

## **Información Importante**

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del catálogo en línea, página web y Repositorio Institucional del CRAI-USTA, así como en las redes sociales y demás sitios web de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor, nunca para usos comerciales.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

**Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación, CRAI-USTA**

**Universidad Santo Tomás, Bucaramanga**

**Informe de Gira Académica: Análisis de viabilidad**

**Análisis de la implementación del PAMEC en la ESE Hospital Nuestra Señora de los  
Remedios vigencia 2016**

**Anderson Roa Aceros, Ludy Mirana Balaguera Velandia**

**Trabajo de Grado para optar por el Título de Especialista en Gerencia de Instituciones  
de Seguridad Social en Salud**

**Director:**

**Alexander Almeida Espinosa**

**Docente investigador**

**Universidad Santo Tomás**

**Especialización Gerencia de Instituciones en Seguridad Social en Salud**

**Facultad de Economía**

**2020**

**Contenido**

|  | Pág. |
|--|------|
| Glosario.....  | 6    |
| Resumen.....   | 11   |
| Abstract.....  | 12   |
| Introducción.....  | 13   |
| 1. Planteamiento del problema.....   | 14   |
| 2. Objetivos.....  | 15   |
| 2.1 Objetivo General.....  | 15   |
| 2.2 Objetivos Específicos.....   | 15   |
| 3. Marco Referencial.....  | 16   |
| 3.1 Marco histórico (antecedentes).....                                      | 16   |
| 3.1.1 Marco contextual.....  | 20   |
| 3.2 Marco conceptual.....  | 27   |
| 3.3 Marco legal.....   | 31   |
| 3.4 Marco teórico.....   | 33   |
| 3.4.1 Auditoría.....   | 33   |
| 3.4.2. Calidad.....  | 36   |
| 3.4.3. Seguridad del paciente.....   | 37   |
| 3.4.4. Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad – PAMEC..... | 38   |
| 3.4.5. Diseño del PAMEC.....   | 43   |
| 3.4.6. Atención Centrada en el Cliente.....                                  | 59   |
| 3.4.7. Estándares para las Instituciones prestadores de salud.....           | 60   |
| 4. Método.....   | 61   |
| 4.1 Tipificación de la Investigación.....                                    | 61   |

|       |                                      |    |
|-------|--------------------------------------|----|
| 4.2   | Diseño de la Investigación .....     | 62 |
| 4.3   | Metodología .....                    | 62 |
| 4.3.1 | Población y Muestra. ....            | 64 |
| 5.    | Análisis del PAMEC.....              | 64 |
| 6.    | Discusión.....                       | 80 |
| 7.    | Conclusiones y Recomendaciones ..... | 85 |
|       | Referencias bibliográficas.....      | 87 |

**Lista de tablas**

|   | Pág |
|---|-----|
| Tabla 1. <i>Procesos del Hospital Nuestra Señora de los Remedios.</i> .....       | 25  |
| Tabla 2. <i>Marco Normativo.</i> .....  | 31  |
| Tabla 3. <i>Matriz de priorización</i> .....                                      | 47  |
| Tabla 4. <i>Diseño Metodológico.</i> .....  | 62  |
| Tabla 5. <i>Criterios de inclusión y exclusión</i> .....                          | 63  |
| Tabla 6. <i>Análisis del PAMEC Hospital Nuestra Señora de los Remedios.</i> ..... | 65  |
| Tabla 7. <i>Propuesta de Acciones de mejoramiento.</i> .....                      | 74  |

**Lista de figuras**

Pág

|   |    |
|---|----|
| <i>Figura 1.</i> Mapa de procesos. Adaptado de Reseña histórica de Hospital Nuestra Señora de los Remedios, 2014.....                     | 23 |
| <i>Figura 2.</i> Ciclo PHVA, Adaptado de Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, 2007, P 21. .... | 40 |
| <i>Figura 3.</i> Ruta crítica. Adaptado de Ministerio de la Protección Social, 2006. ....   | 43 |

## Glosario

**Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

**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.

**Acción correctiva:** Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

**Acción de mejoramiento:** Acción preventiva o correctiva que permite aumentar la capacidad para cumplir los requisitos.

**Acción Preventiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable.

**Actividad de Auditoría Interna:** Un departamento, división, equipo de consultores, u otro/s practicante/s que proporciona/n servicios independientes y objetivos de aseguramiento y consulta, concebidos para agregar valor y mejorar las operaciones de una organización. La actividad de auditoría interna ayuda a una organización a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno.

**Actividad:** Conjunto de tareas realizadas en un proceso; la suma de actividades coherentes y ordenadas permite obtener un elemento, un subproducto o un producto; representa el grado de acción y de transformación requerido para administrar los recursos dentro de un proceso.

**Actores del Sistema:** Son las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, Entidades Territoriales, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS, los profesionales y trabajadores de la salud, los usuarios y

pacientes de los servicios de salud, asociaciones de profesionales de la salud, instituciones académicas y de investigación, la industria, las entidades de control y el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Afiliado:** Es la calidad que adquiere la persona una vez ha realizado la afiliación y que otorga el derecho a los servicios de salud del plan de beneficios que brinda el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuando cotiza, a las prestaciones económicas.

**Afiliados al Régimen Contributivo:** Son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

**Afiliados al Régimen Subsidiado:** Son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el sistema general de seguridad social en salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana.

**Alcance de la Auditoría:** Establece el marco o límite de la auditoría y los temas o actividades que son objeto de la misma. Se define en función del objetivo de auditoría, del riesgo de auditoría, de la naturaleza y características del proceso. El alcance establecido debe ser suficiente para satisfacer los objetivos del trabajo. Igualmente se deben incluir las limitaciones al alcance de la auditoría, que son los factores externos al equipo de auditoría que hayan impedido al auditor obtener toda la información y explicaciones que considere necesarias para cumplir con los objetivos del trabajo.

**Auditar:** Ejercer labores de auditoría para revisar los resultados y los sistemas administrativos y contables de una entidad, con el fin de comprobar que funcionan de conformidad con las leyes y normas, y demás procedimientos establecidos por la entidad. Auditoría Examen crítico y sistemático que realiza una persona o grupo de personas

independientes del sistema auditado, que puede ser una persona, organización, sistema, proyecto o producto, con el objeto de emitir una opinión independiente y competente.

**Auditoría de Seguimiento o Recurrente:** Consiste en el examen y evaluación del cumplimiento de las medidas dictadas para dar solución a las deficiencias detectadas en una auditoría anterior, a fin de determinar si la entidad ha tenido o no, avances en la administración y control de sus recursos; incluye la verificación del sistema de control interno.

**Auditoría:** Revisión sistemática de una actividad o de una situación para evaluar el cumplimiento de las reglas o criterios objetivos a que aquellas deben someterse.

**Autoevaluación:** Es una revisión completa y sistemática de las actividades y resultados de la organización, con referencia al sistema de gestión de la calidad o a un modelo de excelencia. La autoevaluación puede proporcionar una visión global del desempeño de la organización y del grado de madurez del sistema de gestión de la calidad. Asimismo, puede ayudar a identificar las áreas de la organización que precisan mejoras y a determinar las prioridades. ISO 9000 2005.

**Calidad de la Atención en 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.

**Calidad:** La provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.

**Control de Calidad:** Es un conjunto de acciones que se aplican durante la ejecución de una prueba para asegurar que los resultados, productos o servicios puedan ser entregados, siendo su objetivo principal la mejora continua de los procesos.

**Control Interno:** Todas las medidas utilizadas por una empresa para protegerse contra errores, desperdicios o fraudes y para asegurar la confiabilidad de los datos contables. Está diseñado para ayudar a la operación eficiente de una empresa y para asegurar el cumplimiento de las políticas de la empresa.

**Desempeño:** Resultados obtenidos de procesos y de productos que permiten ser evaluados y comparados en relación con las metas, los estándares, los resultados históricos y otros procesos y productos. Más comúnmente los resultados expresan satisfacción, insatisfacción, eficiencia, eficacia.

**Eficacia:** El grado en que se cumplen los objetivos y la relación entre el efecto deseado en una actividad y su efecto real.

**Eficiencia:** La relación que existe entre el producto (en término de bienes, servicios u otros resultados) y los recursos empleados en su producción.

**Estándar:** Declaración que define las expectativas de desempeño, estructura o proceso, que son esenciales en una institución o servicio, para mejorar la calidad en la atención.

**Gestión:** Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización- fuente NTCISO 9000-2015.

**Hallazgo:** Son hechos o situaciones que denotan importancia por la forma como repercuten en la administración, incidiendo en el cumplimiento de la misión de la SDS; estos se clasifican en NO CONFORMIDADES cuando se contraviene un requisito legal y OPORTUNIDAD DE MEJORA; Cuando la actividad no tiene incidencia legal, pero es susceptible de avance.

**Mapa de Procesos:** Representación gráfica de los procesos y la operación de las entidades y organismos distritales.

**Mejora Continua:** El objetivo de la mejora continua del sistema de gestión de la calidad es incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas. Las siguientes son acciones destinadas a la mejora ISO 9000 2005.

**Oportunidad:** Es un atributo de calidad del servicio, que hace referencia a que las respuestas a los derechos de petición o requerimientos, se emitan cumpliendo los tiempos establecidos en la normatividad, de acuerdo con el tipo de solicitud.

**PAMEC (Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad):** Es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

**Plan de Mejoramiento:** Conjunto de acciones requeridas para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno, en el direccionamiento estratégico, en la gestión y resultados de la entidad.

**Procedimiento de Auditoría:** Los procedimientos de Auditoría son las técnicas de Auditoría que se aplican para obtener evidencias suficientes sobre las cuales emitir una opinión respecto al proceso auditado, necesarios para alcanzar los objetivos de auditoría establecidos.

**Procedimiento:** Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso.

**Programa de Auditoría:** Es un documento del auditor, en donde se encuentra el listado de los procedimientos a seguir con la ejecución de la auditoría.

**Responsabilidad:** Obligación de reparar y satisfacer por uno mismo o, en ocasiones especiales, por otro, la pérdida causada, el mal inferido el daño originado.

### **Resumen**

Hoy en día se reconoce el impacto del Sistema de Calidad en las IPS, por tanto, es importante analizar la implementación del PAMEC en la E.S.E Hospital Nuestra Señora de los Remedios. En este contexto, esta investigación presenta el análisis de los estándares del Sistema Único de Acreditación. Tomando como insumo los resultados del PAMEC 2016, se hace una caracterización de las problemáticas, mediante el análisis de los estándares y así proponer acciones de mejora que contribuya con el mejoramiento de la calidad. Los resultados muestran que la gestión del PAMEC es deficiente, ya que, no hay una política de seguridad del paciente, además, no existe una política de protección a los comportamientos agresivos dentro de la institución, entre otras.

*Palabras Clave:* Calidad, Hospital, PAMEC, estándares, mejoramiento, gestión.

**Abstract**

Nowadays the impact of the Quality System on the IPS is recognized, therefore, it is important to analyze the PAMEC implementation in the E.S.E Hospital Nuestra Señora de los Remedios. In this context, this research presents the analysis of the standards of the Unique System of Accreditation. Taking as material the results of the PAMEC 2016, a characterization of the problems is made, by means of the analysis of the standards and thus to propose actions of improvement that contribute with the improvement of the quality. The results show that the PAMEC's management is deficient, since there is no patient safety policy, and there is no policy to protect aggressive behavior within the institution, among others.

*Key words:* quality, hospital, PAMEC, standards, improvement, management.

## Introducción

En Colombia, el modelo de salud es percibido como poco satisfactorio, además, la eficiencia del sistema falla porque ha derivado en administraciones onerosas, en demoras innecesarias en el flujo de recursos y en el uso indebido de barreras de acceso, que han dado lugar a resultados sub óptimos a pesar de la multiplicación de los recursos públicos y privados para el sector (Campos, 2008, p 6). Es por ello, que la auditoría se ha convertido en una de las técnicas más importantes de las utilizadas en las organizaciones. Gracias a su implementación y desarrollo, la alta dirección posee un mecanismo de control que permite conocer el estado actual de sus procesos y el acceso a información veraz, para determinar la eficacia y eficiencia de las operaciones y así poder adoptar, en el tiempo requerido, las acciones necesarias para el correcto cumplimiento de los objetivos y metas.

Este proyecto busca analizar la implementación del PAMEC en la ESE Hospital Nuestra Señora de los Remedios de San José de Miranda, tomando como insumos los datos obtenidos en las visita académica. Propiamente se analizarán estándares del Sistema Único de Acreditación tales como: proceso de atención, direccionamiento, de gerencia, del recurso humano, del ambiente físico, gerencia de la información, gestión tecnológica y mejoramiento de la calidad, contemplados en la resolución 5095 de 19 de noviembre de 2019, por el cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia” (versión 3.1) los cuales, son importantes para la concertación de los mecanismos de auditoría.

Todo ello para identificar las no conformidades, mejorar sus funciones de forma continua, y la adoptar acciones preventivas o correctivas según sea el caso, garantizando de forma efectiva la prestación de la atención médica, pensando en el bienestar de los usuarios y protegiéndolos de los riesgos a los cuales pueden estar expuestos en el procesos de atención.

## 1. Planteamiento del problema

Para la institución es importante analizar la implementación del PAMEC en la E.S.E Hospital Nuestra Señora de los Remedios del 2016, ya que de esta manera se espera ayudar e implementar en el año 2020 todo aquello que no se realizó, o de lo contrario mejorarlo para brindar un mejor servicio. El estudio de caso se realiza basado en el análisis del documento implementado (PAMEC) en la calidad de los servicios de atención en la E.S.E Hospital Nuestra Sra. de los Remedios en el año 2016, importante para la empresa prestadora de salud porque con ello se ayudará a analizar el cumplimiento según los documentos, decretos y reglamentación vigente; aportando aspectos a mejorar debido a que en el año 2020 se ejecutará el nuevo PAMEC, del que se espera contribuir como mejoramiento o como una herramienta que permitirá a la E.S.E, conocer la situación actual de la Institución frente a los estándares de acreditación, de manera que se puedan establecer las medidas que contribuyan a mejorar y mantener los niveles de calidad que conducirán a la entidad hacia la satisfacción y adherencia del usuario. Los beneficiados con el presente estudio de caso serán: la E.S.E Hospital Nuestra Señora de los Remedios porque este año se implementara el nuevo PAMEC 2020; los estudiantes ya que serán de gran beneficio como experiencia en este campo de acción para poner en práctica los conocimientos aprendidos y finalmente la Universidad ya que con este estudio podrán observar lo que se maneja actualmente en una E.S.E de primer nivel y ayudará como base para que otros estudiantes puedan informarse y aprender de esto.

En la primera parte de este documento, se abordan los objetivos de este proyecto. En la siguiente parte, se desarrolla el marco referencial que soporta la presente investigación. Finalmente, se encuentra el diseño metodológico, donde se especifica el desarrollo y la descripción de las etapas del proyecto.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo General**

Analizar la gestión del Programa de Auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la E.S.E Hospital Nuestra Señora de los remedios, con el propósito de mejorar las condiciones de salud de los usuarios, de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerios de Salud y Protección Social.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Realizar una revisión literaria relacionada con el Proceso de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad fin de tener un panorama de la situación en el mundo.
- Detectar las problemáticas que se presentan en la E.S.E hospital, mediante el análisis de los estándares.
- Proponer estrategias o acciones de mejora que contribuyan con el mejoramiento de la calidad en el PAMEC.

### 3. Marco Referencial

#### 3.1 Marco histórico (antecedentes)

La auditoría existe desde tiempos muy remotos, aunque no como tal, debido a que no existían relaciones económicas complejas con sistemas contables. Desde los tiempos medievales hasta la Revolución Industrial, el desarrollo de la auditoría estuvo estrechamente vinculado a la actividad puramente práctica y desde el carácter artesanal de la producción el auditor se limitaba a hacer simples revisiones de cuentas por compra y venta, cobros y pagos y otras funciones similares con el objetivo de descubrir operaciones fraudulentas, así como determinar si las personas que ocupaban puestos de responsabilidad fiscal en el gobierno y en el comercio actuaban e informaban de modo honesto, que se hacía con un estudio exhaustivo de cada una de las evidencias existentes. Esta etapa se caracterizó por un lento desarrollo y evolución de la auditoría (Murillo, 2011, p 32-40).

**A nivel mundial:** En USA, el movimiento moderno de garantía de calidad en el campo de la salud se inició en 1917, cuando el American College of Surgeons (Colegio Estadounidense de Cirujanos) compiló el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud, 1951).

En la década de los 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. Las organizaciones de salud en USA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM). A su vez,

el sistema de acreditación en hospitales amplió su enfoque desde inspecciones hasta promover el mejoramiento de la calidad. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud asumió una política formal de calidad en 1991 y adoptó al PMC para ponerla en práctica.

En 1966, Avedis Donabedian, en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. Donabedian transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.

En 1985, un grupo de profesionales de la salud se reunió en Udine, norte de Italia, para discutir sobre el aseguramiento de la calidad en medicina. La mayoría de los primeros grupos han sido profundamente influenciados por Avedis Donabedian y el enfoque europeo. En el primer consejo ejecutivo de la International Society for Quality in Health Care (ISQua) fue evidente. (ICONTEC, 2016)

**En Colombia:** En 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado', que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: (Kerguelén, 2008, pp 25)

- Salud pública
- Los Seguros Sociales
- El Subsistema Privado de Servicios.

El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de

Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector, elaboraron un “Manual de Acreditación de IPS”, tomando como referencia el “Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe”, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener

en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC)

La primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002 (derogado), en el que se dispone:

- El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud 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.

El decreto 1011 de 2006 establece la 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", para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud.

Así mismo, en el decreto se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar,

implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema (Ministerio de la Protección Social, 2006, p 17)

### **3.1.1 Marco contextual.**

#### **Direccionamiento estratégico**

##### **Misión**

Prestar servicios en las áreas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia y rehabilitación, acorde al primer nivel de complejidad, afianzando en nuestros usuarios el valor social de la misma, con el fin de mejorar el nivel de calidad de vida de nuestra población.

##### **Visión**

Queremos mediante nuestra labor diaria lograr convertirnos en una institución prestadora de servicios de salud, LIDER, dentro de las entidades de nuestra categoría que permita además de ofrecer la “Calidad y eficiencia al servicio de la salud comunitaria” (lema de la institución) un compromiso serio para la atención oportuna y satisfecha de nuestros clientes externos y un crecimiento empresarial de nuestros clientes internos.

#### **Principios institucionales**

- El interés general prevalece sobre el interés particular.
- El cuidado de la vida en todas sus formas es un imperativo de la función pública.
- Los bienes públicos son sagrados.
- La principal finalidad del Estado es contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población.
- La función primordial del servidor público es servir a la ciudadanía.
- La administración de recursos públicos implica rendir cuentas a la sociedad sobre su utilización y los resultados de la gestión.
- Los ciudadanos tienen derecho a participar en las decisiones públicas que los afecten.

**Valores institucionales**

- **Transparencia:** El Gerente y su Equipo de trabajo se comprometen a orientar su gestión dentro de principios de legalidad y equidad, respetando los derechos de los ciudadanos y los demás grupos de interés, lo cual implica un compromiso claro con la rendición de cuentas oportuna y fiel, como el vehículo para generar credibilidad pública.
- **Integridad:** La E.S.E. declara que los principios éticos contenidos en el Código de Ética, son el marco de actuación del Gerente y su Equipo de trabajo, quienes se comprometen a asumir el compromiso de respetarlos y hacerlos cumplir, estos principios son los orientadores de la gestión que realiza cada uno de los servidores públicos.
- **Austeridad:** El Gerente y su Equipo se comprometen a realizar su gestión dentro de los principios de austeridad que están obligados todos los servidores públicos, para cumplir con el buen uso de los recursos públicos.
- **Eficacia y efectividad de la gestión pública:** El Gerente y su equipo se comprometen a ser los líderes orientadores de la gestión dentro de los principios de la calidad total, que permiten una gestión por procesos enmarcada dentro de los principios del control en las entidades públicas; esta labor es una tarea indelegable.
- **Respeto por la Ciudadanía:** La entidad declara expresamente que el ciudadano es su razón de ser; se compromete a respetarlo, abrirle espacios de participación e involucrarlo en el control de la gestión.
- **Respeto por el Servidor Público:** Los directivos de la E.S.E., en razón a que sus servidores públicos son el pilar fundamental para el desempeño de la función administrativa, se comprometen a respetar sus derechos, darles oportunidades de crecimiento, reconocerles sus logros y advertirles de sus errores.

### **Objetivos Institucionales**

- Prestar servicios de salud de baja complejidad de conformidad con los requisitos establecidos por la normatividad vigente.
- Prestar servicios de salud de baja complejidad con criterios de calidad y oportunidad.
- Promover acciones de participación de los grupos de interés para la toma de decisiones.
- Medir la satisfacción de los usuarios en cuanto a la prestación de los servicios de salud de la E.S.E.
- Establecer políticas de desarrollo y talento humano dentro de la E.S.E
- Implementar plan de adquisición y mantenimiento del componente tecnológico de la entidad.
- Evaluar periódicamente los servicios de salud prestados por la ESE y generar acciones de mejora.

### **Política de Calidad**

La E.S.E. Hospital Nuestra Señora de los Remedios, comprometida con el mejoramiento continuo de su gestión basada en procesos, procura para la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus usuarios prestar servicios con calidad, oportunidad, seguridad, accesibilidad, continuidad, y pertinencia a través del fortalecimiento de las competencias de talento humano, tecnología acorde a sus necesidades el cumplimiento de la norma y preservación del ambiente.

### **Red de procesos**

La E.S.E HNSR, a través de su mapa de procesos (ver figura 1), organiza sus procesos en Cuatro principales grupos: Procesos Estratégicos, Procesos Misionales, Procesos de Apoyo y

procesos de Evaluación y Control Institucional los cuales, a su vez, se encuentran conformados por diferentes procesos esenciales para el desempeño de la organización.

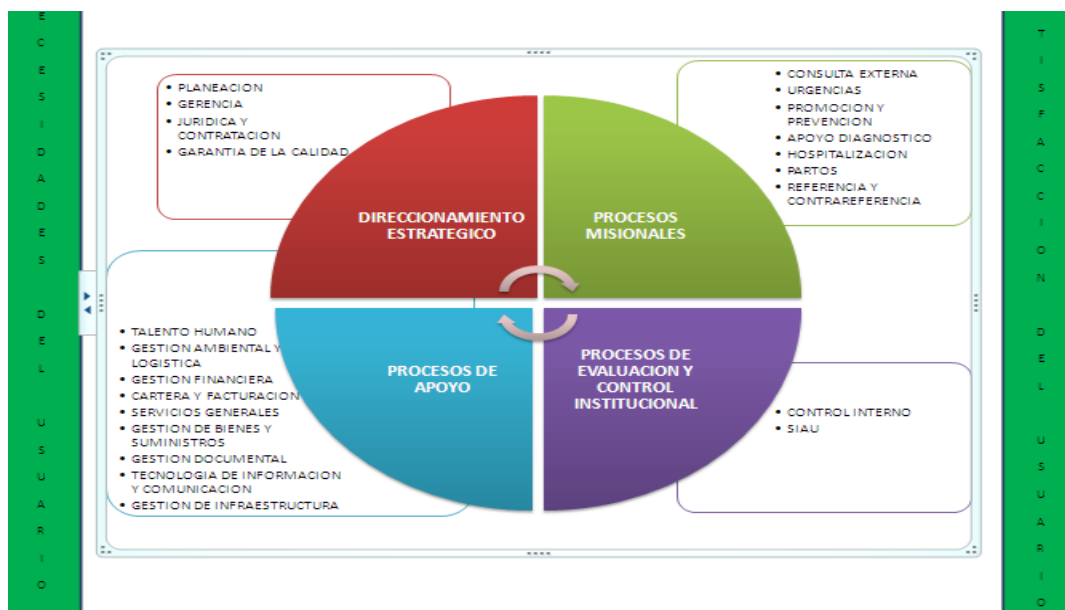


Figura 1. Mapa de procesos. Adaptado de Reseña histórica de Hospital Nuestra Señora de los Remedios, 2014.

### Descripción de los procesos estratégicos

- **Planeación estratégica**

El proceso de Planeación Estratégica de la organización, está orientado permanentemente hacia la identificación y definición de la ruta prospectiva a seguir para lograr la consolidación de la visión institucional.

La Planeación Estratégica define la formulación, ejecución y evaluación de acciones enfocadas, objetiva y sistemáticamente, al cumplimiento de los objetivos propuestos por la organización. Las actividades que se desarrollan en este proceso se encuentran definidas a través de implementación de mando integral BSC.

- **Gestión de calidad y mejoramiento continuo**

El proceso de Gestión de Calidad y Mejoramiento Continuo desarrollado en la E.S.E, comprende todas aquellas funciones empresariales involucradas a dar cumplimiento a los requerimientos exigidos por los organismos de certificación del Sistema ISO 9001:2008 versus los requerimientos de la organización en cuanto habilitación y mejora continua exigidos por el ente rector.

Este proceso promueve que las diferentes áreas directivas de la organización se involucren explícitamente en la continua orientación de la institución hacia procesos de mejoramiento y en el despliegue de esa orientación hacia las diferentes áreas operativas; permitiendo así que la organización sea proactiva en vez de reactiva a la formulación de su futuro.

En la Tabla 1, se detallan los siguientes procesos:

Siete (7) Procesos Misionales que contribuyen al logro de la Misión, a la razón de ser de la Institución, entre los cuales encontramos

- Urgencias
- Apoyo diagnostico
- Consulta externa
- Hospitalización
- Partos
- Promoción y prevención
- Referencia y contra referencia

Nueve (9) Procesos de Apoyo, los cuales proporcionan el soporte y proveen los recursos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de los todos los procesos, los cuales son:

- Talento humano
- Gestión ambiental y logística
- Gestión financiera (contabilidad y presupuesto)
- Cartera y facturación

- Servicios generales
- Gestión de bienes y suministros
- Gestión documental
- Tecnología de información y comunicación
- Gestión de infraestructura

Dos (2) Proceso de Evaluación y control institucional el cual permite monitorear periódicamente el desempeño de los procesos y tomar decisiones objetivas de acuerdo a los datos obtenidos.

- Control interno
- SIAU

Tabla 1. *Procesos del Hospital Nuestra Señora de los Remedios.*

| <b>Procesos direccionamiento estratégico</b> |                         |                            |  |               |
|--|-------------------------|----------------------------|--|---------------|
| <b>N°</b>                                    | <b>Proceso</b>          | <b>Líder del proceso</b>   | <b>Áreas de la entidad</b>                             | <b>Código</b> |
| 1  | Planeación              | Gerente                    | Todas  | Pde-pl-       |
| 2  | Gerencia                | Gerente                    | Gerencia   | Pde-gr-       |
| 3  | Jurídica y contratación | Gerente<br>Asesor jurídico | Jurídica y contratación                                | Pde-jc-       |
| 4  | Calidad                 | Gerente<br>Asesor calidad  | Todas  | Pde-cl        |
| <b>Procesos misionales</b>                   |                         |                            |  |               |
| <b>N°</b>                                    | <b>Proceso</b>          | <b>Líder del proceso</b>   | <b>Áreas de la entidad</b>                             | <b>Código</b> |
| 1  | Urgencias               | Médicos                    | Urgencias  | Pms-ur        |
|  |                         | Enfermera                  | Facturación  |               |
|  |                         | Profesional                | Apoyo diagnóstico                                      |               |
|  |                         | Odontología                | Referencia y contra<br>referencia<br>Historias clínica |               |
| 2  | Apoyo diagnóstico       | Bacteriólogo<br>Regente    | Laboratorio<br>Farmacia                                | Pms-ad-       |
| 3  | Consulta externa        | Médicos                    | Consulta externa                                       | Pms-ce        |
|  |                         | Enfermera                  | Facturación  |               |

Tabla 1. *(Continuación).*

|   |                                |  |   |        |
|---|--------------------------------|--|---|--------|
|   |                                | Profesional<br>Odontología   | SIAU<br>Historias clínica<br>Apoyo diagnostico  |        |
| 4 | Hospitalización                | Médicos<br>Enfermera profesional   | Hospitalización<br>Facturación<br>Apoyo diagnostico<br>Historias clínica                      | Pms-hp |
| 5 | Partos                         | Médicos<br>Enfermera<br>Profesional  | Partos<br>Facturación<br>P y p<br>Historias clínica<br>Apoyo diagnostico<br>Historias clínica | Pms-pt |
| 6 | Promoción y prevención         | Médicos<br>Enfermera<br>Profesional<br>Odontóloga<br>Auxiliares (enfermería) | Personal operativo<br>Historias clínica<br>Facturación<br>Apoyo diagnostico                   | Pms-pp |
| 7 | Referencia y contra referencia | Médicos<br>Conductor<br>Auxiliar de facturación<br>Auxiliares (enfermería)   | Referencia y contra referencia<br>Facturación   | Pms-rc |

#### Procesos de apoyo

| N° | Proceso   | Líder del proceso                                   | Áreas de la entidad                               | Código |
|----|---|---|---|--------|
| 1  | Talento humano                                  | Control interno                                     | Control interno                                   | Pap-th |
| 2  | Gestión ambiental y logística                   | Gerente<br>Servicio generales                       | Todos   | Pap-ga |
| 3  | Gestión financiera (contabilidad y presupuesto) | Gerente<br>Técnico administrativo<br>Contador       | Contabilidad y presupuesto                        | Pap-gf |
| 4  | Cartera y facturación                           | Gerente<br>Administrador<br>Facturación<br>Contador | Contabilidad y presupuesto                        | Pap-cf |
| 5  | Servicios generales                             | Aux. generales<br>Servicios                         | Todas   | Pap-sg |
| 6  | Gestión de bienes y suministros                 | Almacén<br>Farmacia                                 | Gerencia<br>Almacén<br>Farmacia<br>Contabilidad y | Pap-bs |

|   |  |                        |                            |             |  |
|---|--|------------------------|----------------------------|-------------|--|
|   |  |                        |                            | presupuesto |  |
| 7 | Gestión documental                       | Administrador          | Archivo central            | Pap-gd      |  |
|   |  | Auxiliar de enfermería | Archivo historias clínicas |             |  |
| 8 | Tecnología de información y comunicación | Administrador          | Todas                      | Pap-ti      |  |
| 9 | Gestión de infraestructura               | Gerente                | Todas                      | Pap-gi      |  |

#### Proceso de evaluación y control institucional

| N° | Proceso         | Líder del proceso | Áreas de la entidad | Código    |
|----|-----------------|-------------------|---------------------|-----------|
| 1  | Control interno | Control interno   | Todas               | Pec-ci    |
| 2  | Siau            | Facturación       | Todas               | Pec-siau- |

Nota: Adaptado de Reseña histórica de Hospital Nuestra Señora de los Remedios, 2014.

### 3.2 Marco conceptual

**Sistema:** “El hablar de un sistema de calidad implica que hay que diseñar no uno sino varios elementos o herramientas, que a su vez sean capaces de interactuar entre ellos, entablando un permanente diálogo y sinergia entre ellos” (Kerguelén, 2008, p 15).

**Auditoria:** Proceso sistemático que se lleva a cabo para obtener, objetivamente, y evaluar la evidencia referida a ciertas afirmaciones acerca de acciones y hechos económicos; y así asegurar el grado de correspondencia entre dicha afirmación y los criterios establecidos, comunicando los resultados a los usuarios interesados (Páramo, 2002, p 8).

**Calidad:** entendida como el impulso hacia la mejora permanente de la gestión, para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos (Concepto de calidad en la gestión pública tomado de la Carta Iberoamericana de la Calidad).

**Auditoría Interna:** Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que

este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna. (Decreto 1011, 2006, art 33).

**Auditoría Externa:** Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa. (Decreto 1011, 2006, art 33).

**Auditoría en salud:** Entendida como un organismo responsable que controla el cumplimiento de todas las normas, vigila el manejo de los recursos, supervisa las posibles fallas y hace recomendaciones (Malagón, Galán y Pontón, 2003, p 7).

**Nivel de satisfacción:** medida relacionada con el grado de expectativa de los grupos de valor, en el desarrollo de las actividades, procesos o prestación de servicios en cuanto a su calidad y pertinencia.

**Oportunidad:** Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.

**Pertinencia:** Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.

**Proceso:** secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para agregar valor, tomando como enfoque y prioridad fundamental, al ciudadano como el eje fundamental de la gestión (Adaptado de la Carta Iberoamericana de la Calidad).

**Autoevaluación:** Es el procedimiento mediante el cual los responsables de los procesos revisan el cumplimiento de los requisitos del cliente dentro de sus procesos, comparando la calidad observada para determinar las brechas de calidad frente al estado ideal del proceso.

**Calidad esperada:** método, norma, procedimiento y estándares de indicadores que definen lo esperado en términos de Calidad. Para la comparación entre Calidad Observada versus

Calidad Esperada, se revisan los resultados de la evaluación contra el estándar requerido por cada proceso.

**Calidad Observada:** resultado de la medición de los procesos y/o procedimientos generales y prioritarios. Esta medición se realiza a través de Auditorías de Primera Parte.

**Mejoramiento continuo de la calidad:** La Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es un componente de mejoramiento continuo en el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud, el cual debe ser visto como un mecanismo de autocontrol, centrado en el usuario y su familia, de manera que se dé respuesta no sólo a sus necesidades sino también a sus expectativas.

**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. (Decreto 1011, 2006, art 34).

**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. (Decreto 1011, 2006, art 34).

**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. (Decreto 1011, 2006, art 34).

**Garantía:** Según Donabedian (1986) la garantía de calidad hace referencia a “todo aquello que los individuos y una sociedad llevan a cabo para generar, mejorar y mantener la calidad”

**Auditoría para el mejoramiento:** El Ministerio de Salud y Protección Social, lo define como: “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios” (Sánchez, 2013, p 9). Por su parte, Mallen y Collins (2003, p 5) consideran que “la auditoría es un proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas objetivamente con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de la auditoría”

**Calidad de la atención en salud:** En el sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la atención en salud se define como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios y riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios.

**Seguridad del paciente:** La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente, elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes.

**Atención centrada en el cliente:** A la luz del sistema obligatorio de garantía de la calidad, la atención centrada en el cliente da respuesta a las necesidades del cliente externo, la institución estructura sus programas, servicios, tipos de clientes y desde las expectativas establece acciones de cuidado y servicio. Lo anterior implica que se deben hacer evaluaciones por procesos y no por dependencias, sino de manera transversal, con los equipos de trabajo que participan en el desarrollo de los procesos, de tal forma que se reflejen todos los niveles de la organización involucrados en cada proceso.

### 3.3 Marco legal

En la siguiente tabla, se muestran las leyes, decretos y/o resoluciones en el marco legal.

Tabla 2. *Marco Normativo.*

| <b>Marco Normativo</b>         | <b>Definición</b>  |
|--------------------------------|--|
| <b>Ley 872 de 2003</b>         | Se crea el Sistema de Gestión de Calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios la cual define el Sistema de Gestión de Calidad de las entidades del Estado, como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades. |
| <b>Decreto 1011 de 2006</b>    | 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 y sus resoluciones reglamentarias.   |
| <b>Resolución 1445 de 2006</b> | Por el cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.  |
| <b>Resolución 1446 de 2006</b> | 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.  |
| <b>Resolución 1043 de 2006</b> | Establece las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.   |
| <b>Resolución 2181 de 2008</b> | Por la cual se expide 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.   |
| <b>CONPES 3678 de 2010</b>     | Política de transformación productiva: un modelo de desarrollo sectorial para Colombia.  |
| <b>Decreto 2376 de 2010</b>    | Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud  |
| <b>Ley 1438 de 2011</b>        | Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad  |

Tabla 2. (Continuación).

|   |  |
|---|--|
|   | Social en Salud y se dictan otras disposiciones.   |
| <b>Resolución 0123 de enero de 2012</b>                                 | Por el cual se definen los estándares de Acreditación para IPS Ambulatorias y Hospitalarias.   |
| <b>Decreto 2562 de 2012</b>   | Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones.   |
| <b>Resolución 2003 de 2014</b>  | Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.   |
| <b>19 de Septiembre de 2014 Ministerio de Salud y Protección social</b> | Lista de Chequeo para la evaluación del Programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la Salud (Instrumento de rigor para evaluar la implementación del PAMEC en cualquier IPS).   |
| <b>Resolución 2082 de 2014</b>  | <p>Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.</p> <p>Según el artículo 7, la calificación de los estándares de acreditación en el proceso de autoevaluación se realiza de dos formas:</p> <p>*Evaluación cualitativa: Incluye la definición de fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.</p> <p>*Evaluación cuantitativa: Incluye la asignación numérica del grado de avance en la implementación del estándar, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados, teniendo en cuenta las tres dimensiones y sus variables de enfoque, implementación y resultados frente a los estándares de acreditación</p> |
| <b>Decreto 903 de 2014</b>  | Por el cual se dictan disposiciones en relación con el sistema único de acreditación   |
| <b>Resolución 2082 de 2014</b>  | Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del sistema único de acreditación en salud.   |
| <b>Resolución de 256</b>  | Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud   |
| <b>Decreto 780 de 2016</b>  | Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del  |

Tabla 2. (Continuación).

| Sector Salud y Protección Social. |  |
|-----------------------------------|--|
| <b>Resolución 6055 de 2016</b>    | Por la cual se determina la integración y el funcionamiento del Consejo Asesor para el Sistema Único de Acreditación en Salud.   |
| <b>Ley 1767 de 2016</b>           | Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.   |
| <b>Resolución 408 de 2018</b>     | Se encuentra la evaluación del Plan de Gestión de Gerentes de SES de I, II y III Nivel (Indicadores de mejoramiento continuo y efectividad de la Auditoria para el mejoramiento continuo). |

### 3.4 Marco teórico

#### 3.4.1 Auditoría.

Los autores Mautz y Sharaf en “La filosofía de la auditoria” dicen: “La Auditoria trata con ideas abstractas, y tiene sus cimientos en los más básicos tipos del saber; tiene una estructura racional de postulados, conceptos y técnicas; entendida adecuadamente, es un riguroso estudio intelectual digno de ser calificado como "disciplina" en el sentido corriente de ese término. Por ello la Auditoria demanda un gran esfuerzo intelectual. Es a través de este esfuerzo que la teoría subyacente podría ser descubierta, desarrollada, comprendida y utilizada en beneficio de la profesión”

Crombie (1993) la definió "auditoría es el proceso de revisión del otorgamiento de atención médica con el fin de identificar deficiencias que puedan ser remediadas".

En 1955, la auditoría es concebida como una herramienta de mejora de la calidad. Slee desarrolla el tema de auditoría médica como un proceso educativo que debe permitir mejorar la calidad de atención mediante la disminución de la morbilidad. (Fraser RC, Baker RH, Lakhani MK, 1998)

##### 3.4.1.1. Principios de la auditoría.

Según el Ministerio de protección social en su documento “Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud, los principios que orientan la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los servicios de salud son:

- Autocontrol
- Enfoque preventivo
- Confianza y respeto
- Sencillez
- Confiabilidad
- Validez

#### ***3.4.1.2 Niveles de operación de la auditoría.***

La auditoría en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad deberá implementarse al interior de las instituciones y entre las organizaciones, para promover que las instituciones del sector desarrollen acciones que promuevan la aplicación del enfoque propuesto para la auditoría, la norma establece que el modelo operará en tres niveles: el de autocontrol, el de auditoría interna y el de auditoría externa (Ministerio de la protección social, 2007, p 33).

\* ***Autocontrol***: Este concepto hace referencia al conjunto de tareas de planeación, ejecución, verificación y ajuste, que lleva a cabo cada miembro de la entidad sobre los procedimientos a su cargo, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización. El concepto de autocontrol lleva implícita la idea de responsabilidad frente a la confianza que la organización deposita en cada uno de sus miembros.

\****Auditoría interna***: “Es 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” (Decreto 1011, 2006, artículo 33)

**\*Auditoría externa:** “es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden” (Decreto 1011, 2006, artículo 33).

#### **3.4.1.3 Tipos de acciones de las Auditorias**

La norma reglamentaria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad reconoce tres tipos de acciones de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud de acuerdo a la parte del ciclo de mejoramiento de la gestión de los procesos en que actúan.

- **Acciones preventivas:** entendidas como el “conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de Auditoria 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” (Decreto 1011, 2006, artículo 34).
- **Acciones de seguimiento:** las cuales se refieren al “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 para garantizar su calidad” (Decreto 1011, 2006, artículo 34). Se trata, básicamente, de aquellas acciones de control realizadas en lo más cercano al tiempo real a la ejecución de los procesos, con el objetivo de conocer el desempeño de los mismos.
- **Acciones coyunturales:** definidas como el “conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de Auditoria que deben realizar las personas y la organización, retrospectivamente, para detectar, informar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de

intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia” (Decreto 1011, 2006, artículo 34).

### **3.4.2. Calidad.**

El concepto se puede precisar como un conjunto de propiedades que posee un producto y/o servicio y que son inherentes a él, que garantiza que está bien hecho y que cumple con los requisitos y los estándares exigidos, alcanzando un grado de satisfacción tanto para el fabricante como para el cliente.

Por consiguiente, la calidad de un producto o servicio es la percepción que el productor, proveedor y el cliente tienen del mismo, es una posición que las personas asumen de estar conformes o no con el bien o servicio proporcionado, haciendo referencia a la complacencia que éste les brinda.

Según Taguchi (1990) la define como “Artículo de calidad es aquel que actúa conforme a las funciones pretendidas sin variabilidad y que causan poca o ninguna pérdida y efectos colaterales incluyendo el costo de utilización”.

Para la Organización Internacional de Normalización –ISO, organismo encargado de desarrollar la normalización con carácter mundial, la calidad es el “Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los 9 requisitos”, y ésta es la definición adoptada por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación –ICONTEC- y la más usada en la actualidad a nivel mundial.

#### ***Indicadores de Calidad***

El Sistema de Información para la Calidad entiende un indicador de calidad como una medida indirecta de la calidad que sirve para identificar áreas de mejoramiento y monitorizar los procesos de mejora de la calidad. Los indicadores del nivel de monitoria del sistema, se han agrupado en cuatro dominios, los cuales pueden dividirse en subdominios al interior de estos los indicadores pueden ser agrupados por temas:

***Dominio Accesibilidad/Oportunidad:*** Los indicadores incluidos en este dominio evalúan la medida en la cual los servicios prestados se ofrecen en el momento en el cual son requeridos por el usuario y son provistos sin barreras que dificulten el acceso a éstos por parte del usuario. Sus subdominios son Acceso y Oportunidad.

***Dominio Calidad Técnica:*** Indicadores que determinan en qué medida procesos críticos para la atención del paciente se han dado correctamente. Sus subdominios son efectividad de la atención y eficiencia de la atención.

***Dominio Seguridad del Paciente:*** Los indicadores correspondientes a este dominio, tienen como propósito identificar en qué medida la atención se ha dado con seguridad para el paciente. En este dominio se incluyen los que pertenecen al dominio Gerencia del Riesgo contemplados en la Resolución 1446 de 2006.

***Dominio Experiencia de la Atención:*** Los indicadores de este dominio evalúan la medida en la cual la atención en salud ha satisfecho las percepciones del usuario y esto ha generado lealtad en éste. Debe tomarse en consideración durante el análisis la medida en la cual las percepciones son afectadas por las expectativas del usuario. Sus subdominios son percepción y lealtad. (Ministerio de la Protección Social, 2011, p 14).

### **3.4.3. Seguridad del paciente.**

El primer estudio que en Latinoamérica evidenció el problema de la seguridad fue el estudio IBEAS. Hecho en 5 países de la región (México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina) evidencio que, en estos países, en promedio 1 de cada 10 pacientes hospitalizados (10%) sufren al menos un daño durante su atención.

En el estudio IBEAS, Colombia específicamente mostró una prevalencia de eventos adversos del 13,1%, el 27.3% de los eventos se presentaron en menores de 15 años y el 27.7% se presentaron durante la realización de un procedimiento. A este punto es importante

advertir que, contrario a los demás países, la mayoría de hospitales participantes en el nuestro fueron hospitales acreditados.

Hoy Colombia cuenta con una Política Nacional de Seguridad del Paciente y una Guía Técnica de prácticas seguras, las cuales se recomiendan porque tienen suficiente evidencia acerca de incrementan la seguridad de la atención y por ende del paciente.

Es necesario ser conscientes entonces de que los sistemas de atención en salud son sistemas de alto riesgo y que por lo tanto en ellos deben analizarse permanentemente tanto de manera retrospectiva cuales han sido los errores que se han cometido y han culminado en un daño al paciente (eventos adversos) o que podrían haberlo hecho (incidentes o casi - evento adverso), como de manera proactiva cuales son las fases en los procesos de atención en las cuales se podrían presentar fallas para prevenirlas de manera sistemática a través del establecimiento de barreras de seguridad (modo de falla).

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe constituir una de las herramientas clave para proteger la seguridad del paciente: elegir prioritariamente fuentes de trabajo que impacten en ella, desplegar metodologías que favorezcan el análisis causal y el análisis de las fallas para desatar acciones de mejoramiento efectivas y eficientes. Igualmente, durante el despliegue de las acciones de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención debe facilitar la creación de una cultura organizacional autocrítica y proactiva ante los errores y que sea solidaria con los pacientes y sus familias (Ministerio de Protección Social).

#### **3.4.4. Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad – PAMEC.**

Mejor conocido como PAMEC, es una herramienta documental que deben implementar obligatoriamente todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las entidades de Transporte especial de Pacientes, que contribuye a brindar una atención en salud con excelencia, y que se fomente la cultura de la seguridad y el autocontrol en las

instituciones prestadoras de salud, garantizando así el cumplimiento de estándares superiores a los de habilitación, que son de carácter obligatorio, lo cual permite identificar las fallas en el proceso de atención y que son competentes para mejorar, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de los clientes – usuarios que acceden a los servicios de salud que oferta la entidad (Alan, 2011, p 50).

El propósito de la Auditoria es convertirse en un instrumento de evaluación y monitorización permanente para lograr Calidad dentro de los principios del mejoramiento continuo, siendo conocedora de los procesos prioritarios definidos por la organización, sus objetivos de mejoramiento están centrados en el usuario, comparando la Calidad observada con la Calidad deseada, detectando las desviaciones que se presentan en esta comparación para emitir conclusiones y recomendaciones que impacten en el cumplimiento de los estándares para alcanzar niveles de Calidad que lleven a mejorar la Salud de los usuarios al menor costo posible (costo-beneficio).

En concordancia a lo anteriormente descrito, los autores Escalante & Hulett (2010, citados por Ramírez Villafuerte & Burgos Burgos, 2016) mencionan que la importancia de la auditoría radica en efectuar un estudio minucioso de la entidad auditable, con el propósito de establecer la naturaleza, oportunidad y alcance que adquirirán los procedimientos, políticas y estrategias que se desarrollan en las actividades cotidianas.

El PAMEC debe ser implementado de manera obligatoria por todos los prestadores de servicios de salud, y se debe tener como una herramienta del Sistema de Gestión para la Calidad y ésta a su vez es una herramienta de la Gestión Gerencial que impacte en el mejor desempeño del sistema, además, se concibe en forma operativa siguiendo el ciclo PHVA:

Una buena forma de representar el enfoque del Mejoramiento Continuo, es el ciclo de mejoramiento ó PHVA<sup>1</sup>. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de atención en salud. (Ver Figura 2).

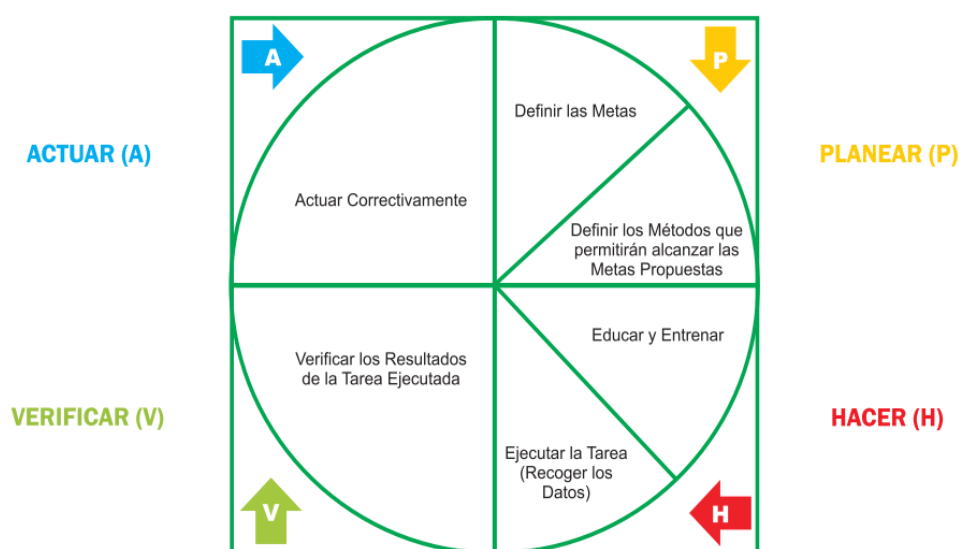


Figura 2. Ciclo PHVA, Adaptado de Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, 2007, P 21.

La aplicación del ciclo es un continuo en el tiempo; a continuación, se explica cada uno de los cuadrantes:

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

- Realizar autoevaluación.
- Seleccionar procesos por mejorar.
- Priorizar procesos de obligatorio monitoreo y procesos con fallas de calidad factores críticos de éxito.

<sup>1</sup> También denominado ciclo de Shewart, o Ciclo de Deming, o Ciclo PDCA

- Definir la calidad esperada de los procesos priorizados (guías, normas, manuales, etc.).
- Determinar las técnicas de auditoría que deben aplicarse para obtener la información necesaria para monitorear los resultados.
- Identificar el líder auditor, su equipo de auditoría y cómo aplicarán las técnicas de auditoría seleccionadas.

**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 educación y entrenamiento 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.

- Diseñar el Plan de Acción de la Auditoría, sus objetivos y alcances. (Qué, quién, dónde, cuándo, cómo, por qué).
- Diseñar los papeles de trabajo, los formatos de registros que se requieren para consignar la información que se pretende obtener, las conclusiones, análisis y recomendaciones.
- Hacer cronograma para controlar la ejecución de la Auditoría.
- Definir criterios que garanticen la evaluación por pares.
- Asignar los recursos para la ejecución de la auditoría.
- Formular los indicadores de medición.
- Entrenar al equipo de Auditoría.

**Verificar (V):** Esta es la fase de verificación de los resultados. Aquí, sobre la base de los indicadores que se han construido, se valida la ejecución de la etapa anterior gracias a los hechos y datos recogidos.

- Aplicar las técnicas de Auditoría seleccionadas y obtener la información que se requiere (informes estadísticos, indicadores, voz del usuario, etc.).
- Registrar en los papeles de trabajo la información obtenida.
- Determinar la necesidad de adquirir información adicional.
- Verificar la claridad y calidad de la información producto de la aplicación de cada una de las técnicas de Auditoría utilizadas.
- Registrar la nueva información y las observaciones relativas al procedimiento.
- Evaluar las diferentes fuentes.
- Identificar y analizar los factores de riesgo (eventos adversos).
- Determinar cómo se deben manejar esos riesgos para que impacten el SOGG.
- Elaborar el Informe de Auditoría que consigne resultados, conclusiones y recomendaciones que lleven a los resultados esperados

**Actuar (A):** En esta cuarta fase es preciso actuar en relación con todo el proceso. Existen básicamente dos posibilidades; en el caso 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.

- Socializar los resultados de la Auditoría, los procesos que deben generar Plan de Mejora y recursos.
- Acompañar al equipo en la aplicación de métodos de análisis y solución de problemas.
- Soportar al equipo en la formulación del Plan de Mejoramiento.
- Hacer seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejora.
- Monitorear a través de los indicadores definidos con este fin, si el Plan de Mejora es efectivo.

- Monitorear el aprendizaje organizacional y la estandarización de procesos prioritarios, una vez logrados los resultados esperados.

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. (Montilla y Herrera, 2006, p 20-21).

### 3.4.5. Diseño del PAMEC.

Para el Diseño del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad de ESE Hospital Nuestra Señora de los remedios se seguirá el esquema de Ruta Crítica recomendada por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del Documento Pautas de Auditoria. (Ver figura 3)

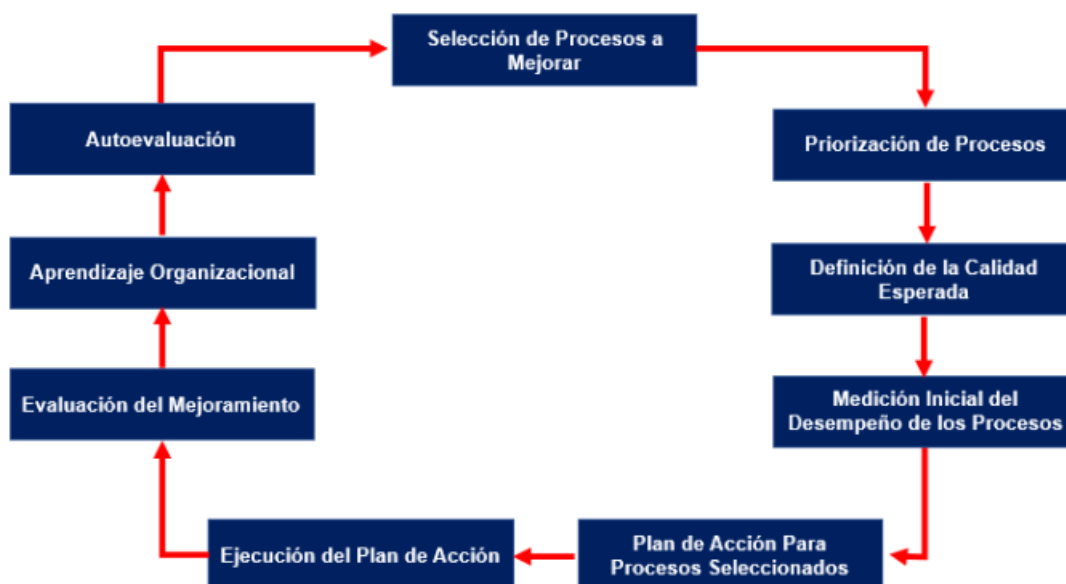


Figura 3. Ruta crítica. Adaptado de Ministerio de la Protección Social, 2006.

**Primer paso: Autoevaluación:** Establecer qué se puede mejorar es realizar una autoevaluación, es decir, un diagnóstico básico, para identificar problemas o fallas de calidad que afectan a la organización emplear (Ministerio de Protección Social). En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad la autoevaluación deberá realizarse tomando como base:

1. Los estándares definidos por el Sistema Único de Acreditación (Resolución 1445 de 2006).
2. Indicadores para el monitoreo del sistema y lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores. (Resolución 1446 de 2006)
3. Política de Seguridad del Paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
4. Indicadores de seguimiento a riesgos del estándar 9 del Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006): Seguimiento a riesgos en la prestación de los servicios.

El resultado de la autoevaluación es la identificación de los procesos a mejorar, en otras palabras, la generación de un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la organización y que pueden a corto, mediano o largo plazo ser objeto de la o las auditorías operativas emplear (Ministerio de Protección Social).

La identificación de los procesos a mejorar, resultado de este primer paso no es una función de la auditoría interna, sino del nivel gerencial de la organización en conjunto con los responsables de implementar el nivel de autocontrol. El papel de la auditoría interna, en aquellas organizaciones donde exista, es promover la aplicación de una metodología unificada en la totalidad de la organización que promueva el diseño, implementación y seguimiento de planes de mejoramiento frente a los problemas de calidad identificados.

Es importante aclarar que, según el avance organizacional que se tenga en materia de auditoría para el mejoramiento de la calidad, las instituciones podrán optar por cualquier mecanismo que les permita conocer el estado de sus procesos, sin olvidar que sin importar

cuál se utilice, siempre debe evaluar los aspectos relacionados con la calidad de la atención para recibir por los usuarios y el mejoramiento continuo de la calidad, identificando permanentemente las brechas que estén teniendo implicaciones en:

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

**Segundo paso: Definición de prioridades.** La razón para establecer prioridades está determinada por el hecho de que, los recursos siempre son limitados y que el mejoramiento continuo requiere un proceso de aprendizaje individual y colectivo, de trabajo en equipo y la generación de confianza en los participantes en las organizaciones y entre las organizaciones.

La priorización busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes tenga como consecuencia un mayor beneficio, generando un espacio de conocimiento, discusión y participación. Para efectos de llevar a cabo el proceso de priorización pueden utilizarse herramientas de distinta naturaleza, algunas de las cuales son las matrices de priorización, jerarquización y paretos, entre otros emplear (Ministerio de Protección Social). Para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, el nivel Directivo, los responsables del mismo y quienes tienen a su cargo la función de auditoría interna se convierten en los responsables de definir el nivel de calidad esperada.

Planificar la calidad deseada implica pensar inicialmente en términos de la obtención de los mejores resultados clínicos y/o los resultados de calidad esperados (calidad técnica-científica, seguridad, costo racional, servicio, disposición del talento humano) que impacten en la mejora de las condiciones de salud para la población, con el menor riesgo posible. Implica también definir los criterios y estándares de calidad conducentes a obtener la mejor utilización de los recursos (eficiencia), así como también un esfuerzo por conocer quiénes son nuestros clientes, cuáles son sus necesidades y por traducir esas necesidades en especificaciones de productos, servicios y procesos para monitorear a través de indicadores, la satisfacción de las expectativas legítimas acerca de la atención esperada por estos; en otras palabras, el establecimiento de los estándares a través de los cuales se definirá el desempeño de los procesos críticos organizacionales prioritarios para garantizar al usuario la prestación de los servicios con las condiciones óptimas de calidad. Para ello es necesario establecer las metas de los procesos seleccionados sobre la base de las necesidades de los pacientes identificadas en cada una de las dimensiones de la calidad emplear (Ministerio de Protección Social).

Es preciso definir la salida del proceso, identificar el cliente del proceso, sus necesidades frente a las salidas o productos que recibe y a partir de ahí establecer los niveles de calidad que deben cumplir los procesos para lograr los resultados esperados.

Definir el nivel de calidad esperada significa establecer la forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, Sistema Único de Acreditación), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo que finalmente tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

La priorización de procesos deberá realizarse con base en aquellos problemas de calidad que impactan con mayor fuerza la calidad de la atención en los usuarios. La decisión sobre cuáles son los procesos prioritarios corresponde al más alto nivel jerárquico de la

organización junto con la dependencia responsable de su diseño. Implica el señalamiento oficial de las prioridades a las cuales se aplicarán los recursos disponibles y refleja el compromiso de toda la organización desde las más elevadas áreas de responsabilidad, con la calidad de la gestión corporativa. Las prioridades dan lugar a una serie de proyectos que en conjunto conforman el programa de auditoría de la calidad y que requieren procedimientos de auditoría específicos para ser realizado; el programa de auditoría deberá ser actualizado permanentemente con los proyectos que van a dar respuesta a los problemas coyunturales que se presentan en el día a día y que permitirán implementar las acciones coyunturales emplear (Ministerio de Protección Social).

La matriz de priorización (Ver tabla 3) puede ser utilizada para planear y para evaluar el desempeño de los procesos, dado que este es el resultado del ejercicio de autoevaluación, sino identificar los procesos que mejorando a corto plazo tiene mayor impacto en el mejoramiento institucional.

Tabla 3. *Matriz de priorización*

| Descripción          | Calificación |
|----------------------|--------------|
| <b>Bajo impacto</b>  | 1            |
| <b>Impacto medio</b> | 2            |
| <b>Alto impacto</b>  | 3            |

**Tercer paso: definición de la calidad esperada.** Para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, el nivel directivo, el responsable del mismo y quienes tienen a su cargo la función de auditoría interna, los profesionales de la institución y los usuarios definen el nivel de calidad esperada a lograr por el proceso. Definir el nivel de calidad esperada significa asignar la meta hacia la que quiere llegar la organización, según el

problema de calidad priorizado para ser atendido. Para ello deben definirse dos situaciones emplear (Ministerio de Protección Social):

1. Cuando se parte del estándar de seguimiento a riesgos del sistema único de habilitación y los indicadores del sistema de información para la calidad es necesario estimar hacia dónde quiere llegar la institución, con base en parámetros normativos, nacionales o parámetros propios.
2. Cuando se toma como referencia los estándares de acreditación, estos se convierten en la calidad esperada institucional.

Definir el nivel de calidad esperado significa establecer la meta a alcanzar, la forma como se espera que se realice y los instrumentos a utilizar para monitorear y hacer seguimiento a los resultados. Para determinar la forma de cómo se espera que se realicen los procesos, se encuentran en las normas, guías o estándares establecidos en la organización; entre los instrumentos se encuentran los indicadores utilizados por la organización para evaluar el cumplimiento, de las normas, guías o estándares utilizados en la institución, entre otros. En este punto es importante recalcar que los indicadores son básicamente, un instrumento de monitoreo y observación de un sistema, que se construyen a partir de la evaluación y relación de variables de un sistema, subsistema o proceso. La medición de estas variables y su posterior comparación con los valores de las metas establecidas permite determinar el logro del sistema, subsistema o proceso y su tendencia de evolución. En resumen, se puede afirmar que los indicadores son ante todo información, utilizada por los mecanismos de control para monitorear y ajustar las acciones que un determinado sistema, subsistema o proceso emprende para alcanzar el cumplimiento de los resultados esperados. Para que la información tenga valor, la organización deberá garantizar que en principio cada indicador cuente con una estructura mínima que permita homologar en la organización la forma de medir los resultados esperados en los problemas de calidad definidos (procesos seleccionados como prioritarios),

garantizando siempre con el cumplimiento del principio de eficiencia del Sistema de Información para la Calidad. En el caso del Sistema obligatorio de garantía de calidad la estructura mínima se encuentra en la ficha de los indicadores propuestos para el sistema de información a usuarios por el Ministerio de la Protección Social

**Definir los indicadores de los procesos objeto de mejora:** Planear la calidad en forma cuantitativa. Los indicadores se convierten en una herramienta esencial para la ejecución de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, para poder monitorear y hacer seguimiento a los resultados en la ejecución y mejora de los procesos. Se debe llamar la atención sobre lo importante que es la construcción del indicador como emplear (Ministerio de Protección Social):

- Garantizar que la información solicitada en el indicador se recoja, es decir, que se garantice que en principio cada indicador cuente con una estructura mínima que permita homologar en la organización la forma de medir los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios.
- Entrenar a las personas en el manejo de las herramientas de medición, para comprender que el objeto de la medición es encontrar problemas en los procesos que permitan su mejoramiento.

Un indicador se entiende por la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización o proceso, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia (calidad esperada podrá estar señalando una desviación (falla de calidad, resultado no deseado) sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso.

Niveles de referencia de un indicador: El acto de medir se realiza a través de la comparación, y esta es posible cuando se cuenta con una referencia o un valor esperado contra el cual contrastar el valor observado. Para efectos de clarificar los diferentes

componentes de la definición de la calidad esperada, se presentan diversos niveles de referencia para tener en cuenta.

- Nivel técnico: Señala el potencial de un sistema determinado, es decir, el nivel máximo de producción posible con una tecnología, insumos, mano de obra y métodos de trabajo predeterminados; representa el máximo resultado logable si se hace bien la tarea. El nivel técnico se produce una vez se estandaricen los resultados de un proceso, hay que mantenerlo y lógicamente actualizarlo cuando se generen cambios de orden tecnológico, avances en las curvas de aprendizaje de los operarios, o por mejoras de métodos y sistemas, entre otros aspectos emplear (Ministerio de Protección Social).
- Nivel teórico: También llamado de diseño, se utiliza fundamentalmente como referencia de indicadores vinculados a capacidades de producción, consumo de insumos o costos de producción de los servicios. Este da la máxima capacidad de un sistema con unas características determinadas. Por ejemplo, dadas unas características de número de camas, tipos de servicios prestados, situación geográfica, perfil epidemiológico de la zona de influencia, tipo de demanda y presupuestos es posible requerimientos de expansión y crecimiento de los servicios de salud partiendo de la demanda potencial (requerimientos del usuario) y a la vez calcular por ejemplo, el volumen de egresos, el costo y la interacción con otros servicios tales como Consulta, Cirugías, servicios de apoyo, etc.
- Nivel de la competencia: Para su abordaje, habrá que referirse a este en dos sentidos: aquellos referidos al producto final (calidad e impacto) y aquellos que se refieren al proceso (rendimiento, productividad y eficiencia). El uso de este tipo de nivel de referencia es un imperativo del mercado, es compararse con el mejor de la competencia, si se quiere asegurar su permanencia. Esta perspectiva exige afinar

estrategias sistemáticamente, con el fin de asegurar las ventajas competitivas que exige el entorno.

- Nivel de requerimientos de los usuarios: ¿Qué pasaría si los usuarios de los servicios especializados se quejan de la demora en la asignación de citas para medicina especializada por encima de tres días? Frente a esta situación se deben plantear alternativas de solución, si se quiere mantener y fidelizar a estos usuarios. Para ello deberá indagarse con estudios detallados, de los requerimientos y expectativas de los usuarios de manera sistemática, con respecto de los servicios<sup>54</sup> ofertados. La utilización de este nivel de referencia señala las pautas inmediatas de mejora en caso de que estas sean deficientes.
- Nivel de la Planeación: Con frecuencia se establecen metas por razones de prestigio, compromisos para asegurar la supervivencia o el crecimiento y así garantizar el logro de los resultados en los factores críticos de éxito fijados por la organización, frente al usuario y la competencia.

Atributos de una buena medición emplear (Ministerio de Protección Social):

- Pertinencia: En cualquier organización, área o proceso se hacen mediciones sobre un sinnúmero de características, comportamientos o situaciones; la pregunta por realizar es: ¿Qué se hace con esta información? ¿Cuál es realmente su utilidad? El grado de pertinencia de una medición debe revisarse periódicamente ya que puede perder importancia el hecho que se está midiendo a través del tiempo.
- Precisión: Se refiere al grado en que la medida obtenida refleja fielmente la magnitud del hecho que se quiere analizar y corroborar. Para lograr la precisión de una medición, deben darse los siguientes pasos: Realizar una buena definición operativa, es decir, definir la característica o atributo por ser medido, las unidades de escala de medición, el entrenamiento de quien recoge la información, Elegir un instrumento de

medición con el nivel de apreciación adecuado, que contenga todas las variables para ser medidas. Asegurar que el dato generado por el instrumento de medición, sea bien recolectado por el responsable de esta tarea (entrenamiento).

- Oportunidad: La medición es información que permite el conocimiento de los procesos y a su vez la toma de decisiones más adecuada, bien sea para corregir restableciendo la estabilidad deseada del sistema, bien sea para prevenir y tomar decisiones antes de que se produzca la anomalía, más aun para diseñar incorporando elementos que impidan que las características de calidad deseadas se salgan de los límites fijados por el estándar. Por ello la necesidad de contar oportunamente con la información, lo que se constituye en un requisito importante para quienes diseñan un sistema de medición.
- Continuidad: Si bien es cierto esta característica no está desvinculada de las anteriores, especialmente de la precisión, se refiere fundamentalmente al hecho de que la medición no es un acto que se haga una sola vez; por el contrario, es un acto repetitivo y generalmente periódico. Si se quiere estar seguro de que lo que se mide sea la base adecuada para las decisiones que se toman, se debe revisar periódicamente todo el sistema (calibración de instrumentos, control de flujo de datos y puntos de consolidación).
- Economía: Aquí la justificación económica es sencilla y compleja a la vez; sencilla porque se refiere a la proporcionalidad que debe existir entre los costos incurridos y los beneficios de las decisiones soportadas en los datos obtenidos. En todo caso, es claro que la actividad de la medición debe ajustarse a criterios de calidad y eficiencia, de tal manera que el enfoque debe propugnar a que el mismo operario del sistema sea quien lo valide, lo ajuste y lo mejore.

- Cómo construir un indicador La construcción de los indicadores es uno de los pilares del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención; a partir de su análisis se toman decisiones para gerenciar los procesos institucionales (mantener y mejorar), en otras palabras, para evaluar el cumplimiento de los resultados esperados por los usuarios, los esperados en la atención en salud, el seguimiento a eventos adversos, a efectos no esperados, el logro de las características de calidad en la atención en salud como oportunidad, seguridad, pertinencia, accesibilidad, entre otros. Las instituciones podrán utilizar el método que deseen para la construcción de los indicadores.

Se debe tener en cuenta para la buena identificación y construcción del indicador:

1. Determine en forma clara y explícita el proceso que se desea medir, identifique rápidamente qué se hace, cómo se hace y cuál es su propósito.
2. Defina qué característica del proceso se desea medir, por ejemplo, la oportunidad, el acceso, la seguridad, la calidad técnico-científica, el costo.
3. Defina el tipo de indicador por utilizar, el cumplimiento de los requerimientos establecidos (estructura o eficacia), la utilización de los recursos (proceso o eficiencia) y/o el logro del propósito (resultado o efectividad). El establecer el tipo de indicador por utilizar tiene relación directa con la decisión que puede ser tomada cuando se analice su resultado, es decir, con un indicador de estructura no se podría hacer inferencia sobre si se logra el resultado o no del proceso analizado o si existen problemas en la realización del mismo.
4. Estandarizar la forma de construirlo y analizarlo, para esto se sugiere utilizar la ficha definida por el Ministerio de la Protección Social en el anexo técnico de la resolución 1446 de 2006: Sistema de Información para la Calidad.
5. Defina en forma explícita un plan para hacer el seguimiento y monitoreo de los indicadores, que puede ser un cuadro general, que permita rápidamente hacer seguimiento al

cumplimiento en su medición, a las tendencias de los mismos, para lo cual se puede utilizar la técnica de semaforización: clasificación por colores (verde, amarillo y rojo) según el grado de avance deseado.

Los indicadores institucionales que monta deben estar relacionados con aquellos indicadores de calidad definidos en la resolución 1446 de 2006 del Ministerio de la Protección Social.

**Cuarto paso: medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios – identificación de la calidad observada.** La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es una estrategia de mejoramiento que pretende detectar si los procesos presentan los resultados en calidad esperados, lo cual es posible si se determina el nivel de calidad actual. Para realizar esta medición deberán utilizarse los mismos criterios diseñados para establecer la calidad esperada desarrollando los procedimientos de auditoría operativa más adecuados para este fin emplear (Ministerio de Protección Social).

#### *Procedimientos de auditoría*

La realización adecuada de cualquier procedimiento de auditoría, en cualquier área o campo del conocimiento, exige ejecutar los siguientes pasos:

- Obtener y revisar la información necesaria,
- Formarse un juicio profesional y
- Emitir un concepto objetivo sobre lo auditado.

Cada procedimiento está determinado por sus propias particularidades y por el tipo de proceso a evaluar. Al final de la ejecución de este paso, los responsables del proceso y el equipo de auditoría interna tendrán un diagnóstico del estado actual de los procesos frente a lo esperado; en otras palabras, se contará con la detección de fallas de calidad. Es necesario definir la metodología para llevarlo a cabo, que tendrá las siguientes fases:

***Planear la auditoría:*** Para planear la auditoría se debe

- Definir o aclarar el objeto del procedimiento de auditoría.
- Establecer o revisar el estándar de calidad.
- Determinar las técnicas de auditoría que deben aplicarse para obtener la información necesaria.
- Definir en forma puntual, cómo se aplicarán las distintas técnicas de auditoría seleccionadas para el procedimiento.
- Diseñar los papeles de trabajo, los formatos de registro que se requieren para consignar la información que pretenda obtenerse.<sup>58</sup>

*Ejecutar la auditoría* Se debe:

- Aplicar las técnicas de auditoría seleccionadas y, como consecuencia de ello, obtener la información que se requería.
- Registrar, en los papeles de trabajo, la información obtenida.
- Determinar la necesidad de obtener información adicional.
- Verificar la claridad y la calidad de la información producto de la aplicación de cada una de las técnicas de auditoría utilizadas.
- Registrar la nueva información y las observaciones relativas al procedimiento.
- Ver cronograma para la auditoría.

**Quinto paso: formulación del plan de mejoramiento.** Con los insumos generados en las etapas anteriores, los responsables de los procesos y los equipos de auditoría contarán con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan solucionar las fallas de calidad detectadas. La formulación del plan de mejoramiento deberá responder a la detección de las causas fundamentales de los principales problemas de calidad detectados (procesos prioritarios), para lo cual se deberán aplicar las herramientas que permitan neutralizar y bloquear lo que no permite lograr los resultados deseados. Por lo tanto, se deberá solucionar en forma definitiva mediante métodos como el de análisis y solución de problemas, six sigma

o análisis de la causa raíz (análisis de ruta causal), entre otros emplear (Ministerio de Protección Social).

- Elaborar un plan de acción muy detallado, capaz de bloquear las causas y solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además unos indicadores para monitorear y evaluar posteriormente los resultados.
- Constituye la elaboración del ciclo WH con el fin de orientar al cumplimiento de altos estándares de calidad y diseñar el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Qué: actividades a realizar.

Quién: responsable de la ejecución.

Cuándo: fecha de terminación de la actividad.

Dónde: lugar donde se realiza la actividad.

Cómo: indica las pautas para la realización de la actividad.

Por qué: determina el propósito de la actividad.

Fecha de seguimiento: Definición del momento de control en el tiempo.

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

podrá ser utilizado por las organizaciones para hacer seguimiento a los planes de mejora propuestos emplear (Ministerio de Protección Social).

**Séptimo paso: evaluación del mejoramiento.** Como elemento del seguimiento es importante evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo efectivas, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos. Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados. Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones: La primera, que no se obtenga mejora o no se disminuya la brecha inicial entre calidad observada y calidad esperada, lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema, que las causas identificadas no eran las causas principales o que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema. En ese caso tendrá que iniciarse nuevamente todo el ciclo para abordar efectivamente las causas reales de los problemas de calidad detectados. La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

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

***Estandarización de procesos:*** Al igual que en los capítulos anteriores, las organizaciones podrán utilizar la metodología que deseen para estandarizar los procesos prioritarios una vez han logrado los resultados esperados, la cual deberá ser única para toda la institución y

conocida por todos. Se debe recordar que estandarizar es la actividad sistemática de formalización, documentación e implementación de los procesos con el objetivo de lograr los resultados esperados, entendiendo el estándar como el documento del conjunto de pasos definidos para el desarrollo de un proceso, de tal manera que este cumpla o alcance las metas señaladas. Estos documentos son obtenidos por consenso para lograr un objetivo, con el propósito de unificar y simplificar de tal manera que sea conveniente y benéfico para las personas involucradas. Los pasos que pueden ser utilizados por quienes realizan la función de auditoría interna como facilitadores de calidad son:

- Defina como estrategia la estandarización.
- Establezca el clima necesario para comenzar el proceso de estandarización.
- Tenga claro el propósito de la estandarización.
- Entrene a las personas en los métodos y formatos estándares aprobados por la institución para ser utilizados en la estandarización.
- Fomente que los miembros de la institución trabajen de acuerdo con los estándares, para lo cual es útil realizar verificaciones.

Una vez las personas que van a hacer parte de los procesos prioritarios objeto de auditoría están capacitadas, se puede proceder a elaborarlos, siguiendo las siguientes pautas:

- Describa paso a paso el proceso. Escriba uno a uno los pasos del proceso, liste las tareas que realiza.
- Identifique las tareas que agregan valor y las que no. (Una tarea agrega valor cuando es indispensable para el cliente).
- Diagrame el proceso mediante la utilización de formas convencionales y universales de graficación. Si ya ha definido para su institución algunos símbolos, utilícelos, asegúrese que todos entiendan su significado.

- Formalice mecanismos para la documentación y para el almacenamiento de los estándares, una mala planeación puede traer como consecuencia la pérdida de confianza en el proceso.
- Mecanismos por los cuales se pueda implementar y generar un aprendizaje organizacional a partir de las mejoras alcanzadas en los procesos prioritarios.
- Retroalimentación de los resultados.
- Estandarización y ajuste de procesos.
- Divulgación de experiencias exitosas.
- Capacitación y reentrenamiento al personal.

#### **3.4.6. Atención Centrada en el Cliente.**

El otro pilar del Sistema de Garantía de calidad es la atención centrada en el cliente; en la actualidad la integridad y la continuidad son aspectos necesarios para el buen resultado de la atención y el bienestar de la población. Para lograr este objetivo se requiere que las organizaciones cambien la forma de planear, realizar y evaluar los procesos, el esfuerzo debe estar dirigido a la atención y entrega del servicio en forma planeada e integral, acompañada de una gestión transparente para el usuario y su familia, e incorporando las necesidades del paciente y su familia en el diseño, ejecución, evaluación y mejoramiento de los procesos de atención. Esta forma de evaluación implica que la organización debe coordinar y articular todas las actividades desde que el usuario llegue a la institución, hasta que sale. Cada vez más investigaciones están descubriendo qué desean los clientes y cómo medir la satisfacción del cliente. Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, los clientes buscan la satisfacción total de los servicios (Carlo, 2011, p 11).

A continuación, se mencionan los atributos que se deben tener en cuenta para brindar una atención de calidad al cliente:

- ✓ **Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.

- ✓ Oportunidad: Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- ✓ Seguridad: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.
- ✓ Pertinencia: Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.
- ✓ Continuidad: Garantiza que los usuarios reciban las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.
- ✓ Satisfacción del usuario: Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

El usuario busca durante la atención, responsabilidad, seguridad y fiabilidad, mediante un servicio con calidad que satisfaga todas sus expectativas de acuerdo con el servicio prestado. De acuerdo con lo anterior la continuidad nos lleva a prestar un buen servicio y estar más cerca del usuario y poder cumplir con las expectativas deseadas. (Berry, 2002, p 126).

#### **3.4.7. Estándares para las Instituciones prestadores de salud.**

Los estándares se encuentran ordenados de la siguiente manera: una primera sección en la que aparece el grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, una segunda sección en la que se encuentran los grupos de estándares de apoyo administrativo gerencial a dichos procesos asistenciales y una tercera sección en la cual se encuentran los estándares de mejoramiento de la calidad.

- **Direccionamiento:** es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la organización.

- Gerencia: es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.
- Gerencia del Talento Humano: se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo.
- Gerencia de la información: se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel de la organización.
- Ambiente físico: incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.
- Gestión de la tecnología: se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización.

## **4. Método**

### **4.1 Tipificación de la Investigación**

En este informe adopta una investigación cuantitativa, ya que es un proceso sistemático y ordenado que se lleva a cabo siguiendo determinados pasos. (Sousa, Driessnack y Costa, 2007), por ello, se pretende analizar el PAMEC del Hospital Nuestra Señora de los remedios en relación con la planeación de las auditorias de un sistema de gestión de calidad de una institución de salud.

Además, esta investigación se realizó a través de un diseño descriptivo/interpretativo, de tipo documental, por medio de la cual se compiló y analizó la información encontrada en

artículos, libros e investigaciones relacionados con el concepto y la evolución de la auditoría en salud en Colombia a través de los años. Para apoyar el tipo de estudio seleccionado se realizó un análisis de viabilidad, que refiere a una modalidad de investigación documental que permite el análisis del PAMEC de la E.S.E Hospital Nuestra Señora de los Remedios. Las investigaciones descriptivas son las que pretenden decir cómo es la realidad. Este tipo de investigación es muy importante porque constituye la primera aproximación sistemática al conocimiento de la realidad (Mejía, 2005).

#### 4.2 Diseño de la Investigación

La presente investigación es de tipo no experimental, ya que no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

#### 4.3 Metodología

En la Tabla 4, se describe la relación entre los objetivos y las actividades que se utilizarán en este proyecto de investigación.

Tabla 4. *Diseño Metodológico.*

| Objetivos   | Actividades   |
|---|---|
| <b>Realizar una revisión literaria relacionada con el Proceso de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad fin de tener un panorama de la situación en el mundo.</b> | 1. Hacer una consulta de los términos o conceptos relacionados con auditoría.<br>2. Identificar los requisitos legales del PAMEC en Colombia. |
| <b>Detectar las problemáticas que se presentan en la E.S.E hospital, mediante el análisis de los estándares.</b>  | 1 Hacer una inspección inicial del PAMEC diseñado en: la E.S.E Hospital Nuestra Señora de los Remedios.                                       |

Tabla 4. (Continuación).

|  |  |
|--|--|
|  | 2 Descripción de los procesos de la entidad.   |
|  | 3 Conocer la situación actual de los procesos frente a los estándares contemplados en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia. |
| <b>Proponer estrategias o acciones de mejora que contribuyan con el mejoramiento de la calidad en el PAMEC</b> | 1. Proponer acciones de mejora de acuerdo a los hallazgos encontrados en la investigación.<br>2. Entregar el informe final                                       |

### Herramientas de recolección de datos

Para el presente estudio las principales técnicas para la recolección de la información son: Libros, Artículos, Revistas, Documentos oficiales de las instituciones prestadoras de salud, bases de datos como SciELO, google académico, SCOPUS, SpringerLink, ELSEVIER, de las cuales se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de la tabla 5:

Tabla 5. *Criterios de inclusión y exclusión*

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Criterios de inclusión</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se incluyeron todos los documentos encontrados de todos los años.</li> <li>2. Se incluyeron solamente los tipos de documentos que son artículos, decretos, resoluciones, leyes, manuales</li> <li>3. Se incluyeron solo artículos de inglés y español.</li> </ol>  |
| <b>Criterios de exclusión</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se excluyeron todos los documentos que no estuvieran relacionados con la temática de la investigación.</li> <li>2. Se excluyeron los tipos de documentos tales como: editorial, corrección, resumen, cartas, noticias.</li> <li>3. Se excluyeron los artículos que no son escritos en inglés y español.</li> </ol> |

### **Procesamiento y análisis de datos**

El método utilizado para el procesamiento y análisis de la información es el método analítico ya que se procede a revisar cada uno de los documentos por separado, consiste en la extracción de partes de un todo, y a su vez, la síntesis se produce sobre la base de los resultados previos del análisis (Gutiérrez- Sánchez, 1990, p.133)

#### **4.3.1 Población y Muestra.**

**5.3.1.1 Caracterización de la población.** En esta investigación la población a estudiar será la E.S.E Hospital Nuestra Señora de los Remedios y el Hospital Internacional de Colombia.

## **5. Análisis del PAMEC**

Primero que todo, la E.S.E Hospital Nuestra Señora de los remedios, se encuentra en el municipio de San José de Miranda, Santander, institución de primer nivel de atención, que cuenta con un total de 26 funcionarios, ha mantenido un mejoramiento continuo en procura que la Prestación de los Servicios de Salud en todas y cada una de sus dependencias, satisfaga las necesidades de la comunidad.

Cabe aclarar que, los estándares que miden la calidad, son contemplados en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia (versión 3.1) los cuales son parámetros importantes para la concertación de los mecanismos de auditoría, así como los eventos adversos trazadores.

A continuación se presenta el análisis del Proceso de Auditoría de Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) del Hospital Nuestra Señora de los Remedios (Ver Tabla 6).

Tabla 6. *Análisis del PAMEC Hospital Nuestra Señora de los Remedios.*

| Estándar  | Observación   |
|---|---|
| <b>Estándares Asistenciales</b>   |   |
| E5. La organización tiene formulada, implementada y evaluada la política de seguridad de pacientes y garantiza su despliegue en toda la organización  | No se ha estructurado la implementación de una cultura de seguridad del paciente. No cuenta con una política de seguridad estructurada y socializada. No se evidencia conocimiento por parte de los colaboradores de la E.S.E sobre la Gestión de Seguridad al Paciente.  |
| E6. La política de seguridad de pacientes se despliega en la generación y la medición de la cultura de seguridad (que incluye la medición del clima de seguridad), la implementación de un programa de Seguridad (que defina las herramientas) y la conformación del comité de seguridad de pacientes.  | No hay estandarización de un sistema de búsqueda de factores de riesgos o fallas.<br><br>No hay implementación de un programa de seguridad.   |
| E10. Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones. | No se ha socializado el Modelo de Atención con el personal de la E.S.E tanto administrativo como asistencial, no se evalúa el conocimiento del mismo.   |
| E20. La organización tiene responsabilidades en grupos poblacionales específicos, tiene procesos de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población bajo su responsabilidad y establece mecanismos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.   | No existe documentación sobre la evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población atendida y los mecanismos establecidos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.<br><br>No se cuenta con estrategias de atención integral enfocado en las acciones de Promoción y Prevención.<br><br>No se ha evaluado la adherencia a guías. |
| E23. Existe un proceso de planeación de la atención, el cuidado y el tratamiento para cada paciente, el cual  | No se cuenta con documentación que soporte la integralidad de las capacitaciones en los procesos de inducción, re inducción.  |

Tabla 6. (Continuación).

incluye implementación, desarrollo y seguimiento del plan de tratamiento de acuerdo con el tipo de servicio que presta

E46. La organización garantiza que revisa el plan individual de atención y sus resultados tomando como base la historia clínica y los registros asistenciales de una forma sistemática y periódica, lo cual permite calificar la efectividad, la seguridad, la oportunidad y la validez de la atención a través de la información consignada y ajustar y mejorar los procesos.

No se cuenta con el mecanismo documentado para retroalimentar al equipo de salud sobre los resultados de la evaluación de sus historias clínicas y/o registros asistenciales.

No se evalúa los resultados clínicos y los compara con indicadores de referencia, nacional e internacional.

#### Estándares de direccionamiento

E76. La organización construye a partir del direccionamiento estratégico su plan estratégico. Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.

No se cuenta con Plan estratégico documentado.

Su formulación está estandarizada, al igual que su divulgación, seguimiento y evaluación.

E78. La alta dirección promueve desarrolla y evalúa el resultado de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención, el enfoque y la gestión del riesgo, la seguridad del paciente y los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud, la transformación cultural y la responsabilidad social.

No se ha promovido, desarrollado, ni evaluado los resultados de acciones orientadas a la atención centrada en el usuario y su familia, el mejoramiento continuo, la humanización de la atención y el enfoque y la gestión del riesgo, seguridad de los colaboradores, la gestión de la tecnología en salud y la transformación cultural y la responsabilidad social.

No se ha evaluado las acciones de seguridad del paciente.

E80. La organización tiene diseñada, implementada y evaluada una política de prestación de servicios de salud para promover, proteger y mejorar la salud de la población a la que sirve, sin discriminación. La política es parte del direccionamiento estratégico y se articula con la política de calidad de la institución.

No se tiene aún definida la articulación con la Política de Calidad de la Institución.

Tabla 6. (Continuación).

E81. Existe un proceso periódico y sistemático para definir y replantear el direccionamiento estratégico de la organización. No se cuenta con proceso periódico, sistemático y definido para replantear el direccionamiento estratégico de la organización.

E82. Existe un proceso para evaluar integralmente la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización, que con base en procesos de evaluación de la calidad en la organización. No se cuenta con evaluación de la calidad de la organización.

E83. La organización garantiza la orientación al personal, la cual está alineada con el direccionamiento estratégico de la organización. No se cuenta con documento de Direccionamiento Estratégico

E87. La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares. No se cuenta con enfoque de mejoramiento continuo implementado.

#### **Estándares de gerencia**

E90. Los procesos de la organización identifican y responden a las necesidades y expectativas de sus clientes y proveedores, internos y externos, de acuerdo con los objetivos de las unidades funcionales y evalúa la efectividad de su respuesta a los procesos. No se cuenta con políticas documentadas que le permita a la organización definir suficiencia, cobertura, complejidad y amplitud de los servicios que se han de proveer.

E91. La alta gerencia tiene definido e implementado un sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico. No cuenta con sistema de gestión del riesgo articulado con el direccionamiento estratégico.

E93. Existe un proceso por parte de la alta gerencia que garantice una serie de recursos para apoyar todas las labores de monitorización y mejoramiento de la calidad. No se encuentra documentado el proceso de monitorización y mejoramiento de la calidad y la garantía de los recursos.

E94. La organización garantiza un proceso estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos. No cuenta con un proceso documentado, estructurado, implementado y evaluado para el desarrollo y el logro de las metas y los objetivos de los planes operativos.

Tabla 6. (Continuación).

de las metas y los objetivos de los planes operativos.

E96. La organización garantiza la implementación de la política de humanización, el cumplimiento del código de ética, el cumplimiento del código de buen gobierno y la aplicación de los deberes y los derechos del cliente interno y del paciente y su familia.

No cuenta con Política de Humanización, Código de Ética, Código de Buen Gobierno

E97. Existe un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores.

No cuenta con un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores.

No cuenta con una política clara de protección de los colaboradores frente a comportamientos agresivos y abusivos de los clientes.

No cuenta con un mecanismo para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro su estancia en la institución. Esto incluye a todos los colaboradores de la organización.

No cuenta con un mecanismo explícito para reportar a las autoridades competentes los comportamientos agresivos y abusos.

E99. Existe un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo.

No cuenta con un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, articulado con la gestión del riesgo.

No cuenta con monitorización del presupuesto de la organización, el presupuesto de los planes estratégicos y el plan operativo.

No cuenta con Evaluación del impacto del plan estratégico y de los planes operativos.

No cuenta con análisis de costos.

Seguimiento de contingencias cubiertas por accidentes de trabajo,

Tabla 6. (Continuación).

|  |   |
|--|---|
|  | <p>enfermedad profesional y accidentes de tránsito, entre otros,</p> <p>No se encuentra documentado el Fomento de la cultura del buen uso de los recursos.</p> <p>Auditoría y seguimiento del pago de incapacidades</p>   |
| E102. La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares. | <p>No se cuenta con proceso documentado de aplicación de planes de mejoramiento continuo.</p> <p>No se cuenta con documentación del enfoque organizacional del mejoramiento continuo.</p> <p>No se hace seguimiento a las oportunidades de mejora priorizadas y la remoción de barreras de mejoramiento, por parte de los equipos de autoevaluación, los equipos de mejora y los demás colaboradores de la organización.</p> <p>No cuenta con articulación de oportunidades de mejora que tengan relación entre los diferentes procesos y grupos de estándares.</p> <p>No cuenta con seguimiento a los resultados del mejoramiento, la verificación del cierre de ciclo, el mantenimiento y el aseguramiento de la calidad.</p> <p>No hay documentación de la comunicación de los resultados.</p> |
| <b>Estándares de Talento Humano</b>  |   |
| E105. La asignación del talento humano responde a la planeación y a las fases del proceso de atención.   | <p>Documentar los procesos de Gestión del Talento Humano que incluya: Requisitos y perfil del cargo.</p> <p>Identificación de los patrones de carga laboral del empleo.</p> <p>Distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.</p> <p>Cambios en la oferta y / o demanda de servicio.</p> <p>Reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera.</p>  |

Tabla 6. (Continuación).

|   |   |
|---|---|
|   | Supervisión de personal en entrenamiento, si aplica.  |
|   | Asignación de reemplazos en casos de inducción, re inducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos, entre otros.  |
| E108. Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización.   | Se define el proceso de capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización  |
| E110. Existe un proceso diseñado, implementado y evaluado de educación, capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización  | Hay un programa de inducción y re inducción en la organización, reforzando los conceptos, procedimientos y políticas relacionados con el proceso de atención al cliente. Se evidencia que esos servicios son contratados con terceros.                                |
| E111. La organización garantiza la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, de docentes e investigadores, si aplica, y de terceros subcontratados, si aplica. | No se aplica el programa de evaluación periódicamente al personal de acuerdo a los requerimientos legales de la organización.   |
| E115. La organización promueve, desarrolla y evalúa estrategias para mantener y mejorar la calidad de vida de los colaboradores.  | Se evidencia un trato cálido, cortés y respetuoso con los miembros de la entidad.<br><br>No hay una medición de fatiga y estrés laboral.  |
| <b>Estándares de Gerencia del Ambiente Físico</b>   |   |
| E121. La organización garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los  | No cuenta con Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos.<br><br>No cuenta con plan de readecuación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda. |

Tabla 6. (Continuación).

|  |   |
|--|---|
| procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta.  | No tiene diseñado, difundido e implementado un plan que garantiza la protección a los usuarios y a los colaboradores.<br><br>No cuenta con Programas de prevención dirigidos a los funcionarios para riesgos biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc.<br><br>Condiciones para la humanización del ambiente físico. |
| E124. La organización garantiza el diseño, la implementación y la evaluación de procesos para el manejo seguro de desechos.  | Se evidencia la clasificación y separación de desechos en la fuente y el destino final.<br><br>La organización garantiza la disposición adecuada de los desechos.   |
| E125. La organización cuenta con procesos de preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externo   | Se encuentra un plan organizacional en caso de emergencias y desastres.<br><br>Se realizan ejercicios de aplicación del plan de emergencias y desastres.  |
| E128. La organización promueve una política de no fumador y tiene prohibido el consumo de cigarrillo en las instalaciones físicas de la organización.  | Se tiene plantada y aplicada la política de no fumador dentro de las instalaciones físicas.   |
| E129. La organización promueve, implementa y evalúa acciones para que el ambiente físico garantice condiciones de privacidad, respeto y comodidad para una atención humanizada, considerando a usuarios y colaboradores. | Hay condiciones adecuadas de humedad, ruido e iluminación<br><br>Las salas de espera son adecuadas para los usuarios.<br><br>El ambiente de trabajo es el adecuado.   |
| <b>Estándares de Gestión de la tecnología</b>  |   |
| E133. La organización cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología.                                   | No cuenta con una política organizacional definida, implementada y evaluada para adquisición, incorporación, monitorización, control y reposición de la tecnología.   |
| E137. La organización cuenta con una política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología.  | No hay una política definida para la renovación de equipos, al igual que no se encuentra el análisis de costos en cuanto a reparación, mantenimiento, obsolescencia de la tecnología.   |

Tabla 6. (Continuación).

|   |   |
|---|---|
| E140. La institución debe garantizar que el uso de equipos y dispositivos médicos de última tecnología en odontología, laboratorio, imágenes diagnósticas, banco de sangre, rehabilitación ha sido incorporado en las guías y/o protocolos de manejo clínico. | Se encuentran equipos y dispositivos médicos, pero ninguno de ellos es de última tecnología.<br><br>No hay banco de sangre en la entidad. |
|---|---|

#### Estándares de Gerencia de la Información

|  |   |
|--|---|
| E142. Existen procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información de los usuarios y sus familias, los colaboradores, y todos los procesos de la organización. | No se está Cumpliendo los tiempos de respuesta a los usuarios |
|--|---|

|   |  |
|---|--|
| E143. Existe un proceso para planificar la gestión de la información en la organización; este proceso está documentado, implementado y evaluado en un plan de gerencia de la información. | <p>No se ha identificado las necesidades de información.</p> <p>No se ha definido el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información.</p> <p>No se ha identificado espacios gerenciales y técnicos para el análisis de la información.</p> <p>No cuenta con comparación de mejores prácticas.</p> <p>Sistema de medición, evaluación y mejoramiento del plan.</p> |
|---|--|

|  |   |
|--|---|
| E144. Cuando el análisis periódico de la información detecta variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo. | <p>No cuenta con análisis periódico de la información y al detectar variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la organización realiza análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo.</p> <p>La organización no tiene prevista la existencia de grupos o mecanismos interdisciplinarios para evaluar variaciones no esperadas</p> <p>No realiza seguimiento a las decisiones adoptadas frente a una brecha en la información.</p> <p>No se comunican las acciones a los colaboradores de los procesos</p> |
|--|---|

Tabla 6. (Continuación).

|  |  |
|--|--|
|  | relacionados para que se hagan parte del mejoramiento.   |
| E147. Existe un mecanismo definido implementado, evaluado y formal para transmitir los datos y la información.   | No está documentado el mecanismo definido para la implementación, evaluación formal para transmitir los datos y la información.  |
|  | No toda la información se encuentra sistematizada  |
| E148. Existen procesos para la gestión y minería de los datos, que permitan obtener la información en forma oportuna, veraz, clara y conciliada.   | No cuenta con Documentación de la gestión y minería de los datos.<br>No cuenta con evaluación de la calidad y coherencia de datos generados.   |
| E148. La gestión de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos.           | No se evalúa el cumplimiento de los procesos y procedimientos implementados  |
| E150. La toma de decisiones en todos los procesos de la organización se fundamenta en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información. | La toma de decisiones en todos los procesos de la organización no se fundamenta en la información recolectada, analizada, validada y procesada a partir de la gerencia de la información.<br>No se cuenta con mecanismos para validar la información.<br>La información no es comparada con referentes internacionales y se hacen los ajustes necesarios (riesgo, gravedad, complejidad, etc.).<br>No se articula información clínica y administrativa.<br>Los procesos de mejoramiento institucional no están soportados en información validada que articula mejoramiento asistencial y mejoramiento administrativo. |
| <b>Estándares de Mejoramiento de la Calidad.</b>   |  |
| E156. Existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados.   | No existe un proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados.<br>No se cuenta con plan de mejora institucional que incluya las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.  |

Tabla 6. (Continuación).

|  |   |
|--|---|
|  | No se cuenta con evaluación de los resultados de la monitoria y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes. |
|  | No se articulan las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.                                 |
|  | No se acopla los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación.  |
|  | No se hace explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia.  |
|  | No se define los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.  |

E158. Existe un proceso de monitorización permanente de la calidad y el mejoramiento continuo de la organización. No se realiza seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.

A partir de lo anterior, la entidad tiene muchas deficiencias que se ven reflejados en el análisis de los indicadores propuestos, en este sentido, las recomendaciones o acciones de mejora se dan en el siguiente apartado (Ver Tabla 7):

Tabla 7. Propuesta de Acciones de mejoramiento.

| Estándar           | Acciones de mejoramiento   |
|--------------------|--|
| <b>Asistencial</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Socializar, evaluar y realizar seguimiento al proceso de Gestión de seguridad del Paciente.</li> <li>• Socializar del Modelo de Atención con el personal de la E.S.E tanto administrativo como asistencial.</li> <li>• Documentar el proceso de evaluación y gerencia de riesgos en salud de la población atendida y los mecanismos establecidos para educar en autocuidado y corresponsabilidad.</li> <li>• Documentar estrategias de atención integral enfocada en las acciones de</li> </ul> |

Tabla 7. (Continuación).

|                            |  |
|----------------------------|--|
|                            | <p>Promoción y Prevención.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar los resultados clínicos y compararlos con indicadores de referencia, nacional e internacional.</li> </ul>  |
| <b>De direccionamiento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentar el Plan Estratégico</li> <li>• Estandarizar la divulgación, seguimiento y evaluación del Plan Estratégico.</li> <li>• Priorizar, ejecutar o evaluar los objetivos contenidos en el plan estratégico.</li> <li>• Aprobar y documentar los planes estratégicos y operativos por las instancias definidas.</li> <li>• Definir, documentar, socializar la política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, su privacidad y dignidad es promovido, desplegado y evaluada por la alta dirección en todos los colaboradores de la organización, independientemente del tipo de vinculación.</li> <li>• Realizar seguimiento al cumplimiento de la Política.</li> <li>• Efectuar los correctivos correspondientes frente a las desviaciones encontradas.</li> <li>• Definir la Política de Prestación de Servicio como parte del direccionamiento estratégico y articularla con la Política de Calidad de la Institución.</li> <li>• Definir, documentar, implementar y evaluar con un proceso de evaluación integral de la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización con base en los procesos de evaluación de la calidad de la organización.</li> </ul>  |
| <b>De Gerencia</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir, documentar, socializar y evaluar Políticas Organizacionales que permitan definir cobertura, complejidad, y amplitud de los servicios que se proveen.</li> <li>• Definir y documentar herramientas, metodologías para identificar, priorizar, evaluar e intervenir los riesgos.</li> <li>• Definir, documentar, socializar y evaluar el sistema de gestión del riesgo relacionados con la atención en salud, los estratégicos y administrativos.</li> <li>• Definir, documentar, socializar y evaluar un sistema de entrenamiento, acompañamiento y retroalimentación.</li> <li>• Definir, documentar y evaluar el Apoyo al desarrollo de: Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.</li> <li>• Definir, documentar metodologías para identificación y remoción de barreras para el mejoramiento.</li> <li>• Reconocimiento a la labor de las unidades funcionales de la organización.</li> <li>• Definir, estructurar, documentar, implementar y evaluar un proceso documentado, implementado y evaluado para que las unidades funcionales trabajen en la consecución de la política y los objetivos organizacionales, fomentando en cada una de ellas el desarrollo autónomo de su gestión, seguimiento y medición de los procesos.</li> </ul> |

Tabla 7. (Continuación).

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
|                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir, estructurar, documentar, implementar y evaluar un proceso definido y documentado que garantice el acompañamiento permanente, sostenimiento y seguimiento de dichos objetivos centrados en el paciente.</li> <li>• Definir, documentar, socializar, implementar, y evaluar política clara emanada de la alta gerencia que defina las normas de comportamiento frente a los clientes y los compañeros de trabajo.</li> <li>• Definir, documentar, socializar, implementar, y evaluar mecanismos para evaluar los casos y establecer las acciones a que haya lugar.</li> <li>• Definir, documentar, socializar, implementar, y evaluar mecanismo para asistir a aquellos que han sido, o son, víctimas de abuso o comportamientos agresivos dentro su estancia en la institución. Esto incluye a todos los colaboradores de la organización.</li> <li>• Definir, documentar, socializar, implementar, y evaluar un mecanismo explícito para reportar a las autoridades competentes los comportamientos agresivos y abusos.</li> <li>• Definir, documentar, socializar, implementar, y evaluar una estrategia para educar a los colaboradores y clientes que presentaron conductas de abuso o comportamientos agresivos hacia otras personas.</li> <li>• Definir, documentar, socializar, implementar, y evaluar un mecanismo de seguimiento de estos casos y una estrategia para manejar las reincidencias.</li> </ul> |
| <b>Gerencia del Talento Humano</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir, documentar e implementar procesos de Gestión del Talento Humano que incluya: Requisitos y perfil del cargo.</li> <li>• Identificación de los patrones de carga laboral del empleo.</li> <li>• Distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales.</li> <li>• Cambios en la oferta y / o demanda de servicio.</li> <li>• Reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera.</li> <li>• Supervisión de personal en entrenamiento, si aplica.</li> <li>• Asignación de reemplazos en casos de inducción, reinducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos, entre otros</li> <li>• Definir, documentar, implementar y evaluar proceso de capacitación y entrenamiento permanente que promueve las competencias del personal de acuerdo con las necesidades identificadas en la organización e incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Direccionamiento estratégico.</li> <li>✓ Inducción y reinducción.</li> <li>✓ Ambiente de trabajo y sus responsabilidades.</li> <li>✓ Regulaciones,</li> <li>✓ estatutos,</li> <li>✓ políticas,</li> </ul> </li> </ul>   |

Tabla 7. (Continuación).

- ✓ normas
- ✓ y procesos.
- ✓ Código de ética y código de buen gobierno.
- ✓ Modelo de atención.
- ✓ Portafolio de servicios.
- ✓ Estructura organizacional.
- ✓ Expectativas del desempeño.
- ✓ Requisitos de actividades de salud ocupacional, seguridad y control de infecciones.
- ✓ Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- ✓ Estrategias para mejorar la calidad del cuidado y servicio.
- ✓ Requisitos para las actividades de docencia e investigación, si aplica.
- ✓ Conceptos y herramientas de calidad y mejoramiento de procesos.
- ✓ Comisiones clínicas.
- ✓ La educación continuada refuerza los conceptos, los procedimientos y las políticas relacionados con el proceso de atención al cliente y su familia.
- ✓ El programa de capacitación cuenta con recursos, se cumple, evalúa y ajusta periódicamente.
- ✓ Las instituciones educativas con las cuales hay convenios docencia-servicio se articulan con el plan de capacitación.
- ✓ El programa incluye un sistema de evaluación que permita evidenciar la comprensión de sus contenidos y resultados.
- ✓ Si se cuenta con servicios contratados con terceros, la empresa contratada debe garantizar que el personal que allí labora esté capacitada en los temas que la organización considere pertinentes. Estos temas deberán estar alineados con el plan de capacitación institucional y las necesidades del modelo de servicio.
- Definir, documentar, implementar y evaluar la manera de garantizar la evaluación sistemática y periódica de la competencia y el desempeño del talento humano de la institución, profesional y no profesional, asistencial, administrativo, y de terceros subcontratados que incluya: La competencia es evaluada desde el proceso de selección.
- El desempeño es evaluado y documentado durante el periodo de prueba, cuando aplique.
- El mejoramiento de la competencia y el desempeño es revisado y documentado periódicamente, de acuerdo con los requerimientos legales y de la organización.
- En el caso de personal en prácticas formativas, docentes e investigadores se evaluará el cumplimiento de las políticas organizacionales.
- Se provee retroalimentación a los evaluados.
- El sistema de evaluación es dado a conocer a cada una de las personas desde el

Tabla 7. (Continuación).

momento de ingreso a la organización.

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Gerencia del Ambiente Físico</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir, documentar, implementar y evaluar enfoque de riesgo.</li> <li>• Mejoramiento de la seguridad industrial.</li> <li>• Preparación, evaluación y mejoramiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y desastres internos y externos.</li> <li>• Plan de readecuación del ambiente físico según necesidades y considerando el balance entre oferta y demanda.</li> <li>• Diseñar, difundir e implementar un plan que garantice la protección a los usuarios y a los colaboradores.</li> <li>• Programas de prevención dirigidos a los funcionarios para riesgos biológicos, químicos, de radiación, mecánicos, etc.</li> <li>• Condiciones para la humanización del ambiente físico.</li> <li>• Documentar, implementar la capacitación, el entrenamiento, la evaluación de conocimiento y el seguimiento a la disposición y segregación de los residuos a todo el personal de la institución.</li> <li>• Monitorizar periódica y sistemática de riesgos y de adherencia en el manejo seguro de desechos e implementación de mejoras.</li> <li>• Documentar en el direccionamiento estratégico, evidenciando la identificación y respuesta a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución.</li> <li>• Descripción de evaluación de la efectividad de respuesta que incluya: La gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares.</li> </ul> |
| <p><b>Gestión de la tecnología</b></p>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir, documentar, evaluar política para la puesta en funcionamiento, monitorización y control de la tecnología</li> <li>• Definir, documentar, socializar, evaluar política definida, implementada y evaluada para la renovación de tecnología</li> </ul>   |
| <p><b>Gestión de la información</b></p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar las acciones a los colaboradores de los procesos relacionados para que se hagan parte del mejoramiento.</li> <li>• Documentar un mecanismo formal para transmitir los datos y la información.</li> <li>• Incluir toda la información que se requiera en el Sistema de Informes.</li> <li>• Documentar y socializar la gestión y minería de datos.</li> <li>• Realizar y documentar evaluación de la calidad y coherencia de datos generados.</li> <li>• Realizar evaluaciones a los seguimientos de registros asistenciales.</li> <li>• Definir estratégica para cumplimiento de los procesos.</li> <li>• Definir, diseñar, implementar y evaluar plan de contingencia que garantice el normal funcionamiento de los sistemas de información de la organización, sean manuales, automatizados, o ambos. Cualquier disfunción en el sistema es recolectada, analizada y resuelta. Lo anterior incluye mecanismos para prevenir</li> </ul>   |

Tabla 7. (Continuación).

|   |  |
|---|--|
|   | <p>eventos adversos relacionados con el manejo de los sistemas de información en especial alarmas en historia clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorporar en los sistemas informáticos o computarizados todas las listas de acrónimos o siglas definidas por la organización en los procesos de atención médica.</li> <li>• Articular información clínica y administrativa.</li> </ul>  |
| <p><b>De</b></p> <p><b>Mejoramiento de la Calidad</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir, documentar, socializar, implementar la gestión de las oportunidades de mejora consideradas en el proceso organizacional de mejoramiento continuo, que apliquen al grupo de estándares.</li> <li>• Documentar, implementar y evaluar proceso organizacional de planeación del mejoramiento continuo de la calidad orientado hacia los resultados con enfoque sistemático.</li> <li>• Definir, documentar, socializar y evaluar plan de mejora institucional que incluya las oportunidades de mejora identificadas en la evaluación del cumplimiento de los estándares de acreditación.</li> <li>• Evaluar los resultados de la monitoria y el seguimiento de procesos e indicadores clínicos y administrativos, y las auditorías, articuladas con los planes de mejoramiento existentes.</li> <li>• Articular las oportunidades de mejora identificadas en el día a día de la organización con todos los procesos relacionados y con los planes de mejoramiento existentes.</li> <li>• Acoplar los diferentes sistemas de gestión de la organización con el sistema único de acreditación.</li> <li>• Hacer explícito el impacto de las acciones de mejora sobre el usuario y su familia.</li> <li>• Definir los mecanismos de comunicación del proceso y los resultados del mejoramiento.</li> <li>• Definir, socializar e implementar metodología estandarizada que considere las de mayor impacto en cuanto a enfoque al usuario y orientación al riesgo.</li> <li>• Identificar las potenciales barreras para implementar las acciones de mejora, con el fin de tomar los correctivos necesarios.</li> <li>• Realizar seguimiento a los resultados de los indicadores que correspondan a las oportunidades de mejoramiento.</li> <li>• Definir los canales apropiados para la divulgación, socialización e internalización de los resultados a través de la gestión del conocimiento.</li> <li>• Definir, documentar, socializar y evaluar estrategias para difundir y/o publicar, a través de medios internos o externos, los resultados del mejoramiento</li> <li>• Definir, documentar, socializar y evaluar estrategias para fortalecer la cultura organizacional de mejoramiento continuo</li> </ul> |

## 6. Discusión

En la institución no hay una política de gestión de seguridad del paciente; según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) La falta de seguridad del paciente es un problema de salud pública que afecta a todos los países de todo nivel de desarrollo y estima que a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura.

Así mismo, según Pecci indica que entre un 4% y un 17% de los pacientes que ingresan en un hospital, sufrirán un accidente imprevisto e inesperado, derivado de atención en los servicios de salud y no de su enfermedad de base, que tendrá consecuencias en su salud y en sus posibilidades de recuperación y en algunos casos, estos errores provocarán la muerte (Pecci, 2013, p. 32).

En este sentido, todos los que trabajan de manera directa e indirecta en el proceso de atención de los pacientes tienen riesgo de cometer errores que pueden a su vez producir eventos adversos.

Lo anterior, permite admitir que sin seguridad no hay cuidado y viceversa, por tanto, el profesional de enfermería debe buscar de manera incansable los mecanismos que garanticen que su cuidado sea lo menos nocivo posible.

Además, el hospital no se cuenta con estrategias de atención integral enfocado en las acciones de Promoción y Prevención; según Restrepo, las acciones para fomentar la salud de los colectivos sociales, no consisten en aumentar el gasto de los servicios, sino en la mejora de las condiciones de vida de la población entre otras cosas. (Restrepo, 2001). Por su parte, Henry Sigerist señala que, para elevar el nivel de la salud hay que preocuparse por el mejoramiento de las condiciones de trabajo, de educación, ejercicio físico y de los medios necesarios para el descanso y la recreación (Albarrán, 1997). Considera que se requieren los esfuerzos coordinados de muchos grupos sociales para alcanzar esta meta, como los políticos,

los trabajadores, los industriales, los educadores y los médicos. Estos últimos, como expertos en los asuntos de salud, deben definir las normas y establecer los patrones de la intervención.

Es por ello, que la Promoción de la salud solo se logra con equidad social y participación activa de los individuos en los diferentes ámbitos de acción. No hay equidad en salud si no hay equidad social.

La Promoción como modelo de intervención ofrece muchas posibilidades, en el nivel local, regional y nacional. Es una estrategia centrada en la intervención y no en el diagnóstico que es solamente un instrumento más en la intervención (Colomer, 2000).

En lo que a planeación estratégica se refiere, se constató que existe desconocimiento de metas y objetivos organizacionales, hay ausencia de planificación política en salud integral, entre otras, por ello, según Robles Salguero dada la importancia de la planificación estratégica para las instituciones de salud los principales retos identificados se relacionan con tomar en consideración las necesidades/objetivos de todos los grupos de interés involucrados en la gestión, tanto internos como externos; el conocimiento de la normativa y las políticas públicas establecidas para el sector; la elección y desarrollo de la metodología de trabajo que más se acerque a los requerimientos institucionales, desarrollada por personal técnico con experiencia con los recursos requeridos; que permitan desarrollar planes estratégicos con todos los componentes establecidos, a fin de facilitar la toma de decisiones. (Robles Salguero, 2017, p 4)

Considera que un aspecto fundamental en la planeación de programas y procesos de trabajo para los servicios de salud, es el desarrollo de planes estratégicos con alineación y homologación a las políticas de salud, no sólo de las instituciones, sino de las estrategias gubernamentales orientadas al fortalecimiento y la mejora continua de los procesos de atención en salud.

No cuenta con un mecanismo implementado y evaluado en el ámbito organizacional para prevenir y controlar el comportamiento agresivo y abusivo de los trabajadores y de los pacientes, sus familias o sus responsables, dirigido hacia otros clientes, familias, visitantes y colaboradores.

Por otro lado, no existe una política de protección frente a los comportamientos agresivos y abusivos dentro de su estancia en la institución, por lo tanto no se cuenta con un mecanismo para reportar a las autoridades competentes; según Chapell D, Di Martino (1998) no sólo la violencia física provoca grandes impactos en la salud del trabajador sino también la que se infringe a través de un comportamiento repetitivo que gradualmente daña la integridad psicológica del afectado y que puede llegar a tener repercusiones de mayor cuantía que la violencia física. Por lo anterior, resulta importante que los profesionales de la salud tengan la información y el conocimiento necesario para poder gestionar estos casos de una forma adecuada, ya que según estudios, los trabajadores con mayor riesgo de actos violentos, se encuentran los que se desempeñan en el sector salud, especialmente en el área intrahospitalaria (Mahoney, 1990; Nogareda, 1990; Beck y col., 1992; Aranetz, 1994 y Sánchez, 2002).

En otro orden de cosas, el Hospital Nuestra Señora de los Remedios no cuenta con un proceso implementado y evaluado para la protección y el control de los recursos, por lo cual no hay monitorización del presupuesto de la organización, plan estratégico, plan operativo. Según Carnota O la fuente de estos problemas es muy variada, pero generalmente detrás de ellos hay una carencia significativa de métodos, técnicas y enfoques relacionados con la gerencia que se omiten y sustituyen por corazonadas, imitaciones, improvisaciones o demagogia electoral. La falta de una vocación para hacer un uso racional de los recursos hace que incluso a veces, muchas de estas cosas parezcan naturales (Carnota, 2013).

Igualmente, el talento humano constituye un recurso esencial en las instituciones de salud (Nigenda, et al, 2010), por ello su adecuada gestión es crucial para el óptimo desempeño y el logro de las metas de dichas instituciones y del sistema de salud en su conjunto (OMS, 2004). Por consiguiente, hay que reconocer, que la entidad documenta los procesos de Gestión del Talento Humano que incluyen: registro de los requisitos y perfil del cargo, identificación de los patrones de carga laboral del empleo, distribución de turnos, descansos, evaluación de la fatiga y riesgos laborales, cambios en la oferta y / o demanda de servicio, reubicación y promoción del personal en el evento en que una situación así lo requiera, supervisión de personal en entrenamiento, asignación de reemplazos en casos de inducción, re inducción, capacitación, calamidades, vacaciones y permisos, entre otros.

Por otra parte, se evidencia la clasificación y separación de desechos en la fuente y el destino final, ya que, según Monreal J, una buena separación en origen permite derivar la mayor parte de los desechos sólidos producidos en un hospital a la recolección municipal y reservar los procedimientos especiales y de alto costo sólo para los desechos peligrosos (Monreal, 1992).

En cuanto a la gestión tecnológica, se observa la inexistencia de una política definida para la renovación, mantenimiento y conservación de los equipos. Según Mora el concepto de sistema de mantenimiento, exige estandarizar los pasos y procedimientos para llevar a cabo las tareas operativas y administrativas, relacionadas con la conservación y mantenimiento de la infraestructura y los equipos de un establecimiento de salud. Es necesario también tener en cuenta que el éxito del trabajo de mantenimiento no solo depende de la cantidad de recursos o financiamiento que se le asigne al mismo, sino que en gran medida depende de la capacidad y calidad con que se organice el servicio de mantenimiento. (Mora Gutiérrez, 2008); es por ello, que Corretger Rauet (1996) plantea la evaluación, análisis y la valoración objetiva, periódica y sistemática de las funciones, características esenciales del servicio, para

comprobar la corrección del sistema de gestión de mantenimiento empleado y su evolución en el tiempo, ya que cuánto mejor aplicadas sean, se corregirán en mayor grado los problemas que se detecten, facilitando la consecución de sus objetivos.

Existen muchos factores a considerar al momento de potenciar el desempeño con calidad. Podemos relacionar la satisfacción del usuario con indicadores como menor mortalidad, baja en la readmisión de pacientes, baja demanda por malas praxis, disminución de costos y mayor rentabilidad, coordinación y gestión de altas, optimización en el uso de recursos, tiempos de ocupación, estadía hospitalaria, satisfacción del cliente interno, reducción de listas de espera, etc. (Rodríguez, 2013)

Por último, los resultados son bajos en cuanto a la gestión del hospital sobre el PAMEC, por lo tanto, es necesario planear y ejecutar acciones de mejoramiento en los hallazgos encontrados, coordinados por el responsable de cada proceso, de ahí que, los esfuerzos máximos deben orientarse a cómo se hacen las cosas, estandarizar procesos, acreditar servicios. Estas herramientas permitirán progresar en calidad al mejorar el trato al usuario y disminuir los errores clínicos y administrativos, lo cual posibilitará tener un mejor manejo, que sin duda será reconocido en un corto y mediano plazo por la población. No se debe olvidar que el paciente o cliente externo es el eje de trabajo. (Guerra y Meizoso, 2012).

## 7. Conclusiones y Recomendaciones

Se puede concluir que el establecimiento de los lineamientos de la calidad en las instituciones de salud y en cualquiera de los niveles de atención es oportuno y deben ser tenidos en cuenta los elementos expuestos para garantizar de forma efectiva la prestación de la atención médica.

Por ello, la calidad de los profesionales de la salud es una de las variables más importantes para la mejora de la calidad, principalmente por aumentar el uso eficiente de los recursos, reducir el riesgo de lesiones asociados con los servicios de salud ofrecidos y, de paso, aumentar la satisfacción del paciente-usuario en sus demandas.

Además, en el análisis realizado a la implementación del PAMEC, reflejó que la E.S.E Hospital Nuestra Señora de los Remedios presenta deficiencias en cuanto a la documentación de todos los procesos que se realizan actualmente.

Por otro lado, las principales recomendaciones o acciones de mejora producto de la investigación, que debe tener en cuenta la E.S.E Hospital Nuestra Señora de los Remedios de San José de Miranda son:

- Establecer el plan de mejoramiento continuo en el hospital del municipio.
- Documentar las estrategias de atención integral enfocada en las acciones de promoción y prevención de la salud.
- Implementar la lista de chequeo para la verificación del cumplimiento de criterios de acuerdo a las prioridades.
- Definir, documentar y socializar la política de atención humanizada y el respeto hacia el paciente, código de ética, código de buen gobierno.
- Estructurar, definir y replantear el proceso periódico y sistemático para definir el direccionamiento estratégico de la organización.

- Definir, documentar, implementar y evaluar la gestión clínica y el modelo de prestación de la organización con base en los procesos de evaluación de la calidad de la organización.
- Evaluar, documentar la eficiencia, costo-efectividad, seguridad, impacto ambiental y demás factores de evaluación de la tecnología.
- Realizar y documentar las todas las Auditorías en el Hospital.
- Para tener un mayor control de los indicadores es de gran importancia implementar un cuadro de mando o tablero de indicadores, que lleven a recurrir de una manera ágil y precisa de la información periódicamente.

En conclusión, la gestión del PAMEC es deficiente, se debe planear y ejecutar las acciones de mejoramientos para mejorar las debilidades encontradas en el PAMEC, coordinadas con cada responsable del proceso.

### Referencias bibliográficas

- Alan J. Juan M. (2011). Diseño de una metodología que permita apoyar la acreditación internacional de la fundación hospitalaria bajo los estándares de la Joint Commission. Cali. P 50. Disponible en: [biblioteca2.icesi.edu.co/cgi-olib/?infile=&source=webvh&sobj](http://biblioteca2.icesi.edu.co/cgi-olib/?infile=&source=webvh&sobj)
- ARNETZ, L. (1994). In: Chapell, D. y Di Martino, V. Violence at Work (pp. 73) Génova: International Labour Office.
- BECK, E. et al. (1992). In: Chapell, D. y Di Martino, V. Violence at Work (pp. 73). Génova: International Labour Office.
- Berry, Leonard L. (2002). Un buen servicio ya no basta: cuatro principios de servicio excepcional al cliente. Editorial. Disponible en: <http://goo.gl/IVUyov>, p 126.
- Campos J, Rivera M, Castañeda MR. (2008). El malestar de la salud en Colombia. Disponible en: [http://www.contraloriagen.gov.Co/html/RevistaEC/pdfs/303\\_2\\_1\\_El\\_malestar\\_de\\_la\\_salud\\_en\\_Colombia.pdf](http://www.contraloriagen.gov.Co/html/RevistaEC/pdfs/303_2_1_El_malestar_de_la_salud_en_Colombia.pdf). p 6
- Carlo G. (2011). Factores clave de la atención y servicio al cliente. Disponible en: [es.slideshare.net/.../factores-clave-de-laatencion-y-servicio-al-cliente](http://es.slideshare.net/.../factores-clave-de-laatencion-y-servicio-al-cliente). P 11.
- Carnota O. Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. Rev Cubana Salud Pública. 2013;39 (3):501-23. Acceso:2016/09/08. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Chapell D, Di Martino V. Violence at work. Geneve: International Labour Office, 1998.
- Colombia. Congreso De La República. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41148. Bogotá, D.C. Sistema de seguridad social integral Cap.II Art. 5°.

Colombia. Congreso de la República. Ley 872. (30, diciembre, 2003). Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios. EVA. Bogotá, D.C., Sistema de seguridad social integral Cap.I Art. 1°.

Decreto número 1011 de 2016, 3 de Abril 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.

Donabedian, Avedis. (1986). Garantía de Calidad. Quien es responsable. Calidad de la Atención en Salud. En: salud pública. México. Vol 28 Nro. 3.

Franklin E.B. (2000). Auditoría administrativa. México: McGraw Hill. P 28.

Guerra Bretaña RM, Meizoso Valdés MC. 2012. Gestión de calidad. Conceptos, modelos y herramientas. La Habana: Editorial UH.

Gutiérrez S., Raúl, y González S., José (1990). Metodología del trabajo intelectual. 10ª ed. México: Esfinge. P 133.

Harold Koontz y Ciryl O'Donnell, (2014). Administración; Auditoría. Un enfoque práctico. España: Editorial Paraninfo. P 47.

Hernández S., R., Fernández C., C., & Baptista L., M. (2010). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

Hospital Internacional de Colombia. (2016). Nuestra Historia. Disponible en <http://www.fcv.org/site/oficina-de-servicios-internacionales/servicio-internacionales/nuestra-historia-internacional>

Hospital Nuestra Señora de los Remedios. (2014). Reseña histórica. Disponible en: <http://www.esemiranda-santander.gov.co/entidad/resena-historica>

Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC, (2016). Historia de la Acreditación en el Mundo. Párrafos 1-6. Disponible en <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Paginas/His.aspx>

Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A. Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet*. 2013; 382:1898-955.

Kerguelen, Carlos. (2008). *Calidad en salud en Colombia. Los principios*. Segunda edición. Bogotá D.C, P 55. ISBN 9789589181959

MAHONEY, B. (1990). En: *Directrices: Para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo*, CIE. Extraído el 28 noviembre 2001, disponible en <http://www.icn.ch/>

Malagón, Galán y Pontón (2003). *Auditoria en salud para una gestión eficiente*. 2ª ed. Bogotá: Editorial panamericana; p 7.

Mallen, David y Collins, Christine. (2003). *Manual de habilidades para auditoria. Una introducción básica a planificación y realización de auditoria de sistemas de gestión en las organizaciones*. Traducción de ICONTEC, Bogotá: ICONTEC, p.5-9. ISBN 9383-37-8.

Mejía M., E. (2005). *Metodología de Investigación Científica*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Ministerio de la Protección Social (2011). *Biblioteca Nacional de indicadores de calidad de la atención en Salud*. Observatorio de Calidad de la atención en Salud. p 14.

Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud y Asociación Centro de Gestión Hospitalaria. (2007). *Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, D. C. ISBN: 978-958-98220-6-7. P 7.

Ministerio de la Protección Social, Resolución 1446 de 2006, artículo 2º.

Ministerio de la Protección Social. Disponible en [www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=114&IdCat=29](http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=114&IdCat=29). 2006, p 17

Ministerio De Protección Social (2006). Decreto 1011. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad de Atención en Salud.

Ministerio De Protección Social (2006). Resolución 1043. Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para Habilitar sus servicios o implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención y se dictan otras disposiciones.

Ministerio De Protección Social (2006). Resolución 1046. 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.

Ministerio De Protección Social (2007). Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Ministerio De Protección Social (2007). Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Ministerio De Protección Social (2007). Resolución 2780. Por la cual se modifica parcialmente la resolución 1043 del 2006 y se dictan otras disposiciones.

Ministerio De Protección Social (2007). Resolución 3763. Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2007.

Ministerio De Protección Social (2014). Resolución 2003. 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.

Monreal J. Consideraciones sobre el manejo de residuos de hospitales en América Latina. Programa de salud Ambiental. Washington DC:OPS/OMS, 1992:1-29.

Montilla Galvis, Omar De Jesús y Herrera Marchena, Luis Guillermo. (2006). El deber ser de la auditoría. Estudios Gerenciales. 22 (98), 83-110. Recuperado el 24 de enero de 2020, de

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-59232006000100004&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-59232006000100004&lng=en&tlng=es).

Mora Gutiérrez, A. Mantenimiento estratégico para empresas industriales o de servicio. Medellín: Ediciones AMG. 2008. ISBN 958-33-8218-3

Murillo V., G. (2011). Metodología de aplicación de una auditoría de gestión como herramienta para determinar los costos de la no calidad y elevar la productividad en el departamento de ahorros de la Mutualista Pichincha (Tesis para obtener grado de Ingeniero Comercial con especialización en Contabilidad y Auditoría.). pp 32-40 Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito. Recuperada <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/4422/1/UPS-QT01833.pdf>

Nigenda G, Ruiz JA, González LM, Wirtz V, González MC, Aguilar ME y Bejarano R. 2010. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica. México: Instituto Nacional de Salud Pública y Cendex.

NOGAREDA C. (1990). In: Chapell, D. y Di Martino, V. Violence at Work. Génova: International Labour Office.

Nuevo informe recomienda que la reforma del sistema sanitario en China ponga énfasis en un modelo integrado de atención de la salud centrado en las personas. Washington, D. C.: Banco Mundial; 2016. Acceso: 2016/09/04. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2016/07/21/new-report-recommends-people-centered-integrated-care-as-focus-of-chinas-health-reform>

Organización Mundial de la Salud -[OMS]. (2008). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura. Francia: Autor. Recuperado de [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/documents/ps\\_research\\_brochure\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud. 2004. Human Resources for Health. Overcoming the crisis. Washington D.C.: Library of Congress.

Páramo AJ. (2002). Auditoria de la salud curso técnico y práctico en diez módulos. 1ª ed. Colombia; Biblioteca Jurídica Dike. P 8.

Pecci, E. (2013). Cheklist Quirúrgico. Una herramienta para la seguridad del paciente. Revista de Enfermería Castilla y León, 5(2), 30-42.

Ramirez Villafuerte, T. G., & Burgos Burgos, J. E. (2016). La auditoría de gestión como herramienta de control: una alternativa para la administración moderna y su enfoque al performance empresarial en las pymes. Recuperado de Eumed. Observatorio Economía Latinoamericana: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2016/performance.html>

Robles Salguero, Rodolfo Enrique, Serrano Mantilla, Hector Bladimir, Serrano Mantilla, Gonzalo Lenin, Gaibor Vera, Franklin Max, Gil Borja, Medardo Armijo, & Fernández Lorenzo, Angie. (2017). Retos de la planificación estratégica en instituciones de salud. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas, 36(3) Recuperado en 19 de mayo de 2020, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002017000300018&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000300018&lng=es&tlng=es).

Rodríguez A. 2013. Creando una cultura de la calidad hospitalaria. Medwave. 2013; 13 (9):e5810.doi: 10.5867/medwave.2013.09.5810.

Sánchez Quintero, Jairo de Jesús (2013). Un Sistema de Indicadores de Calidad para el Mejoramiento de Programas Universitarios en Administración. [Repositorio Digital]. Trabajo de grado. Doctor en ciencias de la educación. Universidad del Atlántico. Facultad de Educación. Barranquilla Atlántico. P, 9 [Revisado 15, febrero 2019]. Archivo en pdf. Disponible en: [https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-342685\\_recurso\\_2.pdf](https://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-342685_recurso_2.pdf)

SÁNCHEZ, R. (2002). Percepción de violencia que afecta a los profesionales de enfermería de un hospital de la octava región. Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería, Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Sousa, V., D., Driessnack, M., & Costa M. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes en enfermería. Parte 1. Diseños de Investigación Cuantitativa. Rev latino-am Enfermagem 15(3) Recuperado de [www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es\\_v15n3a22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/es_v15n3a22.pdf)