. Entonces empezamos a sacar herramientas de ahí, después conseguimos un documento de autoevaluación que hizo la secretaría de salud de Bogotá y de ahí surgió el primer PAMEC como medio estructurado, de hecho, en el documento que nosotros hicimos, reconocemos que nos inspiramos en ese formato y entonces empezamos a calificar, mucho de eso se hacía más subjetivamente que objetivamente. Poniéndole uno el grado más grande de honestidad y transparencia y decir como estamos nosotros, de 1 a 5 en que andamos, esa fue la primera calificación que hicimos y ese 1 estaba descrito, el 1 es eso, el 2 es eso el 3 es esto el 4 es esto, en donde me siento yo que voy, “a no, me siento acá”

ASESOR PAMEC: Se revisó uno por uno y se va mirando si estaban escritos, si existía, no fue el adecuado pero el equipo tenía mucho conocimiento profundo de la institución

- **¿Conoce el gerente y su equipo directivo el programa de auditoría? cómo lo conoció?**

ASESOR PAMEC: Si, porque forman parte del equipo

- **¿Cómo priorizo la institución los problemas de calidad u oportunidades de mejora que salieron en la autoevaluación, que criterios utilizo? (volumen, riesgo, costo)**

ASESOR PAMEC: Con los criterios que da la acreditación según costo, volumen, riesgo y de dimos un puntaje de acuerdo a la norma de acreditación, porque hay otras formas de priorizar pero nosotros nos seguimos por la norma de acreditación.

5.2.2 Segundo paso: selección de procesos a mejorar – actividad de verificación

- **¿La institución cuenta con un mapa de procesos documentado?**

ASESOR PAMEC: Si está documentado el mapa de procesos, están los procesos pero no están documentados, están dentro del plan de mejora documentar los procesos.

- **¿Tiene un listado de los procesos que se debe intervenir para mejorar incluyendo los procesos estratégicos, los misionales (asistenciales) y los de apoyo administrativo?**

ASESOR PAMEC: Si hay un listado de proceso que se le paso a cada área para ser documentado ya que todos son susceptibles de mejorar.

- **¿La selección de los procesos, se hizo con participación de quien o quienes?**

ASESOR PAMEC: El mismo equipo

ACTIVIDAD DE VERIFICACION

- ✓ Comparar la descripción que hizo la empresa para seleccionar los procesos a mejorar con el proceso realizado.
- ✓ Sacar un resumen en orden de los resultados obtenidos en la Autoevaluación en cada proceso y compararlo con los procesos seleccionados para mejorar.

- ✓ Comparar si los procesos seleccionados para mejorar son los que obtuvieron los menores resultados o a los que se le encontraron mayores debilidades durante la autoevaluación.
- ✓ Revisar si se tomaron en cuenta todos los parámetros de la autoevaluación.

5.2.3 Tercer paso: priorización de procesos – entrevista

- **¿Por qué fue necesario priorizar los procesos?**

ASESOR DE PAMEC: Por la magnitud.

- **¿Quiénes fueron las personas encargadas de llevar a cabo la priorización de procesos en la institución?**

SUBGERENTE: siempre nos reuníamos el equipo, porque nosotros conocemos todos los aspectos de la empresa porque los trabajamos 100%, yo soy más severo con nosotros mismos y me doy duro, porque yo creo que entre más severos seamos más posibilidades tenemos de mejorar. Entre más severos seamos más posibilidades tenemos de mejorar, que cuando uno es conformista piensa que todo está bien

GERENTE: yo no creo que uno sea conformista sino que uno también le da valor a las cosas que se han hecho, así sean pequeñas, se han hecho las cosas, porque tiene uno que decir que no, si hay cosas que estén mal hechas o que de pronto se puedan cambiar es diferente, pero que se ha hecho, se han hecho.

- **¿Cuál fue la metodología utilizada para realizar la priorización de procesos?**

Después de la autoevaluación, multiplicamos los resultados, y bueno, fue la primera priorización de procesos; lo entendimos así y así hicimos nuestro primer PAMEC.

ASESOR DE PAMEC: Matriz de priorización teniendo el concepto de volumen, riesgo y costo, primero se evaluó cada criterio según la norma con base en el enfocó, la implementación y el resultado, por ejemplo para él enfoque se evalúa amplitud, pro actividad y evaluación, la implementación si está ante la institución y ante lo externo, los resultados i tienen pertinencia y cómo va el avance la medición, en donde encontramos que la mayoría de los criterios evaluados tenia mala puntuación la evaluación y la comparación que fue también mala porque nosotros nunca nos comparamos con otra institución. Esto nos dio un resultado luego de acuerdo a ese resultado analizamos que oportunidad de mejora hay para cada uno.

- **¿Cómo llegaron a detectar esas oportunidades de mejora a través por ejemplo de lluvia de ideas, diagrama de causa efecto etc?**

ASESOR DE PAMEC: La priorización no se dio así porque nosotros tomamos todos los criterios 100 % y les plantamos una oportunidad de mejora según la valor que obtuvo y centrado en la mayor debilidad de ese criterio.

- **¿Cuando se llevo a cabo la priorización de procesos de la institución?**

ASESOR PAMEC: Con la primera fase de la evaluación tomamos los criterios que nos dieran menos de tres que eran los malos, sin embargo a todos los pusimos que era factible de mejorar.

- **¿Cuáles criterios se tuvieron en cuenta para realizar la priorización de procesos?**

GERENTE: Priorizamos, me acuerdo, ¿cuáles son los procesos más importantes aquí? El de asignación de citas porque esa es la primera forma de acceso al usuario y se garantizamos acceso a la cita, ya estamos garantizando acceso al servicio. Después el siguiente proceso q vimos fue bueno, cual es el siguiente proceso importante? El de atención al paciente y hay fuimos sacando y priorizando de acuerdo al puntaje, pero en eso nos pudimos gastar 3 meses, 4 meses, pero era empírico, yo diría empírico y además sigue siendo el equipo. Nelson y Myriam, Myriam y Nelson y no había más, ósea las otras dos niñas eran la parte administrativa contable y de facturación. Nosotros alguna vez tuvimos coordinador médico cuando tuvimos unos contratos grandes y bueno, al coordinador médico lo metíamos, teníamos coordinador de promoción y prevención, entonces hacíamos nuestros comités de calidad y en eso venga y trabajemos.

ASESOR PAMEC: El equipo califico todos los criterios pero a la hora de realizar el plan se le hizo a todos para no devolvemos por eso fue muy largo, todo hay que hacerlo todo lo que hay que hacer, ahora falta de todo eso tomar poner en marcha lo más prioritario, primero empezaron los procesos misionales. No hay un archivo solo del prioritario, nosotros evaluamos todo y empezamos a impactar lo más álgido, y luego de eso nos dimos cuenta que no podíamos hacer todo por eso este año estamos si estamos priorizando.

- **¿Usted considera que para la priorización de procesos se tuvo en cuenta la visión, la misión y los objetivos institucionales? ¿Por qué?**

GERENTE: naturalmente, nosotros estamos tan metidos dentro de la empresa, y hemos hecho la empresa, y no tenemos necesidad de estar mirando cual es la misión y la visión, porque eso está interiorizado.

SUBGERENTE: cuando hablamos de que queremos trabajar con altos estándares de calidad, es porque realmente lo hacemos, y hay algo que ustedes podrán notar en esta institución, y seguramente extraño, ud no ve letreros de calidad por todas partes, a mi me parece que la calidad no debe venderse de esa manera, LA CALIDAD DEBE SENTIRSE, el usuario no hay necesidad de preguntarle si está contento con el servicio, el paciente debe sentirlo y algunos pacientes manifiestas cosas espectaculares. Si se ha enfocado las cosas como hemos pensado y falta, pero pienso que la calidad no tiene techo, siempre hemos estado inspirados en la misión y visión, ofrecer servicios de calidad, es una característica que no puede faltar

¿A cuales procesos de la institución se les aplicó la etapa de priorización?

Ver cuadro Excel

5.2.4 Cuarto paso: definición de la calidad esperada – lista de chequeo

- **Que indicadores manejan?**

SUBGERENTE: Aquí nosotros manejamos los básicos, prioritarios, que nos exige la norma, la Supersalud.

GERENTE: Cuando nosotros priorizamos algunos procesos de estos, Que hicimos? Nosotros los distribuimos en algún personal de aquí, principalmente dentro del personal que está en el comité de calidad y tenemos que revisar y hacer un plan de acción de las mejoras y a esos planes de acción debemos colocarle indicadores. En este momento eso se está elaborando, tenemos plan de acción por cada proceso priorizado, y cada persona debería colocarle su indicador.

COORDINADORA CENTRO DE REHABILITACION: Uno de los diagnósticos que se hizo el año pasado, es que la institución tiene muchas cosas pero no están documentadas, entonces se empezaron a documentar y estructurarlos con indicadores y ya teniendo eso estructurado empezar a hacer los planes de auditoría y la medición de los indicadores. El grupo es muy pequeño, el trabajo muy grande y muy poco tiempo.

GERENTE: en nuestro día a día hacemos los procesos pero no están documentados y si no está escrito como se puede evaluar y luego estandarizar.

SUBGERENTE: Los indicadores obligatorios se miden y se envían cada seis meses, esos los tenemos y hemos trabajado en mirar los del nivel de monitoria interna, que serian ESTOS ... esa es otro inconveniente que la institución presenta, nosotros venimos haciendo un PAMEC en el 2009, porque teníamos un contrato de prestación de servicios de medicina de primer nivel y se nos cayo la estantería al acabarse el contrato y se acaba el centro médico y arranca el centro

de rehabilitación, Enviamos Satisfacción, Oportunidad, Eventos adversos, sin embargo nosotros sacamos que el indicadores de asignación de cita de primera vez en las terapias, tenemos un estándar y es que debemos estar comparados con el de medicina, y es que la cita no debe estar a mas de 24 horas, eso es interno pero que no existe por norma... y quisiéramos que fuera dentro de las primeras 24 horas calendario y además asegurar la continuidad de las sesiones de terapia y además utilizamos un modelo de atención integral en rehabilitación donde le ofrecemos al paciente las terapias que requiere en terapia física, ocupacional y lenguaje, con disponibilidad de fisiatra, interdisciplinario, y si algún paciente lo contrata y necesita todas las sesiones se le programan en el día de manera consecutiva, lo cual ahorra tiempo y dinero en el transporte, eso son valores agregados de la institución.

La 1446 nos muestra los indicadores y se adecuan a la institución.

Ahora se están instrumentando la monitoria interna que no hay que reportar pero que son los que nos garantizan que estamos cumpliendo con cada proceso, mínimo 1, máximo 3, porque si no nos llenamos de indicadores y no tenemos tiempo de evaluarlos y de analizarlos.

No se puede trabajar sobre todos los procesos, estamos trabajando sobres los procesos del plan estratégico 2010-2014, tenemos la gran mayoría que son de calidad y sobre esos trabajamos.

- **¿Cómo planeo el nivel de calidad esperada en procesos?**

No se hizo, hasta ahora, porque plantamos que a medida que se documenten lo procesos se van planteando los indicadores pero falta más despliegue.

5.2.5 Quinto paso: medición inicial del desempeño de los procesos – entrevista

- **¿La institución tiene diseñado un plan de auditoría interna para evaluar el desempeño de los procesos?**

ASESOR DE PAMEC: Si, está definido, pero no actualizado.

- **¿La institución realiza seguimiento a los indicadores definidos o redefinidos en la etapa anterior?**

ASESOR PAMEC: Solo se le hace medición a los indicadores que son de obligatorio reporte a la superintendencia en los términos definidos por la normatividad.

- **¿La institución tiene un programa y/o cronograma, de auditorías internas establecido?**

ASESOR PAMEC: No

- **La institución tiene diseñado un plan de auditoría interna para evaluar el desempeño de cada proceso? Los procesos?**

ASESOR PAMEC: No

- **¿Cuál es el enfoque de calidad del plan de auditoría de la institución?**

ASESOR PAMEC: No tiene.

- **¿Quién es el equipo de auditores responsable la persona encargada de la ejecución del proceso de auditoría interna?**

ASESOR PAMEC: El mismo equipo de calidad. Pero es muy poca

- **¿El equipo de auditores recibió alguna formación sistematiza, planificada y evaluado su conocimiento para poder realizar las auditorías internas?**

ASESOR PAMEC: No, necesitamos capacitación externa, más apoyo que se forme una oficina de calidad con persona encargada que lidere

- **¿Quién es la persona encargada de recoger la información generada por los indicadores de los diferentes procesos de la institución?**

ASESOR PAMEC: El comité de calidad, hace parte: La directora científica del centro de rehabilitación (que es la fisiatra), La coordinadora de fisioterapia del centro de rehabilitación (que es Anita), La coordinadora de los programas de promoción y prevención (que es la jefe Angélica), la psicóloga (porque queríamos que entrara ella) y la administrativa (Luisa Quintana) la asistente administrativa y Luz Marina está como asesora, como apoyo.

- **¿Dónde se encuentra recopilada la información generada por la auditoría interna?**

ASESOR PAMEC: No hay, hasta ahora se está estructurando. Estamos en el proceso de documentar. Cuando ya todo este documentado se puede implementar, evaluar, hacer seguimiento poniendo en marcha el plan de auditoría. Hay mucho trabajo y poco personal.

- **¿Dónde se encuentra recopilada la información generada por la auditoría interna?**

ASESOR PAMEC: En un archivo de Excel, nosotros tenemos la medición de los indicadores obligatorios que tenemos que reportar, pero para eso mismo estamos documentando los procesos por qué hacía eso vamos, a que los indicadores que vamos a implementar se midan y se les coloque un cronograma de medición, pero en el momento así como tal ... NO.

- **¿Quién es la persona encargada de analizar la información generada por los indicadores de los diferentes procesos de la institución?**

ASESOR PAMEC: Bueno, en este momento el comité de calidad, básicamente nosotros estamos trabajando en la parte de los adelantos que tiene que ver con la acreditación, todo lo que se ha hecho, revisamos cuales son los procesos que ya están documentados, revisados. En este comité trabajamos todo lo que son quejas y reclamos, satisfacción del usuario Inversión, mejoramiento de la calidad, Hay otro comité de Historias Clínicas, pero que está dentro de este. Al comité de calidad le reporta: Historias Clínicas, satisfacción al usuario, los planes estratégicos, de todos modos todo lo que llega a la institución se discute en calidad.

GERENTE: Ahorita tenemos una tarea por ejemplo en el comité y es que vamos a hacer una reforma en la misión, visión y las políticas de calidad

- **¿Cómo se utilizan los datos del informe de las auditorías?**

ASESOR PAMEC: Solo se utiliza los obligatorios. La información la tienen gerencia.

5.2.6. Sexto paso: plan de mejoramiento para los procesos seleccionados - verificación

- **¿Tiene documentado el plan de acción basado en la metodología que, quien, cuando, donde, por que, como)**

ASESOR PAMEC: Se está hasta ahora construyendo

- **¿Cómo fue construido el plan de acción? con quién?**

ASESOR PAMEC: Está en proceso de construcción.




Verificar que el plan de mejoramiento contenga los siguientes parámetros:

Oportunidades de mejora (No conformidad)

- ✓ Análisis de las causas de las no conformidades
 - * Descripción de las acciones preventivas/correctivas planteadas por la institución
 - * ¿Quién es la persona encargada de implementar las acciones? (Responsable)
 - * ¿Cuándo se plantea que se llevara a cabo las acciones planteadas? (Fecha)
 - * ¿Dónde se plantea llevar a cabo las acciones? (Áreas)
 - * ¿Porqué se van a llevar a cabo dichas acciones?
 - * Como se va a realizar el seguimiento de las acciones planteadas?

5.2.7 Séptimo paso: ejecución del plan de mejoramiento – verificación

Verificar que los planes de mejora propuestos fueron ejecutados:

-  Existencia de un mecanismo de seguimiento de la institución de las acciones planteadas.
-  Comparar las actividades planteadas con las actividades ejecutadas.
-  Verificar que las acciones se hayan llevado a cabo en las fechas y áreas establecidas.

5.2.8 Octavo paso: seguimiento - entrevista

- **¿La institución tiene diseñado un ciclo sistemático de seguimiento para evaluar el desempeño de los procesos? Explique ¿Cómo se lleva a cabo?**

ASESOR PAMEC: NO

- **¿Cuál es el tratamiento que hace la institución de la información recopilada periódicamente?**

SUBGERENTE: yo creo que se hacen mediciones pero no con la periodicidad que deberían hacerse porque lo hacemos anual pero para que fuera más efectivo, habría que hacerle seguimiento ya sea trimestral según como este estructurado el indicador, pero es ahí donde volvemos a insistir en las debilidades estructurales que tienen las organizaciones pequeñas, ya que si se dedica a hacer seguimientos no trabaja.

GERENTE: Yo pienso que se podría hacer una serie de seguimiento a cosas en este momento tenemos, nosotros lo hacemos cada año con la nueva evaluación y revisión del PAMEC pero que nosotros tengamos establecido???no lo tenemos.

SUBGERENTE: Porque una manera importante es si yo tengo unas acciones de mejoramiento y las realizo inmediatamente lo actualizo, y de esa forma podemos medir ese tema.

- **¿En cuales áreas se encuentra implementado el ciclo de seguimiento de los procesos?**
- **¿Considera que el plan de seguimiento implementado en la institución es el adecuado?**
¿Porque?

5.2.9 Noveno paso: aprendizaje organizacional – entrevista

Después de haber realizado todo el ciclo de mejoramiento de calidad y haber implementado las acciones correctivas y preventivas:

- **¿Qué acciones se han tomado desde el área gerencial para estandarizar los procesos?**
- **¿Cuáles procesos se encuentran estandarizados en la institución?**
- **¿Con que mecanismos cuenta la institución para socializar e implementar las decisiones tomadas?**

Yo creo que ya hay 2 o 3 procesos que ya estamos solo en hacerle el seguimiento para decir que sí. Que son el de asignación de citas, oportunidad, atención al usuario. Observemos el archivo de los procesos que se han hecho en rehabilitación porque los de talento humano y facturación ya están, solo hay que hacer seguimiento.

COORDINADORA DEL CENTRO DE REHABILITACION: Lo que falta es darle nuevamente la información al personal encargado, para iniciar el seguimiento y medición. Esa es la ficha la cual tiene alcance las políticas, salidas, clientes, responsable, el proveedor de ese proceso, la descripción de las actividades o procedimientos o pasos, que es el paso a seguir para darle un mayor despliegue. También están los indicadores en cada proceso, estos ya se le hizo la socialización del proceso en grupo primario lo cual está contenido en el acta de cada mes con los comentarios del personal a cada uno, para construir esos procesos se involucró al personal que forma parte de ellos, luego de la socialización a todo el personal este hizo algunas sugerencias que fueron tenidas en cuenta la descripción del proceso definitivo. También tenemos la presentación que se le hizo al personal.

5.3 MEDICION DEL INDICADOR

Tabla 5. Resultados de la medición del indicador

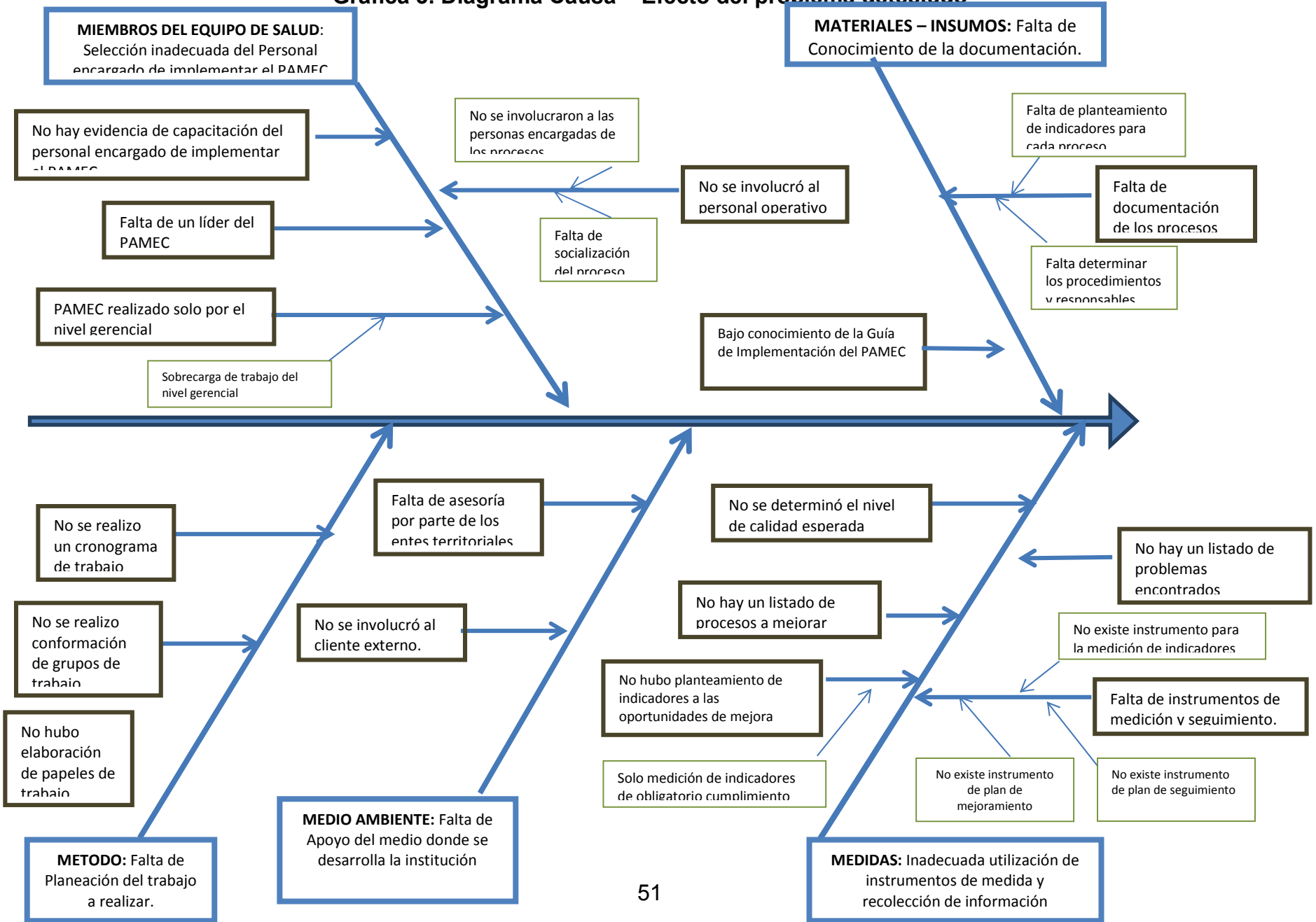
VARIABLE	RESULTADO DEL INDICADOR EN CADA FASE	RESULTADO GLOBAL
AUTOEVALUACION	6/8 *100= 75% REGULAR	11/52 *100 = 21.1 % MALO
SELECCION DE PROCESOS A MEJORAR	3/6 * 100= 50% MALO	
PRIORIZACION DE PROCESOS	0/5 * 100= 0% MALO	
DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA	0/6 * 100= 0% MALO	
MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	0/9 * 100= 0% MALO	
PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LOS PROCESOS SELECCIONADOS	0/5 * 100= 0% MALO	
EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	2/3 * 100= 66% MALO	
SEGUIMIENTO A LOS RESULTADOS DE LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO	0/5 * 100= 0% MALO	
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	0/5 * 100= 0% MALO	

5.4 DEFINICION DEL PROBLEMA

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud cumple en forma global con el 21% de los criterios pre-establecidos en las Guías Básicas del MPS, lo cual lo ubica en el nivel MALO dentro de la escala de valoración definida.

6. ANALISIS DE LAS CAUSAS DEL PROBLEMA DETECTADO

Gráfica 3. Diagrama Causa – Efecto del problema detectado



7. LISTADO DE CAUSAS DEL PROBLEMA POR CADA UNA DE LAS FASES DEL CICLO PHVA

Tabla 6. Causas del problema según las fases del ciclo PHVA

OPORTUNIDAD DE MEJORA	
PLANEAR	Falta de planeación de las actividades a realizar
	Falta de estructurar un cronograma de actividades
	Falta de asesoría por parte del entes territoriales en la implementación del PAMEC
	Falta de conocimiento de la normatividad sobre la implementación del PAMEC
	No se realizo capacitación a todo el personal en la normatividad sobre PAMEC
	No hay evidencia de la capacitación recibida por el personal que realizó PAMEC
	El PAMEC fue realizado solo por el nivel gerencial
	No conformación de equipo interdisciplinario para la realización del PAMEC
	Sobrecarga de trabajo al nivel gerencial
	Falta de un líder de PAMEC
	No se involucro al cliente interno y externo para la implementación de PAMEC
	No se involucro al personal en el planeación e implementación del PAMEC
	Falta de documentación de los procesos
	Falta documentar los procedimientos de cada proceso y su responsable
	Falta de indicadores de cada proceso
	Falta de socialización de procesos
	No elaboración de papeles de trabajo
	Luego de la autoevaluación realizada no se evidencia listado de procesos a mejorar
	No se evidencian listado de problemas u oportunidad de mejora luego de la autoevaluación
HACER	La institución cuenta con poco personal de apoyo a los procesos de calidad
	No hay instrumentos para plantear planes de mejora
	No se involucro al personal responsable de los procesos en el momento de estructurar los planes de mejora
	No se encuentran estructurados los indicadores que serán tenidos en cuenta para cada oportunidad de mejora
	No adecuado conocimiento en técnicas de auditoria
	Bajo conocimiento en procesos de auditoria
	Falta conocimiento en entrega de informes de auditoria
	No se determino la calidad esperada
	No planteamiento de indicadores de calidad
	Solo se encuentran estructurados los indicadores de obligatorio reporte
VERIFICAR	No hay instrumentos para plantear e implementar planes de seguimiento
	Falta de instrumentos de medición y seguimiento

8. CONCLUSIONES

Aunque la IPS FOMESALUD que presta servicios de fisioterapia y Rehabilitación en la ciudad de Bucaramanga tiene implementado un Programa de Auditoria para evaluar la calidad de la atención en salud, mejorarla y mantenerla, este no cumple con todos los criterios establecidos en el modelo definido por el Ministerio de la Protección Social.

A través de la auditoría externa realizada se detectó que la principal causa de no cumplimiento de los criterios evaluados radica en la falta de consulta de los documentos emitidos por el Ministerio de la Protección Social y su posterior manejo en el despliegue del PAMEC, lo cual puede ser un común denominador en las instituciones que prestan servicios de fisioterapia y/o rehabilitación.

Se reconoce la falta de identificación de los procesos que tienen problemas de calidad en la atención y el orden en el cual deben ser intervenidos para mejorarlos, lo cual genera dificultades para implementar cualquier acción de tipo preventiva o correctiva.

Se observa falta de conocimiento técnico para realizar la evaluación de los procesos y subprocesos, procedimientos y actividades derivados de este reflejando a su vez debilidad en la formulación e implementación de un plan de mejoramiento estructurado y el seguimiento a las actividades planteadas. Igualmente esta falencia genera ausencia de indicadores medibles que arrojen información consistente y efectiva para finalmente poder ir cerrando ciclos de mejoramiento cuando se ha logrado mejorar la calidad, y mantenerla.

Lo anterior soporta la necesidad de realizar la auditoría de la calidad de la atención en salud en una IPS que presta servicios de fisioterapia y Rehabilitación ya sea pública o privada como herramienta de mejoramiento continuo pero es fundamental seguir el modelo preestablecido por el Ministerio de la Protección Social para alcanzar los resultados esperados.

BIBLIOGRAFIA

1. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, abril 03. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006. Bogotá. Congreso de Colombia
2. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1043 de 2006, mayo 17. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006. Bogotá
3. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Unión Temporal: Instituto de Ciencias de la Salud, CES - Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. [En línea]. Imprenta Nacional de Colombia; Bogotá D. C. 2007 [accesado 28 Nov. 2011. Disponible en: www.saludcordoba.gov.co/archivos_de__descarga/indicativas.pdf. Consultado: 25 de septiembre de 2012.
4. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Revista Calidad Asistencial. 2001; 16: S29-S38.
5. Olivera Escalona A. L., Rojas Aldana N., Tornés Pérez V., Satisfacción percibida por pacientes atendidos en el servicio de urgencia. Gestión Sanitaria, Medicina de Urgencias (República Bolivariana de Venezuela). 2009; Publicado: 28/07/2009. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1604/1/Satisfaccion-percibida-por-pacientes-atendidos-en-el-servicio-de-urgencia>. Consultado: 25 de septiembre de 2012.
6. Colombia. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Ley 9 de 1979 por la cual se dictan Medidas Sanitarias. Enero 24 de 1979. Bogotá. Congreso de Colombia.
7. Colombia. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Ley 10 de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 10 de 1990. Bogotá. Congreso de Colombia.
8. Colombia. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No.41.148 del 23 de Diciembre de 1993. Bogotá. Congreso de Colombia.

9. Colombia. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Decreto 77 de 1987. Por el cual se expide el Estatuto de Descentralización en beneficio de los municipios. Enero 15 de 1987. Bogotá. Congreso de Colombia
10. Colombia. Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Ley 60 de 1993. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Agosto 12 de 1993. Bogotá. Congreso de Colombia.
11. Colombia. Presidencia de la República Colombia. Constitución política de Colombia. Octubre de 2009. Bogotá. Secretaría jurídica.
12. Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 2174 de 1996. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial No. 42.931, del 3 de diciembre de 1996. Bogotá
13. Kerguelén Botero C. A. Calidad en salud en Colombia, los principios. [En línea]. Marcela Giraldo Samper. Bogotá. Editorial Scripto Ltda. 2008. Disponible en:
<http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>. Consultado: 25 de septiembre de 2012.
14. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Unión Temporal: Instituto de Ciencias de la Salud, CES - Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. [en línea]. Imprenta Nacional de Colombia; Bogotá D. C. 2007. Disponible en:
www.saludcordoba.gov.co/archivos_de_descarga/indicativas.pdf. Consultado: 25 de septiembre de 2012.
15. Colombia. Presidencia de la República. Ley 528 de 1999. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, se dictan normas en materia de ética profesional y otras disposiciones. Diario Oficial No. 43.711, de 20 de septiembre de 1999. Bogotá. Congreso de Colombia
16. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Pautas Indicativas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007. Bogotá
17. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas Indicativas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 2007. Bogotá

ANEXO

INFORME DE AUDITORIA

Nombre del proceso a auditar: Implementación del Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) de la IPS Fomesalud del municipio de Bucaramanga.	
Líder del proceso a auditar: Gerente, Subgerente y Profesional asesor de PAMEC.	
Fecha: 12 de Mayo de 2012 Hora: 9:00 a.m.	Equipo Auditor Patricia Gómez Prada Ana Gineyda Angarita Shirley Puello Aroca
Objetivo: Evaluar la ejecución de las actividades planteadas en el PAMEC de acuerdo con lo planificado y presentado al ente territorial departamental, comparándolo con las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud contenidas en la ruta crítica establecida por el Ministerio de la Protección Social y documentada en las Guías Básicas para la implementación del PAMEC.	
Alcance: Evaluar la ejecución de las actividades planteadas en el PAMEC de acuerdo con lo planificado y presentado al ente territorial departamental, comparándolo con las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud contenidas en la ruta crítica establecida por el Ministerio de la Protección Social y documentada en las Guías Básicas para la implementación del PAMEC.	
Criterios para la Auditoría: Decreto 1011 del 2006, Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud, emitido por el ministerio de protección social 2007.	
Hallazgos de la Auditoria	
1. Fortalezas En relación al proceso de autoevaluación, se observa que la IPS se encuentra en un nivel de cumplimiento del 75%, al revisar las fuentes como documento PAMEC 2011 y al realizar las entrevistas se evidenció que el proceso fue realizado por el nivel gerencial de la organización, quienes se encontraban capacitados para realizar el proceso de autoevaluación y además presentaban amplio conocimiento de los estándares de acreditación, estándares utilizados para dicho proceso. Respecto a la selección de los procesos a mejorar se encuentra un nivel de cumplimiento del 50%, ya que la institución cuenta con un mapa de procesos y personal capacitado para llevar a cabo esta fase.	

Se encuentran referenciados en el documento PAMEC de la institución, los indicadores de obligatorio reporte a la Supersalud, de manera estructurada e implementados según la normatividad.

2. Oportunidades de mejora

Respecto al proceso de autoevaluación se observa sobrecarga de trabajo en el nivel gerencial dado que no fue involucrado el nivel técnico, profesional y administrativo en dicho proceso y no se observa un cronograma de trabajo que permitiera planificar y estructurar el mismo.

En los documentos revisados no se evidencia la existencia de un listado de procesos a mejorar con base en las calificaciones obtenidas en el proceso de autoevaluación, ni tampoco un listado de problemas (oportunidades de mejora), teniendo en cuenta la función o fase del ciclo PHVA según lo plantea la guía del PAMEC.

La institución no realizó la selección de procesos a mejorar, y por ende no priorizo los procesos susceptibles de mejora (no se utilizaron herramientas de priorización ni se identificaron factores claves de éxito). Esto lleva a pensar que el personal encargado de llevar a cabo este proceso (nivel gerencial), pretendía atender a todas las dificultades encontradas, actividad que resulta extensa, desgastante y necesitará de recursos suficientes para lograrlo.

No existe una definición de la calidad esperada donde se establezca la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo cual no permite monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

Dado que en la priorización de procesos se detectó una debilidad en la determinación de la causa raíz de los principales procesos con necesidades de mejora, no se pueden definir adecuadamente los indicadores a implementar ni establecer la meta a alcanzar, junto con los instrumentos para monitorear y hacer seguimiento a los mismos.

Al examinar indicadores adicionales a los de obligatorio reporte a la Supersalud, que nos permitan hacer seguimiento a todos los procesos con oportunidades de mejora, referenciados en el paso anterior (priorización de procesos), se evidencia la inexistencia de dichos indicadores.

Esta ausencia de indicadores genera que en los siguientes pasos de la ruta crítica no se puedan establecer mecanismos de control para monitorear y ajustar las acciones que impacten tales procesos.

Luego de analizar la información suministrada por la institución, se observa que la institución no cuenta con un programa de auditoría estructurado, ni personal encargado de dicha tarea.

Para realizar la medición inicial del desempeño de los procesos se deberán utilizar los

mismos criterios diseñados para establecer la calidad esperada desarrollando los procedimientos de auditoría adecuados para cada proceso.

En la revisión de los documentos se observa el planteamiento de planes de mejoramiento, sin embargo dado que no se realizó la priorización de procesos; los planes de mejora propuestos en el documento muestran acciones aisladas sin identificación de fallas de calidad, cronograma, responsable e indicadores para la medición de seguimiento de los planes.

El grupo de trabajo que estableció los planes de mejora no incluyó personal encargado o representante de cada uno de los procesos con necesidad de mejora.

En cuanto a la fase de ejecución del plan de mejoramiento se identifica que el nivel directivo de la institución formó parte de la planeación y ejecución de los planes de mejoramiento, los cuales fueron socializados al personal encargado de su ejecución; sin embargo no se evidencia capacitación al personal sobre la metodología para llevar a cabo la ejecución del plan de acción.

Debido a que todas las fases anteriores presentan debilidades en su ejecución, las acciones planteadas no generaran el impacto deseado para mejorar los problemas identificados.

La institución no cuenta con un documento y/o herramienta que permita conocer el estado actual de la ejecución de las actividades y de los resultados de los indicadores evaluados (no hay planteamiento de indicadores)

No se identifican elementos de seguimiento que permitan evaluar si las acciones ejecutadas están siendo efectivas, esto debido igualmente a la falencia de indicadores propuestos previamente. Los indicadores son necesarios para poder mejorar; lo que no se mide no se puede controlar y lo que no se controla no se puede gestionar.

Dadas las fallas encontradas en la elaboración e implementación del PAMEC en la institución, no es posible generar aprendizaje organizacional que incluya entrenamiento y capacitación del personal para la obtención de estándares sobre los cuales se realice seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada

3. Conclusiones

A pesar de los esfuerzos realizados por la institución y de contar con el personal directivo preparado para llevar a cabo la implementación del PAMEC, se pudo detectar que la principal causa del no cumplimiento de los criterios evaluados fue la falta de consulta de los documentos emitidos por el Ministerio de Protección Social y su posterior utilización como herramienta fundamental para el despliegue del mismo en la institución.

Igualmente se detectó que el personal encargado de implementar el PAMEC no tenía suficiente conocimiento en técnicas de auditoría que permitieran desarrollar de manera adecuada y oportuna algunas fases de la ruta crítica.

4. Recomendaciones

Se recomienda elaborar un cronograma para organizar las actividades a desarrollar para la implementación del PAMEC, el cual debe incluir: selección del personal encargado de cada proceso, determinación de funciones, capacitación del personal gerencial, misional y de apoyo, actividades a realizar y fechas de ejecución..

Se recomienda que dentro del documento del PAMEC se anexe de manera detallada cuales fueron los procesos seleccionados susceptibles de mejorar según los criterios establecidos, dado que tal información es presentada de manera desorganizada y desarticulada, lo cual dificulta su interpretación y utilización.

Se recomienda a la institución identificar los procedimientos que desagregan cada proceso, documentar las actividades y responsables de cada procedimiento y definir los objetivos de los procedimientos los cuales deben expresar el fin último del mismo, junto con los logros que se desean obtener en términos de impacto en la calidad, lo cual debe ser medible posteriormente.

Se recomienda a la entidad realizar el análisis de fallas de calidad (análisis de causa raíz) enfatizando únicamente en los procesos con puntajes más altos, buscando centrar los esfuerzos en mejorar tales procesos y así poder determinar los mecanismos y herramientas de medición y seguimiento a cada uno.

Luego de haber seleccionado los procesos en los cuales se van a implementar las acciones de mejora, se recomienda a la IPS determinar y estructurar indicadores específicos para medir el desempeño de los procesos y el impacto de las acciones que serán ejecutadas.

Es importante recordar además que una de las claves para evaluar la eficacia de los planes de mejora es dejar bien definido los indicadores que se utilizarán para medir el impacto de los planes de mejoramiento los cuales deben responder claramente a los objetivos principales y ser coherentes con la oportunidad de mejora priorizada.

Se recomienda que el proceso de auditoría cumpla los pasos establecidos en la Guía de Pautas para la implementación del PAMEC sugerida por el Ministerio de Protección Social, a saber: obtener y revisar la información necesaria, formarse un juicio profesional y emitir un concepto objetivo sobre lo auditado.

Este proceso permite a los responsables del equipo emitir un diagnóstico del estado actual de los procesos frente a lo esperado, para lo cual se debe definir una metodología teniendo en cuenta que cada proceso a evaluar tiene sus propias particularidades.

Este proceso de auditoría debe contener una fase de planeación donde se definen los objetivos, se revise el estándar de calidad, se determinen las técnicas de auditoría, la forma como serán aplicadas y el diseño de los papeles de trabajo donde se registrará y consignará la información; y una fase de ejecución donde se aplicarán las técnicas seleccionadas, se registrará la información recolectada verificando su claridad y calidad y se realizarán anotaciones de observaciones adicionales relativas al procedimiento.

Se recomienda para la elaboración detallada de los planes de acción, utilizar herramientas básicas de calidad: tormenta de ideas, cuadro de afinidades, histograma, gráfico de Pareto, gráfico de tendencias, diagrama de causa efecto, matriz de priorización, entre otras las cuales permiten establecer un objetivo relacionado y acorde al proceso seleccionado, definir las estrategias a utilizar así como los mecanismos para incentivar o motivar a los involucrados en el problema, definir las barreras que puedan presentarse y estrategias para superarlas, garantizando que se cubran todas las oportunidades de mejora y definiendo los mecanismos de evaluación.

Se recomienda que luego de fortalecer los anteriores pasos de la ruta crítica del PAMEC se incluya un formato donde se pueda condensar de manera gráfica las acciones propuestas frente a las ejecutadas, los factores críticos de éxito, las dificultades que se pudieran presentar durante su realización y la medición posterior de los indicadores donde se perciba los cambios en las metas propuestas.

Se sugiere además que para el desarrollo de las actividades propuestas en el plan de mejora cada coordinador y jefes de área que se desempeñen como líderes de los procesos deben gestionar la implementación de las actividades y tareas propuestas en el plan, promoviendo la participación del equipo de trabajo a cargo. De igual forma el equipo de trabajo tanto asistencial como administrativo debe generar y mantener una cultura de autocontrol permanente frente al cumplimiento de los compromisos adquiridos.

Es recomendable que la institución dentro de su plan de acción estructure el monitoreo secuencial que se realizará a través de los indicadores, las pautas emitidas por el Ministerio sugieren que los resultados de dichos indicadores se les haga seguimiento al menos durante seis meses, de manera que se pueda analizar si se presentaron cambios en la brecha inicial entre calidad observada y calidad esperada y de esta manera tomar decisiones sobre estandarizar los procesos ó reevaluar las causas principales de las fallas de calidad iniciando un nuevo ciclo de mejoramiento.

Elaborado por Patricia Gómez Prada Ana Gineyda Angarita Shirley Puello Aroca	Revisado por	Aprobado por
--	---------------------	---------------------