**ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC) EN LAS ORGANIZACIONES DE
SALUD**

ELABORADO POR:

**Viviana Andrea Gracia Figueroa.
Victoria Stefanía Navarrete Pineda.
Ingry Giovanna Sereno Ordoñez.**

**Facultad de Economía
Especialización en Auditoría de Salud
Sede Bogotá
2018**

**ESTRUCTURA DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE
LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC) EN LAS ORGANIZACIONES
DE SALUD**

Asesor:

**Dra. Alejandra Valenzuela Cazés
Fisioterapeuta
Especialista en Docencia Universitaria
Magister en Salud Pública**

**Facultad de Economía
Universidad Santo Tomás
Especialización en Auditoría de Salud
Sede Bogotá
2018**

TABLA DE CONTENIDO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
2. OBJETIVOS	5
2.1. Objetivo general	5
2.2. Objetivos específicos	5
3. JUSTIFICACIÓN	6
4. ELEMENTOS CONCEPTUALES	7
4.1. NORMATIVIDAD DEL CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	9
4.2. ESTÁNDARES GENERALES DE CALIDAD	10
4.3. PAMEC	11
4.4. ESTRATEGIAS PARA ANALIZAR RUTAS CRÍTICAS	11 Error! Marcador no definido.
5. METODOLOGÍA	13
6. RESULTADOS	15
7. DISCUSIÓN	17
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	19
9. RESUMEN	21
BIBLIOGRAFÍA	22

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Inicialmente como pregunta de investigación, se plantea ¿Qué constituye al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud (PAMEC) como instrumento de valor en el proceso de acreditación para el Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad en Salud (SOGCS)?

El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud está especialmente diseñado para dirigir a las instituciones que deseen voluntariamente postularse a un proceso de acreditación, y su ruta crítica es una serie de pasos que ayudan a las instituciones a enfocarse o redirigirse en este proceso hacia alcanzar estándares de calidad superiores y mejorar los resultados e indicadores de gestión de la calidad con los que cuenta ya la organización.

La acreditación en salud es un proceso que tiene grandes retos para las instituciones prestadoras de servicios de salud, dado que su fin principal es reconocer entidades habilitadas con estándares superiores de calidad en atención en salud y que promuevan el uso de buenas prácticas clínicas. Identificar el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud, y el planteamiento de estrategias apropiadas dentro de él, implica un gran desafío para las instituciones, ya que es un proceso de autoevaluación y de continuo mejoramiento, en el que la organización debe proponer un enfoque en tres etapas claves para su éxito, las cuales son: el autocontrol, auditoría interna y auditoría externa, así como se dicta en el artículo 33 del decreto 1011 de 2006. Otro factor determinante para seguir o no este paso es el tiempo de aplicación de los requerimientos en la ruta de evaluación del programa, que no solo requiere de continuidad sino de involucrar en la institución actores enfocados en la estandarización y acreditación de procesos, esto implica tiempo, recursos físicos y financieros. La motivación para realizar éste trabajo es resaltar la importancia y especificar los beneficios y puntos clave para dar inicio al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud en las instituciones (Decreto 1011, 2006)(Resolución 1446, 2006).

Teniendo en cuenta lo anterior el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud como herramienta de mejoramiento continuo va permitir a las entidades de salud el cumplimiento de estándares superiores de calidad; además del cumplimiento de las rutas de la ruta crítica establecida en cada una de las instituciones de salud. Es importante mencionar que el desarrollo de estas rutas deben de contener la evaluación de acciones de mejoramiento, evaluación de la ejecución auditorías internas frente a la ejecución de los planes de mejoramiento y evaluación del

aprendizaje organizacional basándose en la discriminación detallada de cada de estas etapas se debe realizar el reporte del cumplimiento del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud.

La importancia del programa de mejoramiento de la calidad de la atención en salud en las entidades Prestadoras de Servicios de salud se basa en la planeación estratégica, mejoramiento continuo y en los requisitos normativos de los diferentes entes de control, de los cuales se observan los esfuerzos por asegurar una atención en Salud acorde con las necesidades de los usuarios. Se determina que el grado de implementación de este sistema en la actualidad es bajo, encontrando pocas entidades que hacen dicho proceso, lo cual genera dificultades en cuanto a lo que se espera como calidad en un servicio dado.(Gómez, 2014)

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Evidenciar el valor del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud y de sus principales características en el proceso de acreditación para el SOGCS y en general para el aseguramiento de la calidad de atención en salud.

2.2. Objetivos específicos

- Describir los referentes teóricos, normativos del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud que abarque las características fundamentales del mismo.
- Aplicar el sistema 5W1H en los términos principales del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud.
- Evidenciar cómo el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud aporta elementos esenciales para el proceso de acreditación.

3. JUSTIFICACIÓN

Los principales obstáculos que enfrentan las organizaciones del Sector Salud es la ausencia de métodos, procesos y procedimientos documentados y actualizados. La falta de documentación no permite tener una memoria organizacional, concentrada en individuos aislados interpretando y aplicando cada cual los procesos a su manera. En estas circunstancias es muy difícil definir parámetros de rendimiento, establecer normas o definir metas de resultado; De lo anterior se observa que una de las quejas más frecuentes de los usuarios con respecto a la atención del servicio, son las demoras en la atención de sus citas, los interminables trámites que deben realizar estos para acceder a ciertos servicios, la falta de capacitación al personal en temas relacionados con la atención al usuario, hacen que las personas se sientan vulneradas y no satisfechas con el servicio prestado al no encontrar funcionarios dispuestos a escuchar y a solucionar sus inconvenientes.

Para conceptualizar el término de ventaja competitiva y calidad en el Sector Salud, primero se debe definir el término de planeación estratégica, ya que su finalidad es contribuir a mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios prestados y el producto entregado. Este concepto es la base de toda organización es por ello que por medio de él se define la filosofía organizacional y se logra construir la identidad de cada una de ellas. En cualquier organización sin importar el sector al cual pertenezca, la planeación debe ser un requisito fundamental, en primera medida porque este es un paso elemental del ciclo del desarrollo de su actividad; especialmente para el caso de las entidades de Salud, esta planeación permitirá conocer y desarrollar adecuadamente el enfoque u objetivo al que se van a dirigir, al igual que los otros sectores económicos este se sub-divide en diferentes especialidades. Conocer cuál es mi misión y visión así como determinar el desarrollo y medición de los procesos permitirá realizar evaluaciones permanentes que brindaran oportunidades de mejora que como consecuencia convertirán a la institución en una empresa más competitiva

De acuerdo a lo anterior se muestra la importancia de la planeación estratégica en las entidades prestadoras de Salud ya que de la estructura de sus procesos y de sus protocolos de atención dependerá la satisfacción del servicio entregado y recibido por los usuarios. Se considera que para estructurar un buen diseño de planificación estratégica primero la entidad tendrá que conocer el propósito principal de la misma, para así poder establecer cuál es la misión de su organización, como segunda acción la empresa deberá saber hacia dónde va y a dónde quiere llegar para así poder establecer la visión de su organización y seguidamente los objetivos estratégicos y estructura organizacional (Ministerio de Protección Social, 2006)

4. ELEMENTOS CONCEPTUALES

DEFINICIONES

AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD: Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

AUTOEVALUACIÓN: La Autoevaluación para el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud es el diagnóstico básico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan la organización, o de los aspectos que, en función del concepto de monitoreo de la calidad, tienen determinante importancia para la organización y son susceptibles de mejoramiento.

SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR: Es la generación de un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la organización.

PRIORIZACIÓN DE PROCESOS: Es la aplicación de una herramienta y/o metodología para ordenar los procesos a mejorar según la relevancia e impacto que generan en la calidad de la atención de la institución.

DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA: Es la determinación del nivel de calidad esperado a lograr por cada uno de los procesos priorizados.

MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS: Es el desarrollo de los procedimientos de auditoría operativa más adecuados para la medición de los procesos.

PLAN DE ACCIÓN Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO PARA PROCESOS SELECCIONADOS: Es la elaboración de un plan de acción detallada capaz de bloquear las causas y de solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además unos indicadores para evaluar posteriormente los RESULTADOS de su aplicación.

EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN: Una vez elaborado el plan de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en éste.

EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO CON COMITÉS: Es la evaluación del cumplimiento y efectividad de las acciones ejecutadas y el seguimiento a la implementación de las mejoras por parte de los diferentes comités.

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL: Hace relación a la toma de decisiones definitivas, realimentación y estandarización de mejoras de los procesos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007)

El decreto 1011 de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de calidad de la Atención de la Salud del sistema general de seguridad social en salud, este decreto cuenta con cuatro componentes fundamentales para el desarrollo de la atención en salud, los cuales son; sistema único de habilitación, sistema único de información, programa de auditoría para la calidad y sistema único de acreditación; para dar cumplimiento a este decreto se establecieron resoluciones a cada parámetro, siendo así la resolución 2003 de 2014 el marco de referencia para la habitación de los servicios, estos estándares se encaminan a la seguridad del paciente, entendida como los elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente comprobadas que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. En esta resolución se encuentran siete estándares: Talento humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos dispositivos médicos e insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia de servicios.

De igual forma se encuentra la resolución 1446 de 2006, la cual 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. Su objetivo es definir y establecer las condiciones y procedimientos para disponer de la información que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el sistema obligatorio de garantía de la atención en salud.

La resolución 1445 de 2006 define los lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la acreditación en salud.

La intencionalidad del mejoramiento continuo de la calidad en el Sistema Único de Acreditación en Salud va encaminado al desarrollo de acciones que cumplan en lo formal con los requerimientos establecidos por los estándares de acreditación.

4.1. NORMATIVIDAD DEL CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

Para el desarrollo del presente Plan de Auditoría Para el Mejoramiento de la Calidad en salud, se tendrá en cuenta normatividad aplicable para el sector salud entre la cual se encuentra:

- Decreto 1011 DE 2006: Establece el sistema obligatorio de garantías de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud.

- Resolución 2003 DE 2014: Define los procedimientos y condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar los servicios.
- Resolución 1445 DE 2006: Define las funciones de la Entidad acreditadora
- Resolución 5095 DE 2018: Adopta los manuales de estándares de Acreditación.
- Resolución 1446 DE 2006: 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.
- Circular 030 de 2006: Instrucciones respecto a los indicadores de calidad.

Los estándares de habilitación, establecidos en la resolución 2003 de 2014, buscan atender la seguridad del paciente, entendida como los elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. (Decreto 1011, 2006) (Resolución 2003, 2014)

4.2. ESTÁNDARES GENERALES DE CALIDAD

Los estándares no son más que los niveles mínimo y máximo deseados, o aceptables de calidad que debe tener el resultado de una acción, una actividad, un programa, o un servicio. En otras palabras, el estándar es la norma técnica que se utilizará como parámetro de evaluación de la calidad.

Una vez programadas las actividades de solución al problema de gestión, los círculos de calidad deberán definir los estándares de calidad del resultado, o los resultados esperados.

En el desarrollo de los estándares deben participar los miembros del equipo coordinador de la gestión de calidad, en la unidad de salud y representantes de los usuarios internos y externos del programa de atención integral en el cual se identificaron los problemas.

Se debe cuidar que los estándares no sean influenciados por lo que actualmente hace el personal, quienes son los responsables de la gestión o ejecución de la actividad, componente o programa con un problema. Los estándares deben ser monitoreados y evaluados periódicamente, aplicando indicadores, para saber si se está asegurando la calidad. (Ministerio de Protección Social, 2010)

ESTÁNDARES DE CALIDAD SOGCS
ACCESIBILIDAD
OPORTUNIDAD
SEGURIDAD
PERTINENCIA
CONTINUIDAD

4.3 PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD (PAMEC)

Es el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud, por el cual la IPS implementa el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, el cual se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como "el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada , respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios". RES. 123 DE 2012

4.4. ESTRATEGIAS PARA ANALIZAR RUTAS CRÍTICAS

La aplicación del ciclo **PHVA** (PLANEAR, HACER, VERIFICAR Y ACTUAR) es un continuo en el tiempo para analizar la ruta crítica de la siguiente forma:

- Planear (P): Esta fase está compuesta de dos etapas. La primera tiene por objeto identificar metas (que). La segunda tiene que ver con la definición de los medios (cómo), es decir, las maneras de alcanzar las metas.
- Hacer (H): Esta es la fase de ejecución de los medios establecidos en la fase inicial; a su vez, tiene dos etapas: la primera se orienta a la formación de las personas en las

formas o “¿Cómo?” establecidos para cumplir la meta; la segunda se presenta formalmente como la ejecución de lo planeado, pero tiene que ver, adicionalmente, con la recolección de los datos.

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

- Actuar (A): En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso de que la meta haya sido conseguida, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso. La otra opción es que no se haya cumplido con la meta, en cuyo caso resulta necesario corregir y ajustar el proceso, para volver a girar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

Las acciones de auditoría se desarrollan identificando las oportunidades de mejora, priorizando, haciendo análisis causal, implantando las acciones de mejora y reevaluando, lo cual quiere decir que las acciones de auditoría deben responder a un plan de mejora en el cual la fase de verificar se transforma en actuar en un continuo que repite cuantas veces sea necesario el ciclo de mejora hasta garantizar al usuario la prestación de servicios con calidad. Esta es su relación con el ciclo PHVA. (Ministerio de Protección Social, 2010)

El análisis **DOFA** (DEBILIDADES, OPORTUNIDADES, FORTALEZAS Y AMENAZAS) es una herramienta de diagnóstico y análisis para la generación creativa de posibles estrategias a partir de la identificación de los factores internos y externos de la organización, dada su actual situación y contexto. Se identifican las áreas y actividades que tienen el mayor potencial para un mayor desarrollo y mejora y que permiten minimizar los impactos negativos del contexto.

El nombre es un acrónimo de las iniciales de los factores analizados: Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas. En primer lugar se identifican los cuatro componentes de la matriz, divididos en los aspectos internos que corresponden a las fortalezas y las debilidades, y los aspectos externos o del contexto en el que se desenvuelve la organización que corresponden a las oportunidades y las amenazas. En la siguiente tabla se observa la distribución de la matriz inicial.

Análisis Interno	D ¿Cuáles son las debilidades y desventajas en su dependencia?
	O ¿Cuáles son las oportunidades de que su dependencia puede explotar?
Análisis Externo	F ¿Cuáles son las fortalezas y ventajas de su dependencia?
	A ¿Cuáles son las amenazas y los obstáculos que pueden afectar negativamente la evolución de su dependencia?

5. METODOLOGÍA

El trabajo realizado constituye una investigación de tipo descriptivo cualitativo

1. Mediante la metodología 5W1H se evaluarán los ítems dentro de la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud., dicha metodología incluye 6 preguntas fundamentales en la generación y evaluación de estrategias para el mejoramiento (vea tabla 1), tales preguntas se aplicarán a cada ítem

¿Qué? (WHAT?):	Incluye el ítem que se va a evaluar.
¿Por qué? (WHY?)	La razón que justifica la importancia o existencia del ítem evaluado.
¿Cuándo? (WHEN?)	El tiempo medio que cada ítem tiene para desarrollar su contenido, normalmente expresado en fechas de inicio y terminación
¿Dónde? (WHERE?)	El lugar donde se aplica regularmente el ítem.
¿Quién? (WHO?)	Los departamentos o dependencias a los que se les atribuye el desarrollo del ítem, también entrarán aquellos que participen de forma parcial.
¿Cómo? (HOW?)	La metodología o estrategia de aplicación de cada ítem.

(Trias et al, 2015)(Lasswell, 1979).

¿Qué es una investigación de tipo descriptivo?

La investigación de tipo descriptiva es la que se utiliza, tal como el nombre lo dice, para describir la realidad de situaciones, eventos, personas, grupos o comunidades que se estén abordando y que se pretenda analizar. En este tipo de investigación la cuestión no va mucho más allá del nivel descriptivo; ya que consiste en plantear lo más relevante de un hecho o situación concreta.

De todas formas, la investigación descriptiva no consiste únicamente en acumular y procesar datos. El investigador debe definir su análisis y los procesos que involucra el mismo. A grandes rasgos, las principales etapas a seguir en una investigación descriptiva son: examinar las características del tema a investigar, definir y formular hipótesis, seleccionar la técnica para la recolección de datos y las fuentes a consultar. (Universia, 2017)

¿Qué es fuente secundaria?

Las fuentes secundarias por otra parte, permiten conocer hechos o fenómenos a partir de documentos o datos recopilados por otros. Los informantes en ambos casos pueden ser personas o documentos inéditos o publicados, así como otras fuentes que posibilitan al investigador extraer conocimiento sobre un determinado problema en estudio (Guzman, 2010)

¿Qué es una investigación Aplicada?

Tiene como fin a través de enfocarse en el conocimiento existente y en desarrollo aplicar técnicas para el enriquecimiento del campo donde se esté aplicando. Considerando que la Investigación Aplicada se basa en una necesidad social práctica por resolver, algunos ejemplos de ella corresponden a los siguientes: cómo mejorar la calidad del aire en zonas urbanas, técnicas para otorgar durabilidad a un producto, solución a un problema de producción, atributos de semillas que les permiten germinar en climas adversos, descubrimiento de vacunas, etc. (Vargas, 2009) (CRAI, 2018)

6. RESULTADOS

Se estableció que el dónde en general se desarrolla en las Instituciones prestadoras de salud, para todos los ítems, pues son dichas instituciones las que requieren de la implementación del PAMEC en el contexto propuesto por éste trabajo. Para él cuando se muestra una tabla adicional que relaciona por bimestres el tiempo de implementación de cada paso.

¿Que?	¿Como?	¿Por qué?	¿Quien?
AUTOEVALUACIÓN	La autoevaluación se realizará con base en fallas y/o problemas de calidad relacionados con el mejoramiento de los indicadores de sistemas de información y Seguridad del Paciente.	PAMEC, está encaminado a la observación de los problemas de calidad que están afectando de manera directa a los usuarios y la organización, en la medida en que no se obtiene la satisfacción de sus necesidades, expectativas de calidad y no se obtienen los resultados esperados.	Dirección – Gestión de Calidad
SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR	Se realiza un listado de los procesos de Calidad que son objeto de mejoramiento	Porque es necesario concertar y concretar los Procesos que van a ser objeto de mejoramiento.	Dirección – Gestión de Calidad
PRIORIZACIÓN DE PROCESOS.	La priorización de los Procesos se realiza con base en los estándares de acreditación, es decir utilizando la matriz de Priorización con las variables riesgo, costo y volumen.	Por la importancia de identificar cuáles procesos son los que mayor impacto tienen tanto en los fines de desarrollo organizacional como asistencial.	Dirección Gestión de Calidad
DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA.	La definición de metas se hará teniendo en cuenta estándares establecidos y el nuevo manual de acreditación (Noviembre 2018) de acuerdo a las necesidades de la organización y sus usuarios objetivos.	Es importante definir cuál es la calidad que se quiere alcanzar, a partir de los estándares de acreditación establecidos para garantizar a los usuarios la prestación de servicios con las mejores condiciones de calidad que la organización pueda ofrecer.	Dirección– Gestión de Calidad
MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS.	La medición inicial de desempeño se realiza a través de los Indicadores previamente establecidos, con su respectiva ficha técnica. Se recomienda realizar monitoreos periódicos	Es fundamental llevar registro cuantitativo y cualitativo, pues al llevar a cabo el monitoreo y seguimiento se puede verificar el grado de desarrollo de las actividades programadas.	Dirección – Gestión de Calidad
PLAN DE ACCIÓN Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO PARA PROCESOS SELECCIONADOS.	De Acuerdo a las Estrategias de Mejoramiento Continuo se utilizará la matriz 5w, en la cual se plasmarán las actividades para la ejecución de las metas con sus respectivos responsables y cronograma de seguimiento.	Porque a través del Plan se puede visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de los problemas o fallas identificadas en los procesos.	Dirección – Gestión de Calidad
EJECUCIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN.	La ejecución se realiza de acuerdo a las actividades descritas en el plan de mejora.	Porque es la forma en la cual se operativiza realmente el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad	Todos los colaboradores
EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO CON COMITÉS.	La evaluación se realiza a través de una Auditoría encaminada a verificar el cumplimiento de las actividades planteadas.	Porque es necesario verificar el cumplimiento y efectividad del desarrollo de las actividades, de igual forma se hace seguimiento a las mejoras implementadas a través de los diferentes comités.	Dirección – Gestión de Calidad
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL.	Se realiza una reunión de cierre donde se dan a conocer los resultados de la implementación del PAMEC, con el objetivo de tomar decisiones, estandarizar procesos. Se da cierre al PAMEC de esa vigencia y se toman decisiones para la elaboración de un nuevo PAMEC.	Porque es necesario entrenar y capacitar las personas de la Organización en la obtención de Estándares sobre los cuales se realice seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la Calidad esperada y la Calidad Observada.	Dirección – Todos los colaborador es

7. DISCUSIÓN

Con respecto, al análisis 5W1H se evidencia que la ruta crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud es un ciclo de vital importancia para la acreditación, pues paso a paso, aporta robustez al conocimiento interno de la institución. Dado que cada proceso tiene como finalidad alimentar el plan de mejoramiento de cada entidad, el cual es relevante no solo observar que el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud es un plan estructurado especialmente para toda institución en salud que esté dispuesta y comprometida con la calidad, sino a su vez quiera dar inicio a un proceso de acreditación que siempre va en buscar en cumplir con los estándares de calidad, la promoción de las prácticas seguras tanto en procesos asistenciales como administrativos. Además, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud se adecúa en una caja de herramientas con fines de propiciar una guía e instrucción para toda organización del sector salud con alcances de cumplir con los procesos de acreditación.

Dentro de los pasos o etapas de la ruta crítica planteada por el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud se encontraron como relevantes:

- Autoevaluación
- Selección de procesos a mejorar
- Priorización de procesos

En primera instancia, está la AUTOEVALUACIÓN, que es uno de los pasos donde se establece de forma cuantitativa las fortalezas y oportunidades de mejora de la organización, para ello la institución debe conformar internamente un equipo de autoevaluación que revisa unos o todos los estándares de acreditación -dependiendo de los indicadores- según el manual de acreditación y normatividad vigente (resolución 5095, 2018) y los evalúa cuantitativamente uno por uno, obteniendo de ellos en conjunto un diagnóstico global de cómo se están realizando los procesos asistenciales y administrativos de la entidad, por lo que es de vital importancia la realización de un correcto diagnóstico, evitando sesgos ya que de ahí se tomarán decisiones que dirigirán hacia el mejoramiento y optimización de los recursos de la organización.

Por otro lado la SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR debe ser una de las principales prioridades de la entidad, ya que en esta etapa se determinan los procesos

críticos y se señalan las metodologías a mejorar que de una u otra forma ponen en riesgo la labor principal de la empresa si no se intervienen a tiempo. por medio de la herramienta de lluvia de ideas trabaja el comité conformado inicialmente, donde se quieren encontrar las causas raíz de los problemas, es de vital importancia el listado que se genera en este comité ya que estos procesos van a ser objeto de auditoría e incluirá metodologías de obligatorio cumplimiento es decir ejecución de estándares de acreditación.

La incorrecta realización del listado de procesos involucra para la organización un desvío en el logro de objetivos y metas en el mejoramiento de la calidad en salud, también acarrea insatisfacción del cliente.

Posteriormente la PRIORIZACIÓN DE PROCESOS, que requiere la realización de una matriz de priorización, es una herramienta que permite identificar los procesos que son de mayor relevancia para la entidad y cuales afectan directamente al cliente externo. Esta etapa es crucial ya que el equipo conformado evaluador debe de tener habilidades analíticas y perspicacia al tomar esta herramienta y realizar un paralelo con las oportunidades de mejora de la institución puesto que, de todos los procesos críticos, se toman los de mayor impacto y que se van a intervenir en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud, incluyendo estándares de proceso asistencial, de direccionamiento de la empresa y estándares de gerencia.

Por último se debe tener en cuenta que todas y cada una de las etapas de la ruta crítica son trascendentales, ya que requieren de una completa disposición por parte de los profesionales asistenciales y administrativos para continuar controlando y haciendo seguimientos a las etapas PHVA planteadas en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud, todo el personal debe mostrar una entera adherencia y compromiso con las metas propuestas, ya que solo gracias a ello se va a poder obtener una atención segura en los servicios asistenciales, y la entidad va a poder entrar en competencia con el mercado de innovación que cada día es más exigente.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1 Conclusiones

Para finalizar, en éste documento se evidencia de manera general el valor del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud y sus principales características en el proceso de acreditación para el SOGCS y también como aporta elementos esenciales como guía para el mejoramiento integral de la calidad de la atención en salud y como se evidencia su valor como herramienta en el proceso cíclico de continuo mejoramiento de la calidad observada junto con con la atención esperada en los servicios de salud.

A través de la metodología descriptiva del 5W1H se logró describir las características fundamentales del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud. El sistema arrojó información clave para identificar los términos principales del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud, sus procesos más “críticos” y relevantes dentro de la ruta crítica, donde los tres primeros pasos: la autoevaluación, la selección de procesos a mejorar y la priorización de procesos, son los que aportan en una mayor manera al proceso de medición y mejoramiento de la calidad.

8.2 Recomendaciones

Después de esta revisión y análisis conceptual del paso a paso del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud se recomienda crear mayor conciencia en las entidades de salud y a los entes acreditadores de la importancia y valor que tiene esta herramienta para los procesos de mejoramiento de la calidad en salud. Además, cabe resaltar que aunque una entidad no vaya a acreditarse cree la conciencia en sus dependencias tanto asistenciales como administrativas de usar metodologías de continua medición y planteamiento de plan de mejoras estructurado. Por otro lado es recomendable que el ente acreditador incentive a todas las entidades a postularse a un proceso de acreditación mediante las ventajas competitivas en el mercado que sugiere darle prioridades a los entes acreditados por ser los más adecuados y brindar mayor seguridad en los procesos asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

Gomez, S. M. (2014). LA IMPORTANCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN. Bogota.

Social, M. d. (2007). Ministerio de Salud y Protección. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección.

Guzmán, L. (2010). Las fuentes secundarias. [online] Ts.ucr.ac.cr. Obtenido de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000169.pdf> [11 Nov. 2018]

Ministerio de la Protección Social (2006), DECRETO NUMERO 1011 DE 2006, obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Ministerio de la Protección Social (2014), RESOLUCIÓN NÚMERO 00002003 DE 2014. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

Ministerio de la Protección Social (2010), Metodología De Cálculo De Costos De Calidad y No Calidad. (2018). Obtenido de: <http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%207/3.1estandares.html>

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. (2007) Sistema obligatorio de garantía de calidad, pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención al usuario. ISBN: 978-958-98220-6-7. Bogotá D.C. Imprenta Nacional de Colombia

Lasswell, H. D. (1979). *The political writings of Harold D. Lasswell*. Greenwood.

Universia Costa Rica (2017).Tipos de investigación: Descriptiva, Exploratoria y Explicativa. Obtenido de: <http://noticias.universia.cr/educacion/noticia/2017/09/04/1155475/tipos-investigacion-descriptiva-exploratoria-explicativa.html>

Vargas Cordero, Z. R. (2009). La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Educación*, 33(1).

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación-CRAI (2018), Definición y propósito de la Investigación Aplicada | Biblioteca DUOC UC. Obtenido de: <http://www.duoc.cl/biblioteca/crai/definicion-y-proposito-de-la-investigacion-aplicada>