

**PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD, PARA
LA CLINICA DERMATOLOGICA CUIDARTE S.A. BUCARAMANGA
SANTANDER**

**LUZ ANGELA MORENO
PAOLA PETRO SANCHEZ**

**CONVENIO CES/ UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA
2015**

**PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD, PARA
LA CLINICA DERMATOLOGICA CUIDARTE S.A BUCARAMANGA
SANTANDER**

**LUZ ANGELA MORENO
PAOLA PETRO SANCHEZ**

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

**CONVENIO CES/ UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD
BUCARAMANGA**

2015

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	13
1 .DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	17
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	18
2. OBJETIVOS.....	20
2.1. OBJETIVO GENERAL	20
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
3. MARCO TEORICO	21
3.1. MARCO JURÍDICO.....	21
3.1.1. Constitución Política De Colombia (1991).....	21
3.1.2. Leyes	21
3.1.2. Decretos.....	23
3.1.3. Resoluciones	25
3.1.4. Circulares.....	27
3.1.5. Lineamientos.....	27
3.2 MARCO CONCEPTUAL	30
3.2.1 Principios de la auditoria	34
3.2.2 Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.....	35
3.2.3 Tipos de acciones.	36
3.2.4 Énfasis de la auditoría según tipos de entidad.....	37
3.2.5 Procesos de auditoría en las EAPB y en las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.	37

3.2.6 Procesos de auditoria en las instituciones prestadoras de servicios de salud.	38
3.2.7 Articulación de la auditoría con los demás componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.	38
3.2.8 El ciclo de mejoramiento o PHVA.	40
3.2.9 Ruta Crítica del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC)	43
3.3. MARCO INSTITUCIONAL	47
3.3.1 Constitución.	47
3.3.2 Área de influencia.	47
3.3.3 Principales patologías objeto de atención institucional	47
3.3.4. Procedimientos realizados con mayor frecuencia	47
3.3.5 Equipos biomédicos.	48
3.3.6. Procesos institucionales.....	48
3.3.7 Estructura organizacional.....	49
3.3.8 Distribución de áreas	50
3.3.9 Plataforma Estratégica.....	51
4. DISEÑO METODOLOGICO	56
5. RESULTADOS.....	58
5.1 AUTOEVALUACION	58
5.2 SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR	61
5.3 PRIORIZACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA	61
5.4 DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA.....	63
5.5 MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	64
5.6 PLAN DE ACCIÓN PARA PROCESOS SELECCIONADOS.....	65
5.7 EJECUCION DEL PLAN DE ACCION	69
5.8 EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO	69
5.9 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	70

5.10 CRONOGRAMA PAMEC.....	71
6. CONCLUSION.....	74
7. RECOMENDACIONES.....	75
BIBLIOGRAFÍA.....	76
ANEXOS.....	80

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Formato para la Autoevaluación.	59
Tabla 2. Formato para la selección de procesos	61
Tabla 3. Matriz para la priorización de oportunidades de mejora.....	62
Tabla 4. Modelo de ficha técnica	63
Tabla 5. Formato de medición inicial del desempeño de los procesos.....	65
Tabla 6. Matriz para elaboración del plan de acción.....	68
Tabla 7. Formato para la evaluación del mejoramiento	69
Tabla 8. Cronograma PAMEC	71

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Ciclo de mejoramiento o PHVA	42
Figura 2. Ruta Crítica del PAMEC	43
Figura 3. Mapa de procesos	48
Figura 4. Organigrama Clínica Dermatológica Cuidarte S.A.....	50
Figura 5. Diagrama causa –efecto.....	66

RESUMEN

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), es implementado en Colombia como una forma en la que una entidad verifica un componente de mejoramiento continuo en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), de esta manera las instituciones que ofrecen servicios de salud podrán garantizar la prestación de un servicio con calidad. Para tal efecto en este trabajo se diseñan los aspectos técnicos y metodológicos básicos de un modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud para la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A. de Bucaramanga; los cuales permiten estandarizar la evaluación sistemática y continua de los procesos prioritarios, y asimismo mejorar los niveles de calidad de la institución con el fin de garantizar una atención segura a todos los usuarios.

Los servicios de salud en Colombia son responsabilidad del Estado, por lo tanto se hace a una revisión de la normatividad vigente con respecto al SOGC estableciendo cuales tiene aplicabilidad al PAMEC.

Palabras clave: seguridad del paciente calidad de la atención en salud, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la atención en salud, auditoria, calidad, herramientas, procesos, riesgo, usuarios.

ABSTRACT

The Audit Program for the Improvement of the Quality of Care in Health (PAMEC), is implemented in Colombia as a way in which an entity verifies a component of continuous improvement in the compulsory system of quality assurance, in this way the institutions that provide health services will ensure the provision of a service with quality. For this purpose in this work the basic technical and methodological aspects of a model audit for the improvement of the quality of care are designed in health for the Dermatology Clinic CUIDARTE S.A. in Bucaramanga; which allow to evaluate in a systematic and continuous priority processes, and also improve the standards of the institution in order to ensure a safe care to all users.

Health in Colombia are the responsibility of the State, so it is a review of current regulations regarding the SOGCS setting which has applicability to the PAMEC.

Key words: safety of the patient, quality of health care, mandatory system of warranty of the quality of health care, audit, quality, risk, tools, processes, users.

GLOSARIO

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. [1]

Atención en salud: Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. [1]

Auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios [1]

Calidad de la atención de salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. [1]

Ciclo de mejoramiento continuo (PHVA): es un ciclo de mejoramiento en el cual se basa la auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la atención en salud. [1]

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. [1]

Criterios de auditoria: Comprende la norma con la cual el auditor mide la condición. Es también la meta que la entidad está tratando de alcanzar o representa la unidad de medida que permite la evaluación de la condición actual. Igualmente, se denomina criterio a la norma transgredida de carácter legal-operativo o de control que regula el accionar de la entidad examinada [2]

Entidades administradoras de planes de beneficio: Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada. [1]

Evidencia de la auditoria: Viene a ser la información que obtiene el auditor para extraer conclusiones en las cuales basar su opinión. La evidencia de auditoría abarca los documentos fuente y los registros contables que sustentan a los estados financieros y la información corroborativa proveniente de otras fuentes.

Conjunto de hechos comprobados, suficientes, competentes y pertinentes (relevantes) que sustentan las conclusiones del auditor. [2]

Hallazgos de la auditoria: Son asuntos que llaman la atención del auditor y que en su opinión deben comunicarse a la entidad, ya que representan deficiencias importantes que podrían afectar en forma negativa su capacidad para registrar, procesar, resumir y reportar información financiera, de acuerdo con las aseveraciones efectuadas por la gerencia en los estado financieros. Pueden referirse a diversos aspectos de la estructura de control interno, tales como: ambiente de control, sistema de contabilidad y procedimientos de control. [2]

Instituciones prestadoras de salud: grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud. [1]

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. [1]

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. [1]

Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes[1]. En la Resolución 2003 de 2007 se incluye dentro del grupo de prestadores a las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos. [17]

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. [1]

Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la atención en salud (SOGCS): Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. [1]

INTRODUCCION

Desde inicios de la humanidad el hombre ha tenido la necesidad de poseer un adecuado uso de sus recursos para subsistir en su vida cotidiana, como resultado de ello ha utilizado diversos recursos para realizar cuentas simples, comenzando con conteos esenciales con los dedos de manos y pies, palos, piedras entre otros, hasta llegar al uso de tributos como el impuesto y de sistemas que permitieron el manejo de otro tipo de operaciones; se tiene conocimientos de que el control, el cual se encuentra estrechamente ligado a la auditoria que ha existido desde tiempos remotos, en cada país ha tenido un uso diferente y es aplicado para conseguir objetivos distintos, la importancia de esta actividad es realmente relevante a nivel mundial. [3]

Sin embargo, los antecedentes de la auditoria, los encontramos en el siglo XIX, en el año 1862 donde aparece por primera vez la profesión de auditor o de desarrollo de auditoría bajo la supervisión de la Ley Británica de Sociedades Anónimas. Desde entonces, y hasta principios del siglo XX, la profesión de auditoría fue ascendiendo y su demanda se extendió por toda Inglaterra, llegando a Estados Unidos, donde los antecedentes de las auditorias actuales fueron forjándose, en busca de nuevos objetivos donde la detección y la prevención del fraude pasaban a segundo plano y perdía cierta importancia la auditoria, como tal, ha experimentado grandes cambios, y han sido cuantiosos los autores que han dedicado parte de sus vidas y de sus estudios a indagar sobre este tema, entre ellos James Watt y Mathew Bolton, quienes desarrollaron una propuesta para estandarizar y medir procedimientos de operación en el año 1800; En 1966, José Antonio Fernández desarrolla un marco comparativo entre diferentes enfoques de la auditoría administrativa; En 1971, Agustín Reyes Ponce ofrece una visión general de la auditoría administrativa.[3]

Entendiendo así la génesis y un poco la importancia de la auditoría podemos hablar entonces de “la auditoría en salud nace con la profesión médica, bajo las vertientes fundamentales de evaluar y educar. Las prácticas actuales para mejorar la calidad en salud tiene varios orígenes: el método científico y los modelos de actividad institucional como la gestión de calidad total o el mejoramiento continuo de la calidad, modelos industriales utilizados en el sector salud” [4]

Hoy por hoy la auditoría es considerada como un método efectivo para fortalecer y mejorar la calidad de la atención, la cual permite evaluar procesos de prestación de servicios, y mediante esto evaluar el impacto de la atención en salud. La auditoría de la calidad en la atención en salud es un proceso que busca mejorar la atención de los pacientes y tiene en cuenta aspectos de estructura, procesos y resultados de la atención los cuales son evaluados sistemáticamente con el fin de generar cambios.

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud es considerada como; “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud” [5], además tiene como finalidad crear cultura de autocontrol, mediante evaluaciones constantes no solo de resultados sino también de las técnicas utilizadas, y la respectiva verificación de ejecución de metas de acuerdo a lo planeado, con la finalidad de corregir cada proceso realizado.

La auditoría tiene como objetivo asesorar, acompañar y velar por óptimos resultados en el proceso de atención en salud; dejando de lado buscar e identificar el responsable de los errores, y más bien buscar la causa y consecuencia con el fin de sugerir acciones correctivas o preventivas que hagan de la prestación de servicios de salud un proceso eficiente. Tanto así que las instituciones han implementado políticas de calidad para los servicios de salud con el fin de procurar el bienestar de la población.

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC), es implementado en Colombia como una forma a través de la cual una institución efectúa un componente de mejoramiento continuo en el sistema obligatorio de garantía de calidad, de esta manera las instituciones que ofrecen servicios de salud podrán garantizar la prestación de un servicio con calidad.

Basado en lo anteriormente expuesto se diseñara un Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud (PAMEC) para la clínica Dermatológica CUIDARTE S.A de la ciudad de Bucaramanga, la cual es una institución privada, conformada en el año 2010 que presta sus servicios de salud dermatológicos.

Como parte indispensable del Sistema de Garantía de la Calidad, es importante para la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A la implementación del Programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad (PAMEC), con el fin de propender por el cumplimiento de los principios declarados en el Decreto 1011 de 2006; como son accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad; y de esta manera prestar servicios de salud con calidad para los usuarios, estar en un ámbito de alta competitividad, cumplir no solo con lo que dicta la ley, sino también la política gerencial y su planeación estratégica.

El diseño del PAMEC (Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud) en la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A. se enmarca bajo los parámetros establecidos en la ruta crítica propuesta en el documento “Pautas para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud” emitido por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en el año 2007; basándose para ello en la metodología del ciclo de mejoramiento continuo de la calidad (PHVA). [5] en donde la fase de planeación incluye la autoevaluación de los procesos misionales de la organización, la selección y priorización de las oportunidades de mejora y la definición de la calidad esperada; la fase de

ejecución comprende la medición inicial del desempeño de los procesos y finalmente, la fase del actuar para conseguir lo esperado implica el diseño y ejecución de un plan de mejoramiento, la evaluación de la mejora conseguida y el aprendizaje organizacional. Además se tomara como referente las buenas prácticas de seguridad del paciente con el fin de disminuir el riesgo y logrando la satisfacción de cada uno de ellos. [6]

1 .DEFINICION Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo a la normatividad vigente que rige para el territorio Colombiano, se hace obligatorio que todo prestador de servicios de salud, debe cumplir con un sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC) como lo reglamenta el Decreto 1011 de 2006; el cual consta de cuatro componentes: el Sistema Único de Habilitación (SUH), sistema de información para la calidad (SIC), la auditoria para el mejoramiento de la calidad con su herramienta (PAMEC) y el Sistema Único de Acreditación (SUA); que se implementa de manera voluntaria con el fin de alcanzar los máximos estándares de calidad.[1]

El plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) en la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A, hace referencia al mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento, de la calidad observada en los procesos asistenciales realizados por la institución con respecto a la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios que allí se atienden.

La Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A no ha tenido un sistema de gestión o de garantía de la calidad eficiente e indudablemente la instauración y la operación de un modelo de auditoria de la calidad puede constituir los principios o bases para establecerlo, y asimismo ofrecer servicios con calidad a sus usuarios como lo estipula la Norma.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta todos los esfuerzos que ha realizado el estado con el fin de salvaguardar la integridad de las personas y más aún en este año 2015, donde queda la Salud como un derecho fundamental, así como está consagrado en la Ley 1751 de 2015, lo reglamentado por el Decreto 1011 de 2006, y lo estipulado en la Ley 100 de 1993, se hace necesario que las instituciones prestadoras de servicios de salud cumplan con los requisitos de calidad y seguridad del paciente, teniendo en cuenta que el objetivo es mejorar la prestación de servicios a través de la implementación de un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC).

De acuerdo con lo mencionado en el numeral 1.1 del presente trabajo, el Sistema de Garantía de la Calidad ha resultado ser ineficiente en la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A., debido a que el concepto de calidad que se ha fundamentado ha sido casi que de manera exclusiva en el autocontrol, hecho que no es completo ni suficiente; por lo tanto, se hace necesario de manera imperativa y urgente la actualización, e implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, con el fin de mantener un sistema de calidad adecuado que garantice la excelencia de los procesos realizados en la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A.

El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la clínica Dermatológica CUIDARTE S.A., tiene como objetivo el mejoramiento continuo de los procesos, mediante la identificación permanente de oportunidades de mejora, y la implementación de las acciones necesarias que permitan alcanzar y mantener los niveles de calidad deseada.

El diseño del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, en la clínica Dermatológica CUIDARTE S.A. se fundamenta en las siguientes razones:

Éticas: la propia esencia de las labores de prestación de servicios de salud, determina la importancia de evaluar la calidad de los servicios ofertados, pues las fallas en los procesos de atención, pueden representar consecuencias para la salud o para la vida de las personas.

Legales: el Decreto 1011 de 2006, así como las normas que lo modifican, obliga a las organizaciones del sector de la salud a diseñar, implementar y desarrollar programas de auditoría de la calidad de la atención en salud, como una herramienta fundamental para ejecutar planes de mejoramiento continuo, cuya finalidad es garantizar la seguridad del paciente.

Económicas: la ejecución de los procedimientos de auditoría debe contribuir a mejorar los niveles de eficiencia en la operación de los servicios prestados, con el fin de lograr costos de atención razonables.

Corporativas: la gerencia de la clínica Dermatológica CUIDARTE S.A. está comprometida con el mejoramiento continuo de los servicios de salud prestados, para que estos alcancen un alto grado de calidad y de esta manera los usuarios puedan recibir una atención que dé respuesta a sus necesidades y expectativas logrando su satisfacción y fidelización con la institución.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar los aspectos técnicos y metodológicos básicos de un modelo de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud para la Clínica Dermatológica CUIADARTE S.A., que le permitan evaluar de manera sistemática y continua sus procesos prioritarios, con el propósito de alcanzar y mejorar los niveles de calidad predeterminados.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relacionar la normatividad aplicable al diseño, elaboración e implementación del plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad que inciden de manera directa en el desarrollo del PAMEC propuesto.
- Elaborar el cronograma de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, teniendo en cuenta las etapas que conforman la ruta crítica del PAMEC, propuestas por el Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia, que permita determinar tiempos, actividades responsables, metodología entre otros.
- Diseñar los instrumentos necesarios que se utilizaran para la implementación de la ruta crítica, como son formato de autoevaluación, formato de priorización, formato de desarrollo de planes de mejoramiento entre otros.
- Socializar el cronograma de auditoria con el equipo directivo---para que sea implementado en una próxima etapa.

3. MARCO TEORICO

3.1. MARCO JURÍDICO

La estructura legal de este trabajo se basa en la siguientes normatividad; en orden cronológico corresponde a:

3.1.1. Constitución Política De Colombia (1991). Conocida también como la “Constitución de los Derechos Humanos”; la cual establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, fundada en el respeto a la dignidad humana y señala la atención de la salud como un como servicio público a cargo del Estado. [7]

La Clínica CUIDARTE S.A. a través del PAMEC podrá garantizar servicios con calidad y protegiendo la integridad y vida del usuario como lo estipula la Constitución, en su artículo 49; que determina las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas.

3.1.2. Leyes

LEY 10 DE 1990, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y en su artículo 49, hace referencia a las normas científicas y de calidad de los servicios.[8]

LEY 100 DE 1993, (Ley estatutaria) por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. En el artículo 227 se establece que: “Es facultad del gobierno nacional expedir normas relativas al sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud, incluyendo la auditoria médica; con el fin de garantizar adecuada calidad en la prestación de los servicios de salud y el cual está conformado por cuatro subsistemas: Sistema General de Seguridad

Social en Salud, Sistema General de Pensiones, Sistema General de Riesgos Profesionales y Servicios Sociales Complementarios. [9]

LEY 715 DE 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. En su artículo 42, numeral 10, establece: “definir en el primer año de vigencia de la presente ley el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.[10]

LEY 1122 DE 2007, por la cual define el aseguramiento en salud, en cuanto a la gestión del riesgo y la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud; a través de la creación del Sistema de Inspección Vigilancia y Control (IVC); por medio de la Superintendencia Nacional de Salud.[11]

LEY 1438 DE 2001, en su Art. 53 prohíbe cualquier limitación de acceso al servicio de salud, o cualquier restricción en la continuidad, oportunidad, calidad en la atención de los usuarios.

Artículo 107, por el cual se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad orientado a la obtención de resultados y el artículo 108 que hace referencia a los indicadores de salud. Con el fin de que los usuarios tengan información y la garantía a la libre elección del prestador del servicio [12]

LEY 1751 DE 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud de manera autónoma e irrenunciable Art 1 y 2 y brindar de manera oportuna, eficaz y con calidad la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

Los principios que rigen el derecho fundamental a la salud son: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, universalidad, equidad, continuidad, oportunidad entre otros. [13]

3.1.2. Decretos

DECRETO 1011 DE 2006, por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGC).

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

Artículo 2. Define el la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud 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.

Artículo 3. Con el fin de evaluar y mejorar la Calidad de la atención en salud, el SOGCS, deberá cumplir con algunas características como son la Accesibilidad, Oportunidad, Seguridad, Pertinencia y Continuidad, atributos que se definirán con mayor profundidad en el marco teórico del presente trabajo.

Artículo 4. Los componentes del SOGCS, son los siguientes:

El Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

La Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud implica:

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

Artículo 33. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) están obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud.

Artículo 37. Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán establecer un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

- *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 (acceso oportuno, pertinencia, continuidad y seguridad).

- *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.

En los Artículos 45, 46, 47 y 48, se hace referencia al Sistema de Información de la Calidad y determina sus principios tales como: gradualidad, sencillez, focalización y participación entre otros. [1]

DECRETO 903 DE 2014, Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud

Este decreto tiene por objeto dictar disposiciones y realizar ajustes al Sistema Único de Acreditación en Salud, como componente del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, así como definir reglas para su operación en los Sistemas Generales de Seguridad Social en Salud y Riesgos Laborales.

En el **Artículo 4** se hace referencia a los principios del Sistema Único de Acreditación en Salud y los cuales son: gradualidad, manejo de información e integralidad. [14]

3.1.3. Resoluciones

RESOLUCIÓN 1446 DE 2006, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud.

En el **Artículo 2** se definen los niveles de operación del sistema de información para la calidad: monitoria del sistema, monitoria externa y monitoria interna. [15]

RESOLUCIÓN 2181 de 2008, por la cual se expide la guía aplicativa del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Carácter público. Las Fuerzas Militares y de la Policía que se hayan acogido de manera voluntaria al (SOGCS), o que contraten con servicios de salud con los planes de beneficios, se les aplicara lo dispuesto en esta norma. [16]

RESOLUCION 2003 de 2014, por la cual, se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud. Dentro de las condiciones de capacidad tecnológica y científica se exige el diseño e implementación del PAMEC por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). [17]

RESOLUCION 2082 de 2014, Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud

Esta resolución tiene por objeto citar disposiciones encaminadas a fijar los lineamientos generales que permitan la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud como componente del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud. [18]

RESOLUCIÓN 1379 DE 2015, por la cual se establece el mecanismo para el reporte de información que permitirá la verificación de la entrega de la carta de “Derechos y Deberes” del afiliado y del paciente y la carta de desempeño de la Entidad Promotoras de Salud.

Es importante dar cumplimiento a esta norma, por cuanto el programa de mejoramiento de la calidad en salud PAMEC, propende a dar garantías sobre los servicios prestados y al mejoramiento de la calidad a todos los usuarios y en todo el territorio Nacional. [19]

3.1.4. Circulares

CIRCULAR ÚNICA DEL 2007 SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. El propósito de ésta circular es; recopilar, modificar y actualizar todas las circulares externas; entre estas la Circular 030 del 2006, por medio de la cual se imparten instrucciones en materia de calidad para evaluar y mejorar la calidad en la atención en salud. Además facilita sus funciones de Inspección, vigilancia y control y es considerado como un instrumento jurídico unificado [20].

CIRCULAR 056 DEL 2009 Y CIRCULAR 057 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, por la cual el sistema de indicadores de calidad de alerta temprana. [24] Tiene como mecanismo o estrategia, recopilar, revisar, analizar y evaluar las variables de oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la atención y prestación de los servicios de salud. Adicionalmente, orientará a los usuarios en el conocimiento y ejercicio de sus derechos y deberes de los usuarios del sistema en salud. [21]

3.1.5. Lineamientos

PAUTAS DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. (SOGCS)– 2007 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Documento que considera la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud, como una herramienta de gestión de la calidad, la cual propicia el mejor desempeño del sistema y en la salud de la población; donde el Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC), comprende un conjunto de principios que debe llevar a las organizaciones a pensar en más allá de la de establecer guías y protocolos para la evaluación de la calidad y actividades de seguimiento que sirvan únicamente para la inspección. Debe ser visto como un proceso de autocontrol que permita minimizar las posibles fallas de calidad que puedan impactar en la seguridad del paciente, debido a que el mejoramiento continuo está

enfocado en el usuario y sus necesidades, con el fin de satisfacerlas y generar por ende la adherencia. [5]

LINEAMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA POLITICA DE SEGURIDAD AL PACIENTE.

El propósito de estos lineamientos, están orientados a fortalecer la “Cultura de Seguridad al Paciente”, con el fin de disminuir el riesgo y prevenir la ocurrencia de eventos adversos en el proceso de atención en salud. [22]

GUIA TECNICA “BUENAS PRACTICAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCION EN SALUD.

“El propósito de esta guía es brindar a las instituciones recomendaciones técnicas, para la operativización e implementación práctica de los mencionados lineamientos en sus procesos asistenciales, recopila una serie de prácticas disponibles en la literatura médica que son reconocidas como prácticas que incrementan la seguridad de los pacientes, bien sea porque cuentan con evidencia suficiente, o porque aunque no tienen suficiente evidencia, son recomendadas como tales por diferentes grupos de expertos”. [22]

Esta guía consta de 30 prácticas distribuidas en 4 grupos así:

Procesos institucionales seguros (8), Procesos asistenciales seguros (16), involucrar profesionales (4) e involucrar usuarios (2).

Las buenas prácticas que quedaron obligatorias en el sistema único de habilitación son:

1. Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos.
2. Monitorización de aspectos relacionados con la seguridad del paciente.

3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención.
4. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
5. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
6. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos
7. Prevención de escaras o úlceras por presión (decúbito)
8. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales
9. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
10. Atención segura del binomio madre – hijo. [23]

Esta Guía se complementa con el desarrollo de paquetes instruccionales que apoyan la implementación de sus recomendaciones en los procesos internos de las instituciones.

PAQUETES INSTRUCCIONALES.

El Ministerio de la Salud y Protección Social, en el año 2015 presenta la segunda versión de los 23 paquetes instruccionales, los cuales contribuyen a la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente; la segunda versión se publicó en el año 2015 y pueden ser consultados en el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud. [24]

Los paquetes instruccionales son los siguientes:

1. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes
2. Prevenir el cansancio en el personal de salud
3. Garantizar la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado.
4. Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud
5. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos

6. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
7. Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos
8. Prevención úlceras por presión
9. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales
10. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio
11. Reducir el riesgo en la atención a pacientes cardiovasculares
12. Reducir riesgo de la atención del paciente crítico
13. Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea
14. Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental
15. Prevención de la malnutrición o desnutrición
16. Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido
17. Atención de urgencias en población pediátrica
18. Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria
19. Sistema de reporte de seguridad en la unidad de cuidados intensivos
20. Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad
21. Evaluación de la frecuencia de eventos adversos y monitoreo de aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente
22. Modelo pedagógico
23. Seguridad del paciente y la atención segura.

3.2 MARCO CONCEPTUAL

Auditoria es el “examen crítico y sistemático que realiza una persona llámese auditor o grupo de personas independientes del sistema auditado, que puede ser una persona, organización, sistema, proceso, proyecto, o producto” [25].

“El origen de la palabra es del verbo inglés to audit, que significa “revisar” “intervenir” y es utilizado principalmente en to audit accounting, que es el concepto

de auditoría. El origen etimológico de la palabra es del verbo latino audire, que significa “oír”, que a sus vez tiene origen en que los primeros auditores ejercían su función juzgando la verdad o falsedad de lo que les era sometido a su verificación principalmente oyendo” [26].

La auditoría en salud, no es nueva; su primera referencia en el mundo, se remonta al “código de Hammurabi en el siglo XIX AC el cual especifico las consecuencias derivadas de los resultados de la atención “si un médico hace una grave herida con un cuchillo y muere el paciente, deberá cortarse la mano al cirujano”. [4]

“En Colombia se comienza a hablar de auditoría en salud a partir del año 1985 con la oficina de evaluación de calidad del Instituto de Seguros Sociales. En esta época, la auditoría fue entendida como una instancia fiscalizadora y de reprensión, un sentido opuesto al de la visión actual. Tradicionalmente la auditoría se ha utilizado como un mecanismo de evaluación de resultados, aplicado a hechos cumplidos, para verificar en primera instancia la veracidad de los resultados presentados y luego la sujeción de lo ejecutado a los planes iniciales.”[4]

La reforma del sector salud en la década de los noventa, creó el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) mediante la ley 100 de 1993; que reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con la finalidad de garantizar una calidad de vida acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social. En el año 1996, el Decreto de 2174 organiza el Sistema de Garantía de la Calidad, ordenando su implantación en las entidades de salud del país. En la actualidad el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social regula el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el Decreto 1011 de 2006 se establece que la atención en salud es el “conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”; además en ella también se define el término “Calidad de la atención en salud” como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios. [1]

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

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

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.

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.

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.

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. [1]

La auditoría, como parte integral del SOGC, se define como un componente del mejoramiento continuo en el Sistema de Garantía de Calidad en Salud; cuyo propósito es convertirse en un instrumento de evaluación y monitorización permanente para lograr la calidad deseada.

Los objetivos de mejoramiento están centrados en el usuario, confrontando la calidad observada con la calidad deseada, mostrando las desviaciones que se presentan; y así poder elaborar, implementar, hacer seguimiento a los planes y actuar para el mejoramiento, de manera que se impacte el cumplimiento de los estándares, para alcanzar niveles de calidad que garanticen acceso, oportunidad, pertinencia, seguridad a sus usuarios y continuidad en la atención.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

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

La evaluación de la calidad de la atención en salud es un elemento fundamental dentro del SOGC y, por lo tanto esta debe ser planeada, basada en criterios explícitos predeterminados, aplicarse con un enfoque sistémico, con unidad de propósito y cohesión y que lleve a cabo con un tiempo establecido.

Para lograr la efectividad del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, éste debe tener un enfoque sistémico y debe ser considerado no sólo como una herramienta de gestión de la calidad sino también como una herramienta de la gestión gerencial.

3.2.1 Principios de la auditoría

Autocontrol: cada persona consigue las destrezas y la disciplina necesarias para que los procesos en los cuales participa, se planeen y ejecuten acorde con los estándares adoptados por la organización, y darle solución oportuna y apropiada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

Enfoque Preventivo: busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales que obstaculizan aquellos procesos que lleven a los resultados esperados.

Confianza y Respeto: La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe estar fundamentada en la seguridad y transparencia del compromiso de las instituciones, para desarrollar, y establecer procesos de mejoramiento institucional.

Sencillez: la auditoría debe utilizar acciones y mecanismos claramente entendibles y de fácil aplicación para que cada miembro de la organización pueda realizar en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de cada proceso.

Confiabilidad: Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud deben garantizar la obtención de los mismos resultados, Independientemente de quien ejecute la medición.

Validez: Los resultados logrados deben reflejar justamente el comportamiento de las variables objeto de evaluación. [4]

3.2.2 Niveles de operación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. La auditoría en el marco del sistema obligatorio de garantía de calidad deberá implementarse en las instituciones y entre las organizaciones. [5]

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:

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

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 éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

Auditoría Externa: 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.

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

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 .Tiene como propósito establecer criterios explícitos de calidad, con base en los cuales se llevaran a cabo el autocontrol, la auditoría interna y la auditoría externa. Son ejemplos de acciones preventivas la elaboración de manuales y guías.

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.

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.

3.2.4 Énfasis de la auditoría según tipos de entidad. Las Entidades Administradoras de planes de beneficios deberán acoger indicadores y estándares que les permitan precisar parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, y con base a esto realizar acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, y de esta forma velar por el cumplimiento de sus funciones, garantizando el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención, y la satisfacción de los usuarios. [5]

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, y en relación a estos realizar acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la relación entre tales parámetros y los resultados obtenidos, y así garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales [5]

Las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deben asesorar a las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el desarrollo de sus procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, para fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. [5]

3.2.5 Procesos de auditoría en las EAPB y en las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. Estas entidades formarán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo procesos de autoevaluación constante de suficiencia de su red, midiendo el desempeño del sistema de referencia y contra referencia, con

la respectiva verificación de que los prestadores de salud cumplan con los parámetros de habilitación. Al igual que se hará evaluación continua a los usuarios en cuanto a la satisfacción y lo que concierne al ejercicio de sus derechos, y al acceso y oportunidad de los servicios [5]

3.2.6 Procesos de auditoria en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Estas entidades deberán establecer un Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, que como mínimo autoevalúe el proceso de atención de salud priorizando procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad, y hará evaluación continua y sistemática en lo que concierne a la satisfacción de los usuarios teniendo en cuenta los servicios entregados. [5]

3.2.7 Articulación de la auditoría con los demás componentes del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud. En el sistema obligatorio de garantía de la calidad todos sus componentes se interrelacionan para lograr un propósito: “generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud del País”, todos tienen un cierto grado de importancia y son independientes el uno del otro, teniendo en cuenta que sus acciones son afines hacia la búsqueda del mejoramiento continuo. Se tiene entonces que la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención es una herramienta en el sistema obligatorio de garantía de calidad con la que toda organización debe contar para minimizar brechas y obtener los resultados esperados, en los procesos que tienen que ver con la atención en salud, de esta manera crear cultura de mejoramiento continuo. [5]

Sistema único de habilitación en salud

Este componente del SOGC asegura a los usuarios que las instituciones donde son atendidos cumplen con estándares definidos, y son fundamentalmente de estructura, pero orientado a procesos y están dirigidos a los factores de riesgo que

podiera originar efectos adversos obtenidos del proceso de atención. La auditoría es articulada con el sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud al evaluar sistemática y periódicamente los indicadores para hacer seguimiento a los riesgos inherentes al tipo de servicios que presta. La habilitación es el punto de partida del cual inician los procesos de mejoramiento continuo de la calidad. [5]

Sistema único de acreditación en salud

El sistema de único de acreditación en salud es aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud, a las Entidades Promotoras de Salud, a las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, que voluntariamente decidan acogerse al proceso de acreditación con el propósito de cumplir niveles de calidad superiores, y superar los requisitos mínimos. Va dirigido a los procesos que están relacionados con los resultados esperados de la atención en salud; creando un modelo de mejoramiento continuo, promoviendo la cultura del autocontrol y crecimiento organizacional.

El enfoque de la auditoria es preciso con la acreditación en la búsqueda incesante del mejoramiento de la calidad de los procesos propios de la atención del cliente; la calidad esperada es definida a partir de estándares planteados en acreditación y de allí propone e implementa estrategias, y seguimiento a logros, con el objeto de reducir la brecha entre la calidad deseada y la calidad observada. Tanto la auditoria como la acreditación deben contemplar la eficiencia y efectividad para lograr su finalidad, y de esta forma impactar en el estado de salud del paciente, haciendo respetar sus derechos, y haciendo buen uso de sus recursos. La acreditación busca el mejoramiento haciendo comparación de las instituciones frente a estándares definidos anticipadamente, buscando siempre la excelencia y certificando toda capacidad que posee de prestar un servicio con calidad; y la auditoria utiliza evaluación concurrente de los servicios prestados, identificando

problemas de calidad y proponiendo acciones de mejora en las áreas más críticas.[27]

Sistema de información para la calidad

Está reglamentado por la resolución 1446 de 2006, instaura una serie de indicadores para el monitoreo del sistema y lineamientos para la vigilancia de eventos trazadores, frente a los cuales la auditoría para el mejoramiento de la calidad debe definir prioridades, establecer la calidad observada organizacional, puntualizar la calidad esperada y de esta manera iniciar acciones necesarias que permitan reducir la brecha.

3.2.8 El ciclo de mejoramiento o PHVA. Es la mejor forma de representar el enfoque del Mejoramiento Continuo, en donde:

P – PLANEAR: en esta fase se diseña el plan de auditoría, se evalúa el campo de aplicación, se definen procesos prioritarios y la calidad deseada de la institución, fuentes de información y quien hará el trabajo.

H – HACER: esta fase está orientada a la educación y entrenamiento de las personas para la realización de los medios establecidos en la etapa anterior, con la consecuente ejecución de lo planteado, y además está relacionada con la recolección de datos e información a través de informes estadísticos, haciendo seguimiento a las actividades del día a día, examinando el desempeño, identificando eventos adversos y determinando como se deben manejar esos riesgos de tal manera que impacten al Sistema de Garantía de Calidad de Salud. Además se diseña un documento donde quede registro de los resultados conclusiones y recomendaciones.

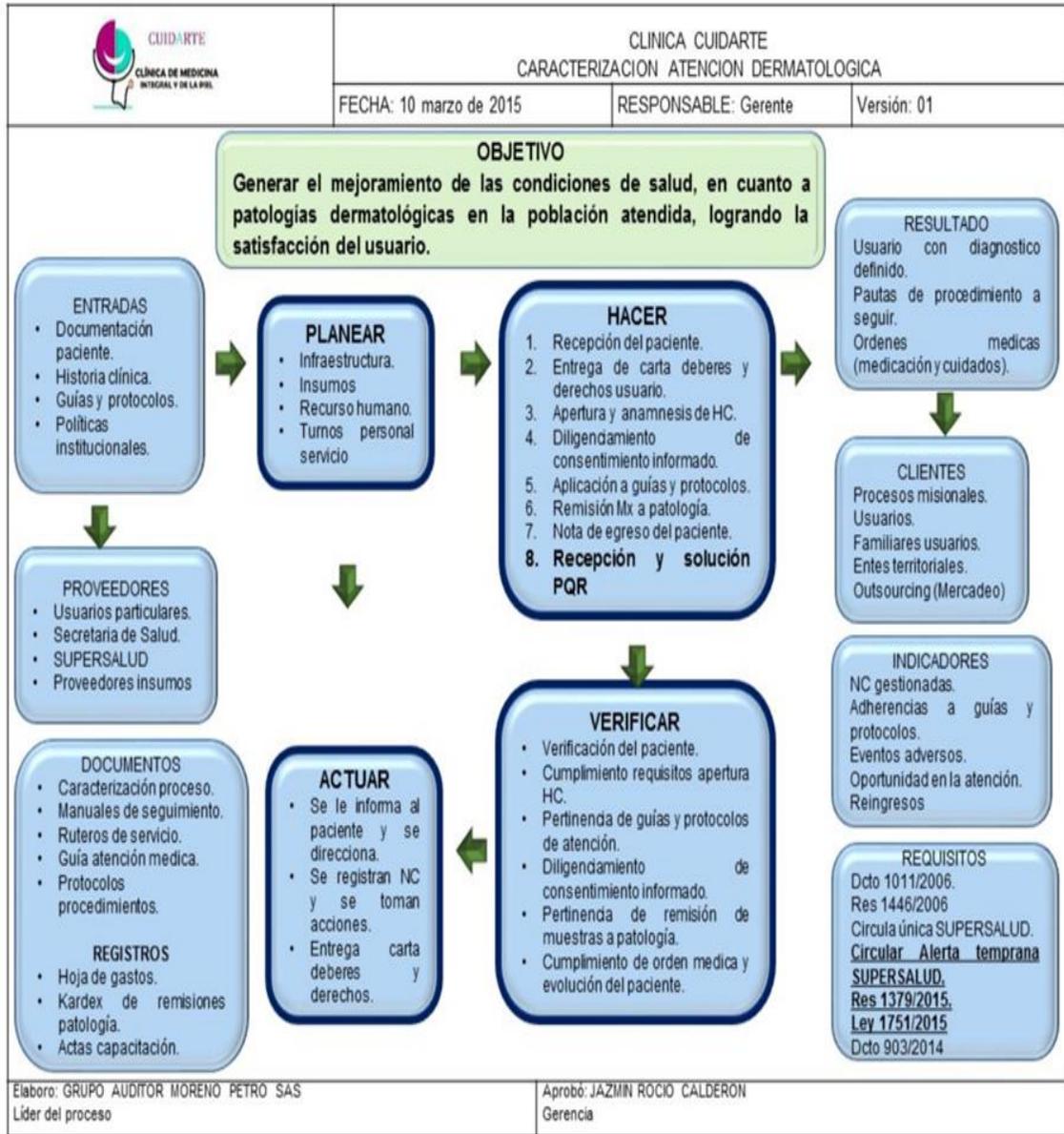
V – VERIFICAR: en esta fase se valida la ejecución de la etapa anterior, sobre la base de la evaluación del comportamiento de indicadores y de la aplicación de

métodos de evaluación los cuales deben estar incluidos en la auditoría para el mejoramiento de la calidad. Implementar la cultura del autocontrol, canalizando información que conlleve a la generación de un plan de mejora en los procesos.

A – ACTUAR: en esta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Básicamente hay dos posibilidades; en el caso en que la meta se haya cumplido, es necesario estandarizar la ejecución para mantener los resultados. La segunda opción es para el caso contrario, en el que la meta no se cumplió y por tanto, es necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar en el ciclo hasta alcanzar la meta. [5]

La relación del ciclo de mejora con las acciones de auditoría se presenta en que dichas acciones deben ser un plan de mejora en el cual la fase de verificación se convierte en actuar en un ciclo que se repite cuantas veces sea necesario para garantizar al usuario una prestación de servicios de calidad; para concluir, las acciones de auditoría se desarrollan identificando las oportunidades de mejora, priorizando, haciendo análisis causal, implementando acciones de mejora y reevaluando.

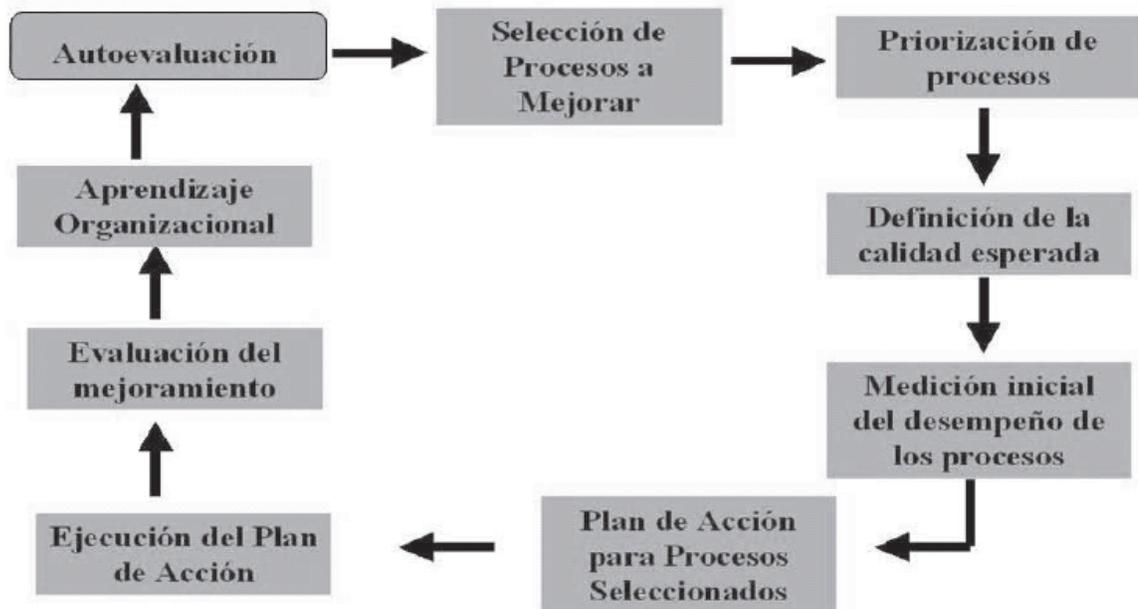
Figura 1. Ciclo de mejoramiento o PHVA



Fuente: adaptación por el grupo auditor, a partir del modelo de la Clínica Cuidarte S.A

3.2.9 Ruta Crítica del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud (PAMEC)

Figura 2. Ruta Crítica del PAMEC



Fuente: Ministerio de salud y la protección Social. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Bogotá, Imprenta Nacional de Colombia, 2007.

Primera etapa: autoevaluación

En el marco de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, la autoevaluación deberá realizarse tomando como referente cualquiera de estas opciones:

- Estándares establecidos dentro del sistema único de acreditación en salud
- Sistema de información para la calidad de la atención en salud
- Indicadores de seguimiento a riesgos definidos en el sistema único de habilitación para prestadores de servicios de salud

- Guía técnica “Buenas Prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”

La autoevaluación permite identificar, mediante un diagnóstico interno, las fortalezas y los problemas de calidad que están afectando directamente el servicio a los usuarios, generando así oportunidades de mejora.

Segunda etapa: selección de procesos a mejorar

Consiste en determinar a qué procesos institucionales pertenecen las oportunidades de mejora que se identificaron en la autoevaluación.

Tercera etapa: priorización de procesos

La priorización está orientada a mejorar aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones genere impacto de mayor beneficio, con un espacio de conocimiento, discusión, y participación. Se pueden utilizar varias herramientas en el proceso de priorización tales como diagrama de Pareto, matriz de priorización, jerarquización, entre otros. Esta priorización debe estar orientada a aquellos problemas de calidad que con mayor frecuencia impactan en la calidad de la atención en los usuarios, se tendrá en cuenta la disponibilidad de recursos y el compromiso adquirido por toda la organización.

Cuarta etapa: definición de la calidad esperada

En este paso se define cual es la meta a la cual quiere llegar la organización, de acuerdo a la problemática de calidad priorizada. Para esto se tiene en cuenta estándares de seguimiento a riesgos del sistema único de habilitación y de los indicadores del sistema de información para la calidad; así como los estándares de acreditación, y las buenas prácticas de seguridad del paciente. Cualquiera sea la opción que elija, se convierten en el nivel de calidad esperada institucional.

La calidad esperada de los procesos se define en las normas, guías o estándares establecidos en la organización; y para medir el cumplimiento de la misma se utilizan los indicadores, como mecanismo de monitoreo y observación.

Quinta etapa: medición inicial del desempeño de los procesos

Verificar si los procesos identificados como prioritarios lograron los resultados deseados hace parte de la estrategia de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Esto es posible con la identificación del nivel de calidad actual.

Para realizar la auditoria debe tenerse en cuenta la obtención y revisión de la información necesaria, la capacidad de formar un juicio profesional y la respectiva emisión de un concepto sobre lo auditado. Al final los responsables del proceso y el equipo de auditoria tendrán un análisis del estado actual frente a lo esperado.

Se hace necesaria la planeación de la auditoria teniendo algunos paso muy claros tales como el objeto de la auditoria , el estándar de calidad, la técnica aplicada para la obtención de la información, forma de aplicación, con el respectivo diseño de los papeles de trabajo y formatos de registro requeridos para consignar la información.

Seguida de la planeación de la auditoria se procede a la ejecución de la misma en la cual se debe aplicar las técnicas de auditoria y por ende la obtención de la información, con el debido registro en los papeles de trabajo, y además ver el cronograma de auditoria

Sexta etapa: plan de acción para procesos seleccionados

En este paso de la auditoria los responsables de los procesos y los equipos de auditoria tendrán una información que les permita crear planes de acción encaminados a la solución de las fallas de calidad encontradas y priorizadas. Para

la solución de estas fallas se podrán utilizar métodos como el de análisis y solución de problemas, análisis de causa raíz, entre otros.

La elaboración del plan de acción debe ser muy minuciosa, a fin de que sea capaz de bloquear las causas y solucionar el problema, generando indicadores para monitoreo y evaluación de resultados posteriores.

Séptima etapa: ejecución del plan de acción

Los directivos de la organización deben apoyar este paso de la auditoría, que inicia una vez finaliza el diseño del plan de acción. En este punto se da inicio a la implementación de las actividades contenidas en él, y el seguimiento a la ejecución de las mismas.

Octava etapa: evaluación del mejoramiento

En este punto se verifica la efectividad del plan de acción; esto puede hacerse a través de un análisis de los indicadores planteados por un periodo mínimo de 6 meses, como resultado podrá encontrarse que no haya mejora o no haya disminución de la brecha inicial entre calidad observada y calidad esperada, lo que concluye que el problema no fue detectado correctamente, o que la herramienta utilizada para analizar el problema no fue la más indicada. Para tal caso se tendrá que iniciar todo el ciclo y buscar la causa real del problema detectado.

El otro resultado puede ser que la brecha disminuya, con lo cual la organización deberá realizar las acciones básicas para iniciar el aprendizaje organizacional, e iniciar un nuevo ciclo de mejora.

Novena etapa: aprendizaje organizacional

En esta fase se tomarán decisiones definitivas, se crearán estándares con los cuales se harán controles periódicos y seguimiento constante, evitando que se presenten nuevas brechas entre la calidad esperada y la observada.

En conclusión, consiste en generar, consolidar y estandarizar los aprendizajes organizacionales, a partir de la implementación de las acciones de mejoramiento institucional.

3.3. MARCO INSTITUCIONAL

3.3.1 Constitución. La clínica CUIDARTE S.A. es una institución privada que se constituyó el 22 de enero del año 2010 y que presta servicios especializados de dermatología. Está ubicada en la calle 29 # 31-36 barrio la Aurora, en el perímetro urbano de la ciudad de Bucaramanga.

3.3.2 Área de influencia. Esta institución atiende a la población del casco urbano y los municipios aledaños tales como Girón, Piedecuesta, Floridablanca; además atiende usuarios de lugares distantes como son el Playón, Aguachica (Cesar), Santa Rosa Sur Bolívar y Pamplona (Norte de Santander). Cuenta con 10 empleados mediante contratación por prestación de servicios.

3.3.3 Principales patologías objeto de atención institucional

- Acné
- Melasma
- Dermatitis
- Vitíligo
- Psoriasis
- Cicatrices

3.3.4. Procedimientos realizados con mayor frecuencia

- Consulta dermatológica especializada
- Tratamientos para dermatitis.
- Tratamientos para el acné

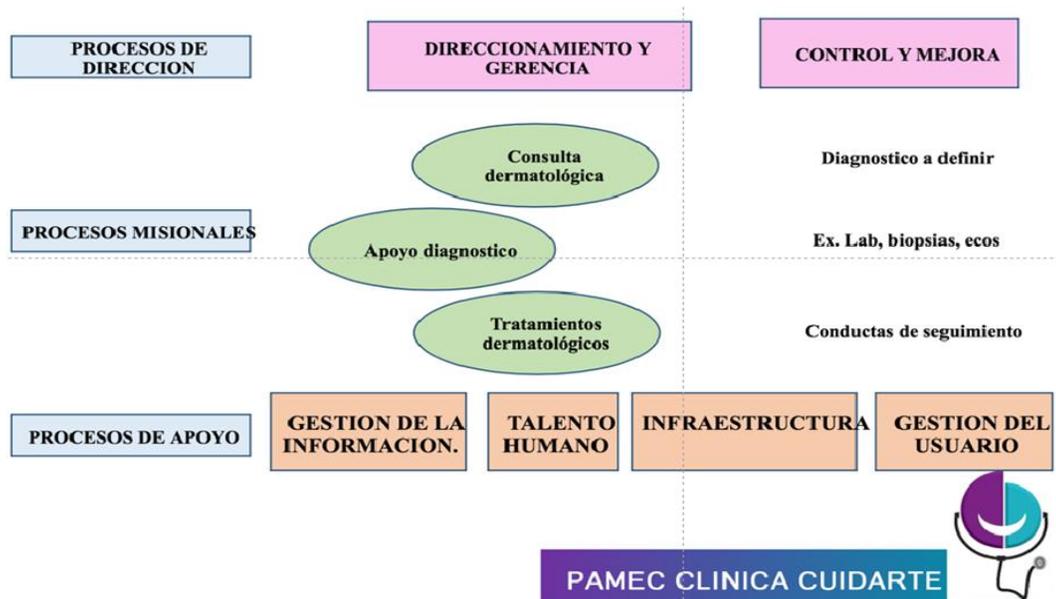
- Tratamientos para melasma

3.3.5 Equipos biomédicos. La Clínica CUIDARTE S.A. dispone de modernos equipos dermatológicos, que permiten estar a la vanguardia tecnológica, pero cumpliendo con lo dispuesto en la Normatividad vigente y tomando todas las medidas necesarias para salvaguardar la seguridad del paciente. Entre los principales están:

- Laser Active
- Fx, Dermapod
- Hydrafacial
- Luz pulsada, Radiofrecuencia,
- Vaporozon Multitake
- Microdermoabrador

3.3.6. Procesos institucionales

Figura 3. Mapa de procesos



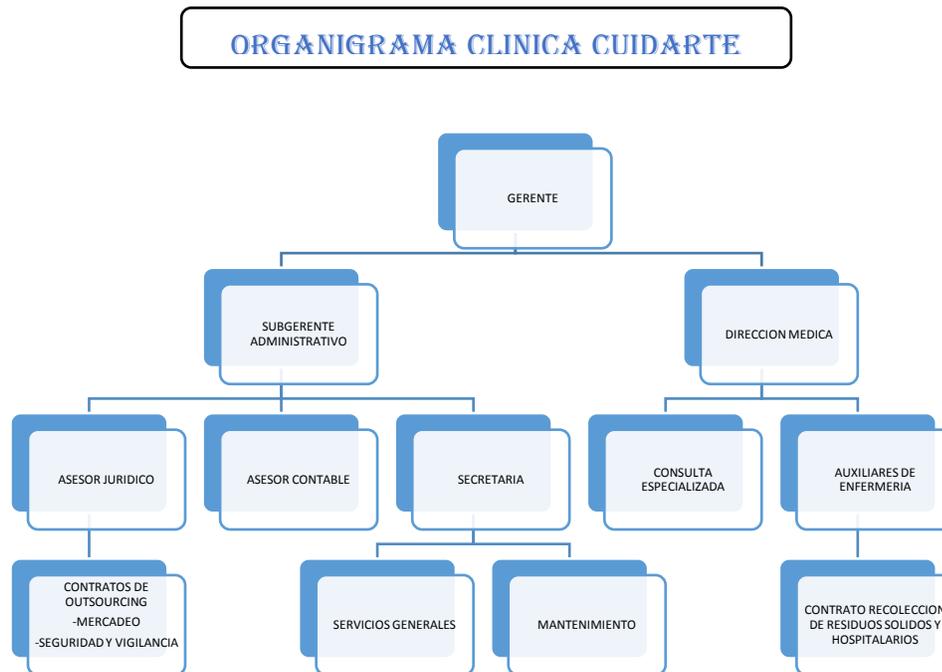
Fuente: Gerencia Administrativa Clínica CUIDARTE S.A.

3.3.7 Estructura organizacional

En la actualidad la Clínica CUIDARTE S.A. cuenta con:

- ✓ Un (1) Gerente
- ✓ Un (1) Subgerente Administrativo
- ✓ Un (1) Asesor contable
- ✓ Un (1) Asesor Jurídico
- ✓ Dos (2) Auxiliares de enfermería
- ✓ Dos (2) Médicos especialistas en Dermatología
- ✓ Una (1) Secretaria
- ✓ Una (1) persona de servicios generales
- ✓ Una (1) persona de mantenimiento.
- ✓ Un (1) Contrato de Outsourcing con una empresa responsable de las labores de mercadeo institucional
- ✓ Un (1) contrato de outsourcing con una empresa de vigilancia
- ✓ Un (1) Contrato con una empresa responsable de ejecutar las actividades de recolección y disposición final de los residuos hospitalarios peligrosos.

Figura 4. Organigrama Clínica Dermatológica Cuidarte S.A



Fuente: Gerencia General Clínica CUIDARTE S.A.

3.3.8 Distribución de áreas

La institución cuenta con las siguientes áreas

- ✓ Un (1) Área de recepción y admisión de pacientes.
- ✓ Una (1) Sala de espera.
- ✓ Dos (2) Consultorios para consulta dermatológica.
- ✓ Una (1) Sala de procedimientos mayores
- ✓ Tres (3) Salas para la realización de procedimientos menores y mínimamente invasivos
- ✓ Un (1) Área administrativa.
- ✓ 1 Área para lockers del personal institucional
- ✓ Un (1) cuarto de almacenamiento central de residuos hospitalarios y similares

- ✓ Un (1) cuarto de almacenamiento de dispositivos médicos e insumos
- ✓ Un (1) Área de cafetería.
- ✓ Tres (3) Unidades sanitarias para uso exclusivo del personal
- ✓ Tres (3) unidades sanitarias para uso exclusivo de los usuarios
- ✓ Tres (3) área de lavado de instrumental

3.3.9 Plataforma Estratégica

Misión

Propender por la salud de los usuarios a través de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades dermatológicas mediante una atención médica especializada, segura, de manera integral, efectiva eficiente y de calidad dentro del marco legal vigente; ayudando así a las personas a elevar su autoestima, agregando salud a su piel.

Visión

Ser reconocida como una clínica dermatológica con calidez humana y principios éticos, que ofrece servicios con los más altos estándares de cuidado médico y atención personalizada, encaminando sus esfuerzos hacia el fortalecimiento de una cultura organizacional enfocada en la prestación de servicios de salud con calidad, mejoramiento continuo , logrando la satisfacción de una población más sana.

Política de calidad.

En la Clínica dermatológica CUIDARTE S.A., estamos comprometidos con la prestación de servicios dermatológicos, brindando calidez y seguridad. .

Contamos con una infraestructura acorde a las necesidades del servicio y un equipo de trabajo competente, participativo, proactivo y con vocación de servicio,

dando cumplimiento a los requisitos de acuerdo a la Norma, contribuyendo una población más sana y feliz.

Política de Seguridad del paciente

La Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A. Garantiza la prestación de sus servicios centrados en la seguridad y confidencialidad en los procesos de atención tanto para el paciente como para la familia y/o acompañantes.

Nuestro equipo de salud está conformado por profesionales éticos, comprometidos y competentes, los cuáles implementan estrategias y mejores prácticas para el fortalecimiento de una cultura de seguridad al paciente, seguimiento a eventos adversos, todo aquello soportado en evidencias científicas, dentro de un ambiente seguro y en un constante aprendizaje organizacional; todo estos aspectos generan un entorno de seguridad y confianza para la población atendida.

Deberes y derechos de los usuarios de la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A.

Derechos de los usuarios de la clínica Dermatológica CUIDARTE S.A

- Recibir una atención con calidad, prestada por un equipo altamente calificado y comprometido.
- Recibir un trato digno y amable, que respete sus creencias, costumbres y opiniones sobre su enfermedad o tratamiento.
- Recibir una atención en estrictas condiciones de limpieza, seguridad y privacidad.
- Poseer una historia clínica en la que se registre todo el proceso de atención de acuerdo con la normatividad vigente.
- Recibir información necesaria sobre trámites, tarifas y otros aspectos administrativos necesarios para su proceso de atención.

- Recibir información clara de los servicios que se prestan en la Clínica dermatológica CUIDARTE S.A, y comprender el tipo de tratamientos y procedimientos que se le practicarán, así como los requisitos mínimos para acceder a ellos.
- Ser atendido en el horario programado o ser informado de manera oportuna en caso de haber algún cambio.
- A que se protejan sus pertenencias mientras recibe la atención.
- A ser escuchado y obtener respuesta a sus reclamos sugerencias e inquietudes.
- A que se le garantice un manejo confidencial de toda la información que reciba o genere la institución durante su proceso de atención.

Deberes de los usuarios

- Procurar el cuidado integral de la salud, cumplir con el tratamiento, recomendaciones e instrucciones del personal de la salud.
- Suministrar información clara y veraz sobre sus datos básicos y estado de salud cada vez que la institución así lo requiera.
- Tratar a todos los funcionarios de la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A. con respeto y amabilidad.
- Asistir oportunamente a todas las citas asignadas y en caso de no poder asistir avisar con 24 horas de anticipación.
- Llamar a un acompañante si su estado de salud así lo requiere.
- No fumar dentro de las instalaciones de la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A., ni en lugares aledaños a esta.
- Cuidar los bienes e inmuebles de la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A. y hacer uso racional de los recursos y servicios ofrecidos por esta.
- Cancelar cuando corresponda los pagos que se generen de su atención.
- Expresar por escrito su voluntad de no aceptar el tratamiento indicado y dejando dicha anotación en la historia clínica.

Objetivos de calidad

- Asegurar la calidad y calidez de los servicios, teniendo en cuenta el modelo de garantía de la calidad para la prestación de servicios de salud.
- Generar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población atendida logrando la satisfacción de los usuarios.
- Optimizar los recursos promoviendo la capacitación y socialización de los protocolos y políticas institucionales, logrando mejorar las competencias de talento humano.

Valores y principios

- **Respeto:** brindar a los usuarios un trato cálido, digno, amable y cordial permitiéndoles conocer sus derechos y deberes de los pacientes, dando cumplimiento a lo estipulado en la Res 1379 del 28 de abril de 2015.
- **Excelencia:** hacer las cosas bien y entregar más de lo que esperan los usuarios.
- **Honestidad:** ser coherente en los servicios ofertados y el cumplimiento de los mismos, con el propósito de generar confianza en la población atendida.
- **Trabajo en equipo:** compromiso de todos para lograr los propósitos de la organización.
- **Seguridad:** implementar mecanismos que permitan disminuir los riesgos y evitar la ocurrencia de eventos adversos.
- **Credibilidad:** Cada integrante de nuestra organización Clínica CUIDARTE S.A, debe actuar, atendiendo siempre a la verdad, fomentando credibilidad y generando una cultura de confianza al usuario.

Factores claves de éxito

- **Servicio de calidad:** la calidad en los servicios ofertados, es el factor determinante en el éxito de una organización, pues si se ofrece un buen servicio, tendrá clientes satisfechos; que pasara a ser la mejor publicidad.

Además toda institución así como recibe ingresos, de la misma forma debe invertir en todos los recursos necesarios, para ofrecer un servicio de calidad y apoyándose en elementos claves como la actualización, seriedad e innovación

- **Grupo de recurso humano calificado:** el éxito de toda organización dependerá mucho de los recursos humanos y las estrategias planteadas por este campo. El reto de las organizaciones es innovar y ofrecer productos y servicios atractivos que cubran las demandas de sus clientes y para ello se necesitan trabajadores emprendedores, con valores, altamente calificados y con un alto nivel enfocado hacia la proyección.
- **Solidez económica:** con unas finanzas estables y un capital de trabajo, se pueden satisfacer las necesidades de una organización, así como el mercado al que va dirigido y es posible, enfrentar cambios y desafíos de la actualidad, por la constante y rápida evolución que los negocios muestran específicamente en el área de la salud.
- **Publicidad efectiva:** es considerada como “el arte de persuadir”, a los posibles consumidores en el área de la salud los usuarios del sistema de salud, con un mensaje comercial mediante los diferentes medios de comunicación. Con este recurso se puede familiarizar el usuario con el servicio ofertado y orientado a satisfacer una necesidad, debido a que se resaltan los atributos y las ventajas de dicho servicio haciéndolo atractivo para el cliente.

Estos 4 factores serán certeros para el éxito de la Clínica CUIDARTE S.A. siempre y cuando se le dé un manejo adecuado y responsable en un mercado tan competitivo como es el sector salud.

4. DISEÑO METODOLOGICO

Se realizó una revisión temática aplicada a los procesos prioritarios de la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A., y a partir de allí se diseñó un modelo de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad “PAMEC”, basado en indicadores de seguimiento a riesgos y del sistema de información para la calidad de la atención en salud

Este proyecto, es un tipo de investigación sin riesgo, en la cual no hubo manipulación de variables, tanto biológicas como psicológicas de los pacientes basado en los principios éticos y morales, el respeto a las personas y la justicia.

Una de las herramientas, más comúnmente utilizadas para el diseño del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la Clínica CUIDARTE S.A. fue la tormenta ideas; la cual es una técnica, rápida, vigorizante y muy utilizada en los planes de mejoramiento de procesos diversos y consiste en sacar de un grupo de personas, en este caso del equipo de trabajo de la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A, una lista de ideas, percepciones, cuestionamientos, inconvenientes y hasta soluciones.

Las etapas o fases que componen la tormenta de ideas está:

- Fase de generación
- Fase de aclaración
- Fase de evaluación

En este proyecto, esta herramienta fue utilizada para:

- Discutir los principales inconvenientes que el equipo de trabajo deseaba abordar.

- Obtener soluciones alternas a los inconvenientes presentados.
- Identificar los obstáculos que pueden interferir en la implementación exitosa del PAMEC.
- Reunir información que nos conduzcan a hallar la causa de un problema.
- Para establecer los componentes de un plan de acción, principalmente lograr priorizarlos.

5. RESULTADOS

Para dar inicio al programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A se tiene en cuenta el modelo de la ruta crítica; para el diseño y posterior implementación del mismo; definido en el sistema obligatorio de garantía de calidad en salud y desarrollados de manera específica en las pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2007.

5.1 AUTOEVALUACION

El primer paso para desarrollar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud consiste en establecer los aspectos a mejorar, para ello debe realizar una autoevaluación interna, es decir, un diagnóstico básico general de la institución, mediante el cual se identifiquen los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o, que generen impacto en la atención del usuario.

Los participantes en el proceso de autoevaluación deben ser el equipo de calidad, el equipo auditor y el personal que participa directamente en el proceso auditado.

La autoevaluación del proceso de atención de salud de la “auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud” en la clínica Dermatológica CUIDARTE S.A, tiene como propósito realizar un diagnóstico que permita la identificación de fallas de calidad que afecten a la institución; con el fin de identificar oportunidades de mejora.

Esta primera fase se realiza empleando para ello como metodología la observación, la documentación, y la comparación entre lo que se hace y el deber ser, y la comparación entre la calidad esperada y la calidad observada.

Posterior a la realización de la autoevaluación se hará un listado de los procesos factibles a mejorar en la Clínica Dermatológica Cuidarte S.A.

El referente seleccionado para autoevaluación son los estándares de calidad definidos para los indicadores de seguimiento a riesgos y para aquellos del sistema de información para la calidad, establecidos en la Resolución 1446 de 2006, y que le aplican a la organización.

El formato que se utilizará en la autoevaluación es el que se presenta en la tabla 1

Tabla 1. Formato para la Autoevaluación.

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESTÁNDAR	FUENTE	FORTALEZAS	OPORTUNIDAD DE MEJORA
Atender al usuario sin retrasos que puedan poner en riesgo su salud	Oportunidad de la atención en la consulta médica especializada de dermatología	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido por primera vez en la consulta médica de dermatología y la fecha para la cual es asignada la cita/ Número total de consultas médicas de dermatología asignadas en la Institución	La cita de primera vez en dermatología debe ser asignada en un tiempo menor o igual a 3 días calendario después de la solicitud	Indicador de monitoria interna (seguimiento a riesgos) Fuente:diligenciamiento del formato SC-FT-125/comité de seguridad		
Satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios frente a los servicios prestado en la	Tasa de satisfacción global	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS/ Número	≥ 80%	Indicador de monitoria del sistema (nivel de operación definido en la Resolución 1446 de 2006)		

OBJETIVO	INDICADOR	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESTÁNDAR	FUENTE	FORTALEZAS	OPORTUNIDAD DE MEJORA
institución		total de pacientes encuestados por la IPS X (100)		Resultado arrojado por las encuestas de satisfacción de los usuarios. -diligenciamiento del formato FM-AU-01 de satisfacción.		
El personal de salud de la clínica debe adherirse a los protocolos asistenciales y a las Guías de práctica clínica (GPC) definidas por la institución, lo anterior con el fin de disminuir la variabilidad en el procesos de atención en salud	Proporción de criterios evaluados que se adhieren a la guía-protocolo institucional	Número de criterios evaluados que se adhieren a la GPC- protocolo institucional/ total de criterios evaluados X (100)	≥ 90%	Indicador de monitoria interna (seguimiento a riesgos) Formato FM-SM 02 para la evaluación de protocolos de atención y adherencia a guías		
La historia clínica debe ser diligenciada de manera clara, legible, sin enmendaduras , sin espacios en blanco, conteniendo la información básica necesaria.	Proporción de historias clínicas que cumplen criterios de calidad evaluados	Número de historias clínicas que cumplen criterios de calidad evaluados/ total de historias clínicas evaluadas X (100)	≥ 90%	Indicador de monitoria interna (seguimiento a riesgos) Diligenciamiento del Formato FM-MC 01 de auditoria de calidad para historia clínica.		
Gestionar de manera efectiva la totalidad de eventos adversos ocurridos en la atención del paciente.	Proporción de vigilancia de Eventos adversos	Número total de eventos adversos detectados y gestionados/ Número total de eventos adversos detectados X (100)	≥ 90%	Indicador de monitoria del sistema (nivel de operación definido en la Resolución 1446 de 2006) -Formato FM-GR 01 detección y gestión del evento adverso. Monitorización del indicador para el SIC		

Fuente: Formato autoevaluación elaborado por autores del proyecto.

5.2 SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

Una vez realizada la autoevaluación se debe determinar los procesos a mejorar junto con los problemas detectados a cada uno de estos. A continuación se presenta la herramienta a utilizar en esta etapa.

Tabla 2. Formato para la selección de procesos

Indicador	Oportunidades de mejora identificadas	Proceso seleccionado
Oportunidad de la atención en la consulta médica especializada de dermatología		
Tasa de satisfacción global		
Proporción de criterios evaluados que se adhieren a la guía-protocolo institucional		
Proporción de historias clínicas que cumplen criterios de calidad evaluados		
Proporción de vigilancia de Eventos adversos		

Fuente: formato selección de procesos elaborado por autores del proyecto.

En esta etapa interviene el equipo de calidad, el equipo auditor y el personal que participa directamente en el proceso auditado.

5.3 PRIORIZACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

La razón por la cual se hace necesario, establecer prioridades se debe a que los recursos son limitados y las necesidades por lo general son mayores, además para lograr un mejoramiento continuo se requiere de un proceso de aprendizaje individual y colectivo.

En esta fase se deben priorizar las oportunidades de mejora que se identificaron en la autoevaluación, de acuerdo al alto impacto que éstas generan en los factores claves de éxito definidos por la organización.

La responsabilidad en esta fase es del equipo auditor encargado.

Para las oportunidades de mejora se utilizará la siguiente matriz, propuesta por el Ministerio de salud y la protección social

Tabla 3. Matriz para la priorización de oportunidades de mejora

Indicador	Oportunidades de mejora identificadas	Proceso seleccionado	Factores claves de éxito			
			Servicio de calidad	Recurso humano calificado	Solidez económica	Publicidad efectiva
Oportunidad de la atención en la consulta médica especializada de dermatología						
Tasa de satisfacción global						
Proporción de criterios evaluados que se adhieren a la guía-protocolo institucional						
Proporción de historias clínicas que cumplen criterios de calidad evaluados						
Proporción de vigilancia de Eventos adversos						

Fuente: formato priorización de oportunidades de mejora adaptado de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad, Ministerio de salud y la protección social 2007

Para la priorización de cada oportunidad de mejora se evalúa cuál es su nivel de impacto frente a cada uno de los factores claves de éxito citados anteriormente; así:

- Alto impacto: se le asigna una calificación de 5 puntos
- Mediano impacto: se le asigna una calificación de 3 puntos
- Bajo impacto: se le asigna una calificación de 1 puntos

En esta etapa interviene el equipo de calidad, el equipo auditor y el personal que participa directamente en el proceso auditado

5.4 DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

El nivel de calidad esperada, es la forma ideal como se espera que se realice un proceso prioritario y la forma de seguimiento. Posterior a la selección de procesos prioritarios se establece la calidad esperada, buscando los mejores resultados en calidad esperados que impacten en la mejora de condiciones de salud en la población atendida en la Clínica Dermatológica CUIDARTE SA con el fin de mitigar el riesgo y propender por la seguridad del paciente.

Los indicadores de calidad, anteriormente mencionados, deben contar con una ficha técnica que permita estandarizar la recolección de datos y generar información confiable para la toma de decisiones.

A continuación se presenta el modelo de ficha técnica de los indicadores

Tabla 4. Modelo de ficha técnica

NOMBRE	Corresponde a la denominación del indicador de calidad, el cual debe indicar de manera clara y precisa lo que se quiere medir.
DOMINIO	Es el aspecto relevante de la asistencia que se valora o mide por ejemplo: acceso, oportunidad, pertinencia, seguridad, continuidad, satisfacción, etc.
DEFINICION OPERACIONAL	
NUMERADOR	Consigna la unidad que va a ser objeto de medida. Puede referirse a pacientes, exploraciones, visitas, diagnósticos, etc.
DENOMINADOR	Consigna la población a medir, según corresponda
UNIDAD DE MEDICION	Es el patrón que permite realizar las mediciones del indicador y que habitualmente se expresa en forma de porcentaje, pero también puede hacerse como una media o número absoluto.

FACTOR	Es un elemento (número) que actúa como condicionante para la obtención del resultado del indicador de calidad.
FORMULA DE CALCULO	Es la expresión matemática que consiste en la división del numerador entre el denominador, multiplicado por el factor correspondiente
FUENTE PRIMARIA DEL NUMERADOR	Considera la fuente de información que permite obtener los datos necesarios para el numerador y verificar su existencia. Las fuentes habituales son: documentales (sobre todo a partir de la Historia Clínica), observacionales, entrevistas y cuestionarios.
FUENTE PRIMARIA DEL DENOMINADOR	Considera la fuente de información que permite obtener los datos necesarios para el denominador y verificar su existencia. Las fuentes habituales son: documentales (sobre todo a partir de la Historia Clínica), observacionales, entrevistas y cuestionarios.
PERIODICIDAD DE LA MEDICIÓN	Es la frecuencia de medición del indicador dentro de la entidad que realiza el proceso.
RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN DEL INDICADOR	Persona encargada de medir el indicador
RESPONSABLE DEL ANÁLISIS DEL INDICADOR	Persona encargada de analizar el indicador
CONSIDERACIONES PARA EL ANÁLISIS	Hace referencia a las consideraciones que deben tomarse en cuenta para el análisis causal del comportamiento del indicador y así explorar y abordar de forma integral las causas explicativas en los actores involucrados
ESTÁNDAR	Es el límite propuesto como ideal de mejoramiento para alcanzar el desempeño deseable para la condición medida por el indicador.

Fuente: formato definición de la calidad esperada adaptado del documento “Biblioteca Nacional de indicadores, Ministerio de salud y la protección social 2007.

En esta etapa interviene el equipo de calidad, el equipo auditor y el personal que participa directamente en el proceso auditado.

5.5 MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

Esta fase se hace a través de la realización de una auditoria interna operativa aplicada los procesos escogidos como prioritarios. Como resultado de la medición y comparación con el nivel de calidad esperada, se podrán analizar las brechas que deben ser gestionadas para lograr obtener un resultado esperado de acuerdo a estándares.

Tabla 5. Formato de medición inicial del desempeño de los procesos.

Indicador	Atributo de calidad a mejorar	Meta	Resultado de la medición inicial	Seguimiento 1	Seguimiento 2	Seguimiento 3
Oportunidad de la atención en la consulta médica especializada de dermatología.	Oportunidad	≤ 3 días				
Tasa de satisfacción global.	Satisfacción	≥ 80%				
Proporción de criterios evaluados que se adhieren a la guía-protocolo institucional.	Calidad técnica/seguridad	≥ 90%				
Proporción de historias clínicas que cumplen criterios de calidad evaluados.	Seguridad	≥ 90%				
Proporción de vigilancia de Eventos adversos	Seguridad	≥ 90%				

Fuente: formato medición inicial del desempeño de los procesos, adaptada de Cartilla PAMEC Secretaría de salud de Medellín 2015.

En esta etapa interviene el equipo el equipo auditor.

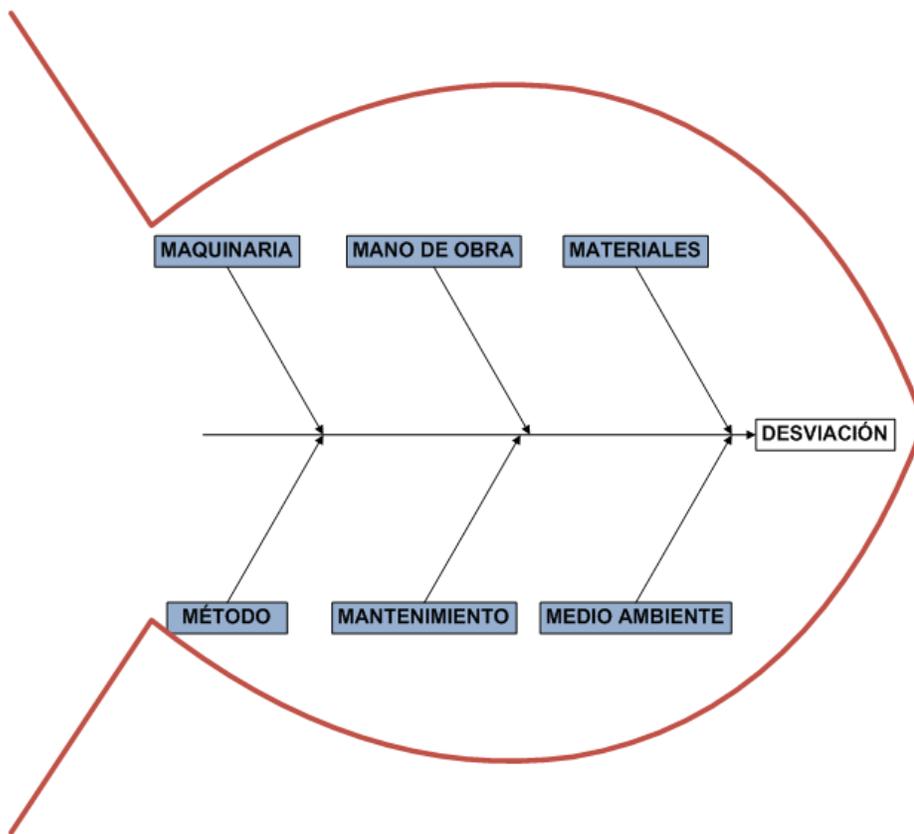
5.6 PLAN DE ACCIÓN PARA PROCESOS SELECCIONADOS

En esta etapa interviene el equipo de calidad, el equipo auditor y el personal que participa directamente en el proceso auditado.

De acuerdo a la información obtenida como resultados de la evaluación de los procesos, y de la identificación de las brechas operativas y administrativas, se procede a establecer los planes de acción con el objetivo de resolver las fallas de calidad.

En primer lugar es necesario determinar las causas que están generando las oportunidades de mejora que fueron priorizadas, para ello se propone utilizar el Diagrama de ISHIKAWA, llamado también diagrama “causa-efecto” o “espina de pescado”.

Figura 5. Diagrama causa –efecto.



Este tipo de diagrama permite establecer los resultados obtenidos, con sus posibles causas, es ampliamente utilizado para encontrar las causas raíz de un problema.

Este tipo de diagrama, simplifica al máximo, permitiendo rápidamente el análisis y obtención de soluciones frente al problema en cuestión; pues permite una

visualización más compacta y a la vez entendible de los inconvenientes que se presentan; así como la causalidad y también subcausas que puedan contribuir a la aparición del problema.

Para elaborar este diagrama se debe seguir los siguientes pasos:

1. Registrar el problema, o no conformidad
2. registrar el efecto generado
3. Identificar las causas mayores
4. Registrar estas causas en las flechas diagonales que semejan la espina de pescado y entre ellas podemos encontrar:
 - A nivel de mano de obra (problemas relacionados con talento humano)
 - A nivel de medio ambiente (problemas relacionados con infraestructura)
 - A nivel de maquinaria (problemas relacionados con la dotación- equipos)
 - A nivel de materiales (problemas relacionados con medicamentos, dispositivos médicos e insumos)
 - medicamentos, dispositivos médicos e insumos).
 - A nivel de método (problemas relacionados con procesos, guías, manuales y protocolos, Peticiones, quejas y reclamos y expectativas del usuario, claridad en la entrega de derechos y deberes de los pacientes, entre otros).
 - A nivel de mediciones (problemas relacionados con el control de procesos)
5. Ubicar las causas y sub causas en el diagrama.
6. Señalar las causas más probables, esto en base a los aportes del personal involucrado en los procesos, de manera que se determine la causa señalada y sea la de mayor impacto sobre el problema que se intenta resolver.
7. Priorizar las causas de acuerdo a la importancia con fin de eliminar el problema.

Una vez se hayan detectado las causas que generan la no conformidad y se observa un resultado no deseado en un indicador, entonces se utilizara esta matriz.

Tabla 6. Matriz para elaboración del plan de acción.

INDICADOR	OPORTUNIDAD DE MEJORAMIENTO	ACCION DE MEJORA PARA CERRAR LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	RESPONSABLE	FECHA DE REALIZACION	SEGUIMIENTO
	QUE	COMO	QUIEN	CUANDO	

Fuente: Matriz plan de acción, adaptado de Cartilla PAMEC Secretaría de salud de Medellín 2015.

Es importante tener en cuenta que:

- Las tareas o actividades a realizar, con el fin de mejorar las no conformidades, deben estar registradas por secuencia cronológica. En caso de que no se siga con el ordenamiento cronológico, entonces se ordenarán según importancia de ejecución, enumerando dichas tareas.
- Se deben registrar los tiempos en que se deben alcanzar dichos logros, para cada acción ejecutada.
- Es necesario especificar los recursos existentes con los cuáles ejecutaremos las tareas previstas y en caso de no contar con ellos entonces elaborar un presupuesto y anexarlo.
- Se debe definir y registrar en lo posible con nombres y sección o área en la que labora y que se encargará de la ejecución de la tarea asignada.
- Los grupos de trabajo se reunirán cada 6 meses para formular los planes de mejora para el siguiente periodo y posterior a su elaboración, entonces realizaran informes a la gerencia y se socializaran con todo el personal con fines de retroalimentación.

5.7 EJECUCION DEL PLAN DE ACCION

De acuerdo a la planeación descrita en la tabla No 6, se hará seguimiento al cumplimiento de las actividades que hacen parte del plan de mejora registrado a través de un instrumento que permita corroborar los resultados obtenidos, para determinar las desviaciones encontradas entre lo ejecutado y lo programado. En caso de existir retrasos, ausencias se realizaran ajustes pertinentes que permitan superar los imprevistos ocasionados.

En esta etapa participan todas las personas asignadas como responsables de la ejecución de cada una de las tareas consignadas en el plan de acción.

5.8 EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

En esta etapa se hará la verificación de la efectividad de las acciones de mejora, así como de las actividades de seguimiento que pueden ser trazadas a partir de los indicadores de calidad, que definen el impacto alcanzado. El objetivo es comparar los resultados de las mediciones de calidad obtenidas en esta etapa, con respecto a las mediciones iniciales y de allí se podrá dilucidar el nivel de mejoramiento logrado durante todo el proceso.

Tabla 7. Formato para la evaluación del mejoramiento

Oportunidad de mejora:
Objetivo a alcanzar:
Meta a alcanzar con el plan:
Indicador de seguimiento:

Actividades planeadas para el periodo	Actividades ejecutadas	Problemas que se presentaron	Cambios en la meta

Fuente: Tabla adaptada de las guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud.2007, modificada a título propio.

En esta etapa interviene el equipo de calidad y el equipo auditor.

5.9 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Es misión del grupo auditor de calidad en salud, realizar la retroalimentación a todo el equipo que hace parte de la organización y socializar los resultados obtenidos durante este proceso de mejoramiento para la calidad en salud y presentar esas mejoras a la gerencia para que evalúe la gestión.

Se establece por políticas de la organización que cada 6 meses el encargado de cada servicio presentara un consolidado a la gerencia, mostrando el impacto obtenido con los planes de mejoramiento y un informe del aprendizaje organizacional en lo que concierne a la cultura de seguridad del paciente.

5.10 CRONOGRAMA PAMEC

Tabla 8. Cronograma PAMEC

QUE	COMO	QUIEN	CUANDO		PORQUE
			Inicio	Fin	
CAPACITACION AL TALENTO HUMANO DE LA CLINICA DERMATOLOGICA CUIDARTE S.A	Impartiendo educación a todo el personal de la clínica, en cuanto a los aspectos básicos del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad atención en salud (PAMEC)	Auditor de calidad	10/3/16	11/3/16	La capacitación del personal, factor fundamental para fomentar el autocontrol y a la vez empoderamiento de c/u frente a sus funciones
1. AUTOEVALUACION	Tomando como referente los indicadores de seguimiento a riesgos y del sistema de información para la calidad de la atención en salud, se identifican las fortalezas y las oportunidades de mejora que afectan la prestación del servicio	Equipo de calidad, equipo auditor, responsables de los procesos evaluados	17/03/2016	31/07/2016	Etapa que nos permite identificar las no conformidades y fallas en la calidad en la organización
2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR	Adjudicando las oportunidades de mejora identificadas, a cada uno de los procesos responsables de su intervención	Equipo de calidad, equipo auditor, responsables de los procesos evaluados	01/08/2016	30/09/2016	Permite establecer cuáles son los procesos a mejorar.
3.PRIORIZACION DE PROCESOS	Identificando aquellas oportunidades de mejora que mayor impacto	Equipo de calidad,			Permite dar orden de importancia de acuerdo a los intereses de la

QUE	COMO	QUIEN	CUANDO		PORQUE
			Inicio	Fin	
	tienen sobre el servicio y sobre el accionar de la institución en todos sus procesos	equipo auditor, responsables de los procesos evaluados	01/08/2016	30/09/2016	organización
4.DEFINICION DE CALIDAD ESPERADA	Estableciendo como se desea que se realicen los procesos y cuales son resultados se quieren lograr.	Equipo de calidad, equipo auditor, responsables de los procesos evaluados	01/10/2016	10/01/2017	Se determina el grado de calidad que se desea conseguir
5.MEDICION INICIAL DE DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	Por medio de la medición de indicadores del sistema de información para la calidad en atención en salud y de seguimiento riesgos	Equipo auditor	11/01/2017	10/04/2017	Permite conocer el estado e gestión actual y de acuerdo a eso implementar los planes de mejora.
6.PLAN DE ACCION A PROCESOS SELECCIONADOS	Definiendo estrategias específicas para el cierre de las brechas, encontradas en la autoevaluación y priorizadas	equipo de calidad, el equipo auditor y el personal que participa directamente en el proceso auditado	11/04/2017	10/07/2017	Para conseguir la calidad deseada
7.EJECUCION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO	Implementando cada una de las acciones definidas en el plan de mejoramiento	Responsables de los procesos	11/07/2017	10/10/2017	Permite garantizar el cumplimiento de las actividades propuestas en el plan de mejora

QUE	COMO	QUIEN	CUANDO		PORQUE
			Inicio	Fin	
8.EVALUACION DL MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO	evaluando el impacto de las Acciones contempladas en el plan de mejoramiento, mediante la medición de los indicadores de gestión, revisión y comprobación de resultados obtenidos.	Auditor de calidad	10/10/2017	10/11/2017	Evaluar si las estrategias planteadas están siendo efectivas o requieren algún ajuste, durante este seguimiento.
9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	Ajustando los procesos intervenidos a fin de estandarizarlos dando y reentrenando al personal midiendo continuamente los indicadores del proceso mejorado	Todos los colaboradores	10/11/2017	30/12/2017	Para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada

6. CONCLUSION

Con este modelo de mejoramiento continuo para la calidad de los servicios de salud, prestados por la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A.; tanto asistenciales como administrativos, permitió establecer los procesos prioritarios, sobre los cuáles se diseñó el modelo a seguir para la implementación de un plan de mejoramiento para la calidad en salud (PAMEC), que es la herramienta más eficaz con la cual, cualquier institución prestadora de servicios de salud pone en práctica la estrategia del mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de salud. Otro valor agregado de la implementación del PAMEC, es el crecimiento organizacional que le permitirá ser más competente en el mercado actual y podrá contar con un modelo replicable para la conformación de otras sedes; permitiendo el crecimiento organizacional y por otra parte cumplir con lo estipulado por la normatividad vigente, la cual propende por la seguridad del paciente.

7. RECOMENDACIONES

Entre las recomendaciones más relevantes sugeridas para la Clínica Dermatológica

CUIDARTE S.A. tenemos:

- Capacitar frecuentemente al personal, tanto asistencial como administrativo en todo lo relacionado con el mejoramiento continuo con el fin de obtener servicios con calidad y así aumentar la satisfacción del Usuario.
- Iniciar cada vez un ciclo de mejoramiento, a partir de las Guías Básicas para la implementación de las Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud del 2007 y estar atentos a los nuevos lineamientos, ajustes y modificaciones que se vayan presentando en la legislación Colombiana.
- Fomentar la Cultura de seguridad al paciente, desarrollando permanentemente actividades orientadas cada vez a la consecución de oportunidades de mejora.
- Mantener de manera constante una retroalimentación, en todo el personal que labora en la Clínica Dermatológica CUIDARTE S.A., que permita de manera inmediata detectar no conformidades y aplicar correctivos pertinentes de manera oportuna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministro de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. 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. República de Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>
2. Contraloría General de la República, Manual de auditoría gubernamental – MAGU. Republica de Perú. 1998 Disponible en: http://doc.contraloria.gob.pe/libros/2/pdf/RC_152_98_CG_.pdf.
3. Grupo Español Russell Bedford. Auditoria en el mundo. [página de internet]. España: Red mundial de auditoria. [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.russellbedford.com.es/index.htm>
4. García H, Morales F, Torres B, Vega CM, León F, Marín ME, et.al. Auditoria En Salud. Medellín: CES; 2008.
5. Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud, Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. Sistema obligatorio de garantía de calidad. Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia: 2007.
6. Ministerio de Salud. Seguridad del paciente y la atención segura. Guía técnica “buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. República de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>.
7. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución política de Colombia de 1991. Republica de Colombia. Disponible en: http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm.
8. Ministerio de la protección social. Ley 10 de 1990. Inspección, Vigilancia y Control, de lucha contra la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial 47599 de enero 21 de 2010. República de Colombia. Disponible en:

<http://www.dmsjuridica.com/CODIGOS/LEGISLACION/LEYES/1990/L10%20DE%201990.htm>

9. Congreso de la República. Ley 100 del 1993. Diario Oficial 41.148 del 23 de Diciembre de 1993. República de Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
10. Congreso de la República. Ley 715 de 2001. Normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política. República de Colombia. Disponible en: <http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/presupuestogeneraldeplanacion/Normativapresupuesto/Leyes/Ley%20715%20de%20diciembre%2021%20de%202001>
11. Congreso de la República. Ley 1122 de 2007. Modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud. Diario Oficial 46506 de enero 09 de 2007. República de Colombia. Disponible en: http://salud.univalle.edu.co/pdf/ley_1122_200.pdf
12. Ministerio de Protección social. Ley 1438 de 2001. Reforma al sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. República de Colombia. Gobierno nacional. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf
13. Ministerio de Salud y Protección social. Ley 1751 de 2015. Regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. República de Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>
14. Ministerio de Salud y Protección social. Decreto 903 de 2014. Disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud. República de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-0903-de-2014.pdf>
15. Ministerio de Protección social. Resolución 1446 de 2006. Sistema de Información para la Calidad en Salud. Ministerio de salud y Protección Social. Diario Oficial 46271 de mayo 17 de 2006. República de Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20267>.
16. Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 2181 de 2008. Expedición la Guía Aplicativa del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter

- público. Diario Oficial No. 47.024 de 18 de junio de 2008. República de Colombia. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minproteccion_2181_2008.htm
17. Ministerio de salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014. Normas de habilitación de servicios de salud. República de Colombia. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf
18. Ministerio de salud y Protección Social. Resolución 2082 de 2014. Lineamientos para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. República de Colombia. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202082%20de%202014.PDF
19. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1379 DE 2015. Establece el mecanismo para el reporte de información que permitirá la verificación de la entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del paciente y la Carta de Desempeño de la EPS. Diario Oficial No. 49.496 de 28 de abril de 2015. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1379_2015.htm
20. Superintendencia nacional de salud. Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud. Instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control. República de Colombia. Circular externa No 047. Noviembre 30 de 2007. Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=c7GyWFYcQeQ=&tabid=103>
21. Superintendencia nacional de salud. Indicadores de alerta temprana. Circular 056 de Octubre de 2009:1-3. República de Colombia. Disponible en: http://www.husi.org.co/documents/10180/22622/ACTIVIDADES_E_INDICADO_RES_2013.pdf/5fc70c87-069a-42b8-a80a-3964cc9ee60e
22. Ministerio de la protección social. Lineamientos para la implementación de la política de la seguridad del paciente. República de Colombia. 2008. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/catalogo/docs/Lineamientos%20politica%20seguridad%20paciente.pdf>
23. Ministerio Salud y Protección social. Guía técnica “Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud”. Versión 2.0. República de Colombia. 2010. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

24. Secretaria de salud de Cundinamarca. Lineamientos para el seguimiento al PAMEC y a los indicadores de alerta temprana. Gobernación de Cundinamarca. Secretaria de Salud de Cundinamarca. Bogotá; 2014.
25. Diccionario inglés—español (1993). Editorial Cultural, Madrid
26. Lattuca A, Mora C, et.al. Manual de Auditoría. Federación Argentina de Consejos Profesionales de Ciencias Económicas. 2th ed. Buenos Aires: FACPCE 1991.
27. Ministerio de la protección social. Resolución 1445 de 2006. Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud. República de Colombia.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201445%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf

ANEXOS

 UNIVERSIDAD CES <i>Un Compromiso con la Excelencia</i>	CRONOGRAMA DEL PROYECTO						Cód.	
							Mod.	
							Ver.	
NOMBRE DEL PROYECTO	PLAN DE AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD, PARA LA CLINICA DERMATOLOGICA CUIDARTE S.A BUCARAMANGA SANTANDER							
DURACION DE LA EJECUCION DEL PROYECTO EN MESES	6 MESES							
N°	ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	observaciones
1	Etapa 1. Autoevaluación de la institución	X						
2	Etapa 2. Selección de procesos a mejorar en la institución		X					
3	Etapa 3 priorización de los procesos a mejorar en la institución		X					
4	Etapa 4. Definición de calidad esperada por la institución			X				
5	Etapa 5 .medición inicial del desempeño			X				
6	Etapa 6. Formulación del plan de acción.				X			
7	ejecución del plan de mejoramiento de los procesos seleccionados					X		
8	Evaluación del plan de mejoramiento de procesos seleccionados						X	
9	Retroalimentación y aprendizaje organizacional						X	