

**PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PARA JASSIEL FUNDACIÓN,
BOGOTÁ 2019**

Autor:

ANA MARIA VARGAS CORREA
CC 1098730370

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ECONOMÍA
POSGRADO DE AUDITORIA DE SALUD
2019**

**PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PARA JASSIEL FUNDACIÓN,
BOGOTÁ 2019**

Autor:

ANA MARIA VARGAS CORREA
CC 1098730370

**Monografía para Optar por el título de Especialista en Auditoria en
Salud**

Directora de Monografía:

IVONNE ANDREA ORDÓÑEZ MONAK
BDS, MPH, EdS, PhD(c)

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ECONOMÍA
POSGRADO DE AUDITORIA DE SALUD
2019**

NOTA DE APROBACION:

AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo principalmente a Dios por darme la vida y permitirme llegar a este momento importante en mi formación profesional, Gracias Dios porque tu amor y tu bondad no tienen fin.

A la memoria de mi Nona Adelaida Correa, quien siempre me impulsaba a dar lo mejor de mí, y me hace mucha falta.

A mi mamá que es mi base y mi motor, me ayuda siempre y me impulsa a ser mejor día a día.

A mi hermano que con sus ganas de soñar me impulsa a que persiga y luche por mis sueños

A mi Dani que es mi mejor amigo, mi compañero de aventuras y mi gran amor, por ser un apoyo incondicional y amarme tanto en las buenas y en las malas.

A mi tutora Doctora Ivonne por ayudarme y guiarme en la construcción de mi monografía, que es uno de los pasos más importante para mi crecimiento profesional.

A la universidad por permitirme aprender y crecer profesional y personalmente.

Y finalmente gracias a la vida, por darme tanto.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	5
LISTA DE TABLAS	7
LISTA DE FIGURAS	8
LISTA DE ANEXOS	9
RESUMEN	10
PALABRAS CLAVES	10
ABSTRACT	11
KEY WORDS.....	11
GLOSARIO DE TÉRMINOS	12
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
2 INTRODUCCIÓN	14
3 JUSTIFICACIÓN.....	17
4 IMPACTO	18
5 UBICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	19
6 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
7 MARCO TEÓRICO	21
8 OBJETIVOS.....	25
8.1 OBJETIVO GENERAL	25
8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
9 MÉTODO.....	26
9.1 CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN:	27
9.1.1 Sensibilización Y Capacitación:.....	28
9.1.2 Etapas Del PAMEC:	28
9.1.3 Calificación Cuantitativa:.....	29
9.2 SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR:.....	29
9.3 PRIORIZACIÓN DE PROCESOS:	29
9.4 CALIDAD ESPERADA:	30
9.5 CALIDAD OBSERVADA:	30
9.6 PLAN DE MEJORAMIENTO:.....	30
9.7 IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORA PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA: 30	
9.8 EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE MEJORA PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA:	31
9.8.1 Programa De Auditorías:	31
9.8.2 Estrategias De Monitoreo Y Evaluación:	31
9.9 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL:	31

9.10	PLAN DE CAPACITACIÓN:	31
9.10.1	<i>Plan De Comunicación:</i>	32
9.10.2	<i>Indicadores De Calidad:</i>	32
10	RESULTADO	33
11	DISCUSIÓN	40
12	CONCLUSIONES	43
13	RECOMENDACIONES	44
14	BIBLIOGRAFÍA.....	45
15	ANEXOS	49

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Detalles de contratación de Jassiel Fundación.	15
Tabla 2: Primer informe: matriz de seguimiento construida por la institución y la asesora externa.....	33
Tabla 3: Descripción de la ejecución PAMEC por grupo de estándares.	34
Tabla 4: EJECUCIÓN PAMEC (porcentaje)	35
Tabla 5: Grupo estándar (evaluado) con sus acciones de mejoramiento	36
Tabla 6: Resultado del seguimiento al listado de acciones mejoramiento	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Ruta Crítica para el desarrollo de la auditoria para el mejoramiento de la calidad.....	26
Figura 2: Descripción de actividades programadas y ejecutadas por grupo estándares.....	34
Figura 3: Alcance en % del PAMEC de Jassiel Fundación	35
Figura 4: Resultados después de la intervención:	39

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Herramienta 3.0.....	49
Anexo 2: Formato de seguimiento 1.	49
Anexo 3: Formato de seguimiento 2.	50
Anexo 4: PAMEC: Carpetas por cada estándar y sus respectivas actividades	50

RESUMEN

En la presente monografía tiene como propósito evidenciar la realización de una intervención y acompañamiento a la IPS JASSIEL FUNDACION, pues a la fecha tiene un proceso sancionatorio interpuesto por un ente territorial por varias fallas en la presentación de su PAMEC.

El desarrollo de la intervención buscó generar un acercamiento de la calidad observada a la calidad esperada, redefiniendo las partes que están fallando en el PAMEC, por medio de la aplicación del ciclo PHVA y del despliegue organizacional.

Con la puesta en marcha del proyecto, se espera propender por la solución al proceso sancionatorio que tiene la IPS JASSIEL FUNDACION y dejar claras recomendaciones que contribuyan con el crecimiento de esta.

PALABRAS CLAVES

Jassiel Fundación, seguridad del paciente, enfermería domiciliaria, PAMEC, plan de mejora, aprendizaje organizacional.

ABSTRACT

In this monograph it is intended to demonstrate the realization of an intervention and accompaniment to the IPS JASSIEL FUNDACION, because to date it has a sanctioning process brought by a territorial authority for several failures in the presentation of its PAMEC.

The development of the intervention sought to generate an approach from the observed quality to the expected quality, redefining the parts that are failing in the PAMEC, through the application of the PHVA cycle and the organizational deployment.

With the implementation of the project, it is hoped to propose by the solution to the sanctioning process that has the IPS JASSIEL FUNDACION and to make clear recommendations that contribute to the growth of the project.

KEY WORDS

Jassiel Fundación, patient security, Domiciliary nursing, PAMEC, improvement plan, organisational learning.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Satisfacción:** Es la percepción que se obtiene de identificar la experiencia que determina un usuario o cliente al ser atendido en un determinado servicio.
- **Calidad observada:** Es aquel elemento que permite conocer la condición actual de la institución que se analiza a fin de terminar la condición actual.
- **Calidad esperada:** Son todas aquellas metas a las cuales se espera llegar a fin de subsanar o por lo menos lograr cerrar en parte la brecha con lo que se encontró en la institución al inicio.
- **Aprendizaje organizacional:** Es el resultado de las distintas acciones que dieron como consecuencia la ejecución de una cultura institucional o simplemente los aspectos que le dejan a la institución los elementos a mejorar y redefinir.
- **Ruta crítica:** ha sido la estrategia metodológica que dictaminó el Ministerio de Salud y Protección Social para indicar el paso a paso para implementar el programa de auditoría de mejoramiento continuo de la calidad.
- **Planear:** Se dice que son las acciones que se pretenden incluir en un cronograma a cumplir.
- **Hacer:** Son todas aquellas actividades que se planearon hacer.
- **Verificar:** Es el ejercicio mediante el cual se observa el grado de ejecución de etapa determinada.
- **Actuar:** Son acciones que permiten determinar el grado en el que se desarrolló la acción que se planeó.
- **Autoevaluación:** Es el ejercicio mediante el cual la institución a través de una herramienta metodológica determina y califica los posibles problemas o fallas que deba corregir.
- **Selección de procesos:** Es la identificación de los diferentes estándares que identificaron dentro del mapa de procesos o macro-proceso.
- **Priorización de procesos:** Es la identificación y segmentación de los elementos que más producen fallas o que son objeto de control de interés por su grado de relevancia.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Institución JASSIEL FUNDACIÓN en el año 2019 con ocasión a una visita realizada por la Secretaria de Salud en razón a una serie de incumplimientos, fue afectada por la generación de una no conformidad mayor o incumplimiento que le dejó como resultado un proceso administrativo sancionatorio sin medida sanitaria, ya que el documento PAMEC como desarrollo de la ruta crítica presentaba fallas metodológicas y el grado de desarrollo de las actividades de mejoramiento planteadas determinadas como bajas o inferiores a 50 puntos de 100 no eran las esperadas según el cronograma.

A través de un proceso de acompañamiento técnico realizado a la fundación se logra estructurar un diagnóstico que permitiera trazar la ruta de navegación con la institución para realizar el despliegue y la mejora de las acciones descritas en el plan de mejoramiento actual.

El plan de mejoramiento permitirá avanzar en las actividades programadas en el PAMEC, realizarle seguimiento a la ruta crítica y corregir las fallas metodológicas en el documento Word de PAMEC presentado por la institución con el resultado del cierre de la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada e intervenir con los insumos o evidencias para alimentar el proceso sancionatorio en curso y lograr cerrarlo y disminuir al máximo los costos asociados a multa y propender por una amonestación verbal.

El propósito de la intervención y acompañamiento a JASSIEL FUNDACIÓN en el proceso soporte técnico y despliegue de los planes de mejora es lograr que la institución pueda cerrar el proceso sancionatorio y desplegar en un 89% el PAMEC

2 INTRODUCCIÓN

Jassiel Fundación es una entidad que presta servicios de salud tales como enfermería extramural, psicología y medicina general. Durante el año 2019 recibió una visita por parte del ente territorial quienes por oficio les notificaron que las actividades del programa de auditoria de mejoramiento continuo de la calidad serian auditadas y que para tal fin les habían solicitado que dispusieran tanto del equipo a cargo como del tiempo necesario para realizar las acciones de IVC. Como resultado de esa auditoria la institución realizó las acciones de preparación de las diferentes acciones y como resultado de dicha visita, la institución obtuvo un acta en la cual le indicaron que tenía dos elementos coyunturales incumplidos según la lista de chequeo de PAMEC sugerida por el ministerio de salud y protección social tales como:

- No hay una calidad observada respectivamente identificada.
- La ejecución era baja.
- La metodología del PAMEC tenía fallas y debía revisarse según lo dispuesto por las guías del ministerio de salud y protección social.

Esta situación llevo a la institución a realizar una serie de ajustes dentro de ellos poder permitir que recibieran un direccionamiento y acompañamiento en un plan de mejoramiento que les permitiera poder seguir con total normalidad las actividades actuales en la línea de negocio la prestación de servicios, asesorías para acceso de servicios en salud. Los servicios prestados por Jassiel Fundación son en esencia:

- a)** Enfermería domiciliaria para la atención del paciente con enfermedades Crónicas como (VIH/sida, cáncer, esclerosis múltiple y diagnósticos de alto costo).
- b)** Medicina general para la valoración y monitoreo del paciente.
- c)** Psicología para el seguimiento a pacientes y tratamiento psicológico.
- d)** Servicios de consultorio jurídico y acompañamiento para la eliminación de barreras de acceso.

- e) Trabajo social, si bien no es un servicio habilitado se le oferta al paciente estudios sociales en los domicilios para favorecer y establecer claridad sobre cómo afecta las condiciones de vivienda en la adherencia al tratamiento.

Jassiel Fundación opera en los siguientes departamentos:

Tabla 1: Detalles de contratación de Jassiel Fundación.

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	MODALIDADES DE SERVICIOS							
		MEDICINA	TIPO DE CONTRATO	ENFERMERIA	TIPO DE CONTRATO	PSICOLOGIA	TIPO DE CONTRATO	TRABAJO SOCIAL	TIPO DE CONTRATO
LETICIA	AMAZONAS	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO
ANTIOQUIA	ANTIOQUIA	1	EVENTO	1	VINCULADO	1	EVENTO	1	EVENTO
ARAUCA	ARAUCA	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO
BARRANQUILLA	ATLANTICO	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO
BOLIVAR	BOLÍVAR	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO
TUNJA	BOYACÁ	1	EVENTO	1	VINCULADO	1	EVENTO	1	EVENTO
MANIZALES	CALDAS	1	EVENTO	1	VINCULADO	1	EVENTO	1	EVENTO
FLORENCIA	CAQUETÁ	1	EVENTO	1	VINCULADO	1	EVENTO	1	EVENTO
YOPAL	CASANARE	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO
POPAYAN	CAUCA	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO
MONTERIA	CÓRDOBA	1	EVENTO	1	VINCULADO	1	EVENTO	1	EVENTO
BOGOTÁ	CUNDINAMARCA	1	EVENTO	1	VINCULADO	1	EVENTO	1	EVENTO
NEIVA	HUILA	1	EVENTO	1	VINCULADO	1	EVENTO	1	EVENTO

SANTA MARTA	MAGDALENA	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO
VILLAVICENCIO	META	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO
PASTO	NARIÑO	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO
CUCUTA	NORTE DE SANTANDER	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO
PEREIRA	RISARALDA	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO
IBAGUE	TOLIMA	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO	1	EVENTO
CALI	VALLE DEL CAUCA	1	EVENTO	1	VINCULADO	1	EVENTO	1	EVENTO

Fuente: Detalles de contratación de talento humano de Jassiel Fundación (agosto 2019).

3 JUSTIFICACIÓN

Jassiel Fundación tiene la disponibilidad e interés para la formulación de acciones de mejoramiento por lo tanto se consideró la importancia de la investigación para desarrollar los planes de mejorar de cada estándar priorizado y determinar el grado de despliegue que se realiza con las actividades de acompañamiento en Jassiel Fundación. Por lo anterior se propuso:

- a.** Elaboración.
- b.** Despliegue.
- c.** Implementación de un programa integral.

Los numerales anteriores reflejan tres acciones para orientar el trabajo del programa de auditoría de mejoramiento continuo de la calidad en Jassiel Fundación los cuales estarán enfocados hacia el mejoramiento de continuo.

Todas las IPS o para el caso que aplica de Jassiel Fundación, requieren de la orientación necesaria para identificar el PAMEC con un componente fundamental del sistema obligatorio de garantía de la calidad, puesto que si bien es de obligatorio cumplimiento en Colombia, requiere que esté sea formulado y coherente con el mapa de procesos de la institución.

Jassiel Fundación a la fecha si bien tiene un PAMEC este dejó elementos por fuera del mapa de procesos y no desarrollaron la ruta crítica conforme a lo establecido en el decreto 1011 de 2006¹, por ello se requiere una serie de ajustes que deben ser reportados al ente territorial que no será por 012 sino en el momento de la auditoría de seguimiento, ya que a la fecha han obtenido un concepto no favorable en la visita que les realizaron recientemente una visita y además adolece de elementos conceptuales y de criterio técnico.(8).

Por todo lo anterior se ha efectuado el ejercicio no sólo de investigar los aspectos que son de interés para Jassiel Fundación sino que le permita a la institución hacer monitoreo a la ruta crítica, verificar el estado de la calidad esperada versus la calidad observada y de la misma manera formular la solución al pliego de cargos sobre los hallazgos hechos en la visita de auditoría del ente territorial que le provocaron un proceso sancionatorio en curso con consecuencia negativas para la fundación.

¹ Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4 IMPACTO

Lo que se espera del resultado de acompañamiento en el plan de mejoramiento continuo de la Jassiel Fundación, a corto, mediano y largo plazo es:

- a)** Apoyar la respuesta al proceso sancionatorio en curso por el levantamiento de concepto no favorable.
- b)** Realizar las acciones de plan de mejoramiento que responda a las necesidades de Jassiel Fundación.
- c)** Efectuar las acciones de capacitación en relación a lo descrito en las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007) por el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano². (9)
- d)** Formular y estructurar con la institución una matriz metodológica que permite a la Jassiel Fundación formular una ruta crítica con un acompañamiento técnico.

² Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007): El propósito de esta guía es explicar los principios y los elementos constitutivos del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de acuerdo con el Decreto 1011 del 3 de abril de 2006 del Ministerio de la Protección Social.

5 UBICACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

Las actividades asociadas al desarrollo de la presente monografía se realizaron directamente en la CALLE 76 # 20 B 24 OFICINA 401 en la ciudad de Bogotá D.C.

6 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué características debe contener una estrategia que permita Implementar con Jassiel Fundación en un 89% o más el estado de ejecución de los planes de mejoramiento propuestos con objetivo de cerrar la brecha institucional a fin de cerrar el proceso sancionatorio y lograr mejorar sus procesos internos?

7 MARCO TEÓRICO

El Ministerio de Salud Colombiano ha estructurado las políticas para el desarrollo de un programa de auditoria de mejoramiento continuo y es quien ha definido los lineamientos y documentos técnicos que sirven no solo de guía a las instituciones prestadoras de servicios de salud sino que además son el sustrato técnico a utilizar el cual está normado para su cumplimiento.

El PAMEC es solo un componente del sistema de gestión, por cuanto el sistema único de habilitación propone el PAMEC como un documento de carácter obligatorio y que debe estar soportado por tres elementos como son:

- a)** El documento Word que debe tener una estructura ya preestablecida por el ministerio hoy día ya ampliamente expuesta en su decreto 780 de 2016³. (13).
- b)** La descripción del cronograma de la ruta crítica institucional.
- c)** La matriz metodológica de priorización para determinar cada aspecto a mejorar.

Los tres componentes anteriores son los elementos que generalmente se presentan en una visita de auditoria sumado los documentos que reflejan el despliegue de dichas actividades.

El Decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002⁴, el Gobierno Nacional redefinió el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud en el Sistema General de Seguridad Social e Igualmente expidió las Resoluciones 1439 del 1 de Noviembre⁵ y 1474 del 7 de Noviembre del mismo año⁶, que con sus anexos complementan la organización del Sistema de Garantía de Calidad obligatorio para prestadores y aseguradores, como también para

³ Decreto 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

⁴ Decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002: Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

⁵ Resolución 1439 del 1 de Noviembre de 2002: Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilidadación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales.

⁶ Resolución 1474 del 7 de Noviembre de 2002: Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación.

entidades adoptadas, entidades de medicina prepagada y entidades territoriales de salud. Se exceptúan los servicios de salud de las fuerzas militares y la policía y no se mencionan los demás regímenes especiales. (7)(14)(15).

Durante el año 2007 el gobierno profiere la Ley 1122⁷ en la cual se establece la prestación de servicios con calidad, para lo cual se reglamenta posteriormente el control y mejoramiento en todos sus componentes y niveles a través del Decreto 1011 de 2006⁸. (8)(10)

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud establece las responsabilidades para cada uno de sus actores, es decir, el Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, los Prestadores de Servicios de Salud, las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud y esta ley la que define una particular acción, define los parámetros de calidad esperada en los procesos de atención, las acciones preventivas, seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre dichos parámetros y los resultados obtenidos, para propender al cumplimiento de las funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios. En el año 2007 se determina “Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud” que pretenden homologar significados en torno a su implementación en los diferentes ámbitos de aplicación y de responsabilidad. (9).

De acuerdo con el Decreto 1011 de 2006, del Ministerio de la Protección Social, formuló el MODELO DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD el cual

“debe ser concordante con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan básicos en el Sistema Único de Habilitación” (10)

Por tanto los procesos de auditoría se convirtieron en caracteres de obligatorio cumplimiento para la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de los procesos prioritarios, los cuales deben ser definidos previamente; comparar la calidad observada y la calidad esperada, esta última definida mediante guías basadas en evidencia científica, normas técnicas y administrativas; además, se debe adoptar medidas destinadas a corregir las

⁷ Ley N° 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

⁸ Decreto N° 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

desviaciones encontradas a los parámetros estandarizados y por último definir la manera de mantener las condiciones de calidad y de mejora.

La auditoría hoy día en Colombia es entendida como un componente del Sistema Obligatorio Garantía de Calidad que se encuentra conexo con el Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información a Usuarios; y esta es una herramienta fundamental para el logro de los demás.

Es de vital importancia mencionar en este marco teórico un aspecto fundamental, Jassiel Fundación debe entender que la auditoría es toda una estrategia del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud y no debe confundirse con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) que es la forma a través de la cual mediante la presente monografía se operativiza el modelo de Jassiel Fundación.

El PAMEC tiene una ruta crítica que estructura la manera de realizar el paso a paso de la misma. El PAMEC tiene una serie de claves para su ejecución entre los cuales se pueden indicar:

- La definición de una plataforma estratégica.
- Una definición de unos valores corporativos.
- La declaración de una política de calidad.
- La definición de un mapa de procesos.
- La descripción de los servicios.
- El análisis de los resultados.
- El alcance del mismo.
- La conformación de un equipo que evalúe.
- La asignación de la responsabilidad del PAMEC para todos los integrantes de la institución.

Todos los elementos anteriormente citados conllevan a que la institución siga las recomendaciones dichas por el ministerio en material de la ruta crítica la cual ha sido previamente mencionada.

La ruta crítica ha sido descrita por el Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano mediante el documento oficial y a través de la dirección de prestación de servicios y atención primaria se elaboró una lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo

de la calidad en la atención en salud⁹ disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/LISTA%20DE%20CHEQUEO%20PARA%20IMPLEMENTAR%20Y%20EVALUAR%20EL%20PAMEC.pdf>. (16).

Dicha lista de chequeo como su nombre lo indica invita a que los diferentes prestadores están obligados a contar y determinar con una serie de evidencias que soportaran el carácter de cada una de las evidencias.

⁹ Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud.

8 OBJETIVOS

8.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar con Jassiel Fundación en un 89% o más el estado de ejecución de los planes de mejoramiento propuestos con el fin de cerrar la brecha institucional a fin de levantar el proceso sancionatorio y desplegar el programa de auditoria de mejoramiento continuo de la calidad que responsada a las necesidades de la institución.

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Redefinir y elaborar el PAMEC Institucional ajustado a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para Jassiel Fundación.
- Realizar el proceso de aplicación del ciclo PHVA en los procesos de Jassiel Fundación para efectuar.
- Realizar el despliegue del aprendizaje organizacional a través de herramientas de comunicación.

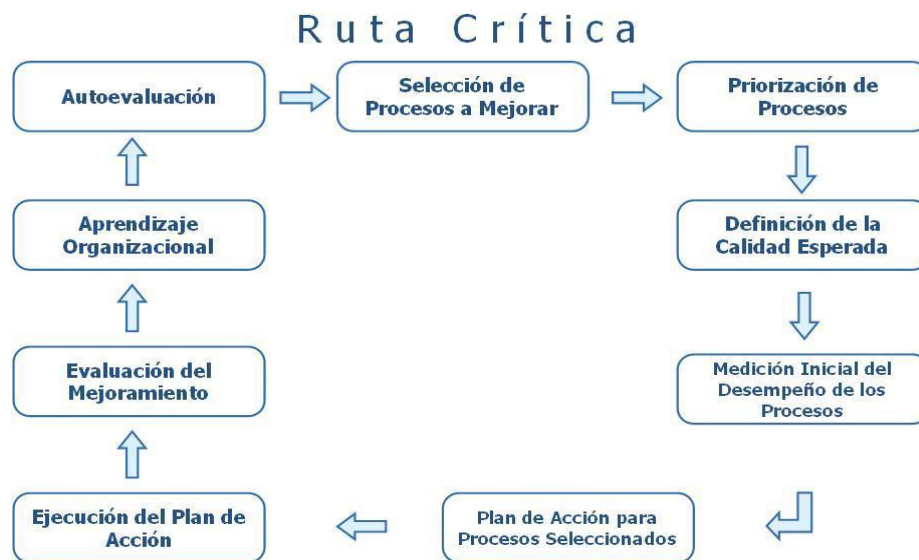
9 MÉTODO

La formulación e implementación del PAMEC, se realiza mediante la aplicación de la metodología establecida por el Ministerio de Salud y Protección de Colombia de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y la Guía Básica para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud a partir de ello se conformó el grupo de autoevaluación con el personal asistencial encargados de generar el diagnóstico inicial para el mejoramiento de los procesos y realizar la: (9).

- a) Aplicación de PHVA en el Ciclo de Mejoramiento.
- b) Implementación de la política de seguridad del paciente.

A continuación se cita la metodología usada para la elaboración de la Ruta Crítica:

Figura 1: Ruta Crítica para el desarrollo de la auditoria para el mejoramiento de la calidad.



Fuente:

[https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/MemoriasEventos/Presentaci%C3%B3n%20C012_2016_EAPB-IPS-ET%20\(002\).pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/MemoriasEventos/Presentaci%C3%B3n%20C012_2016_EAPB-IPS-ET%20(002).pdf). (17).

Para la implementación del PAMEC y tomando en cuenta que el enfoque del mismo es el Sistema Único de Acreditación se definió la conformación de varios equipos dentro de una estructura denominada “Estructura de mejoramiento de la Calidad” la cual busca promover la integración sistémica de las diferentes dependencias de la institución, para fortalecer la eficiencia de los procesos de calidad, la transformación cultural y la sostenibilidad de la misma en el tiempo.

9.1 CONFORMACIÓN DEL EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN:

Se realizó la conformación del equipo de trabajo de acuerdo al grupo de estándar cliente asistencial subgrupo de estándares de seguridad de paciente y evaluación de la atención que dentro del manual de acreditación se deben desarrollar para alcanzar estándares superiores de calidad.

Los integrantes del equipo de autoevaluación deben son:

- a)** Líder de calidad
- b)** Referente de seguridad de paciente
- c)** Referente de atención al usuario.
- d)** Coordinador asistencial
- e)** Jefe coordinador del programa

Quienes deben cumplir los siguientes criterios:

- Manifestar interés y/o estar capacitado en procesos de mejora continua.
- Pertenecer o participar, operativa o administrativamente en el proceso objeto de evaluación.
- Demostrar compromiso con el proceso de mejora continua.

Al conformar el equipo de autoevaluación y realizar la capacitación de preparación y unificación de criterios, se aplicó el instrumento de evaluación siguiendo la siguiente metodología:

- Lectura del propósito definido en cada estándar.
- Lectura de cada estándar.

- Se realizó por consenso del equipo de autoevaluación la interpretación de cada estándar aplicable.
- Se verificaron los soportes que se encontraron en la institución.
- Se realizó la calificación cualitativa de los estándares

9.1.1 Sensibilización Y Capacitación:

Teniendo en cuenta los lineamientos definidos por el Ministerio se realiza capacitación en Generalidades del proceso de autoevaluación con énfasis en seguridad del paciente y proceso de atención al usuario.

9.1.2 Etapas Del PAMEC:

Como instrumento de autoevaluación se utilizaron los siguientes formatos definidos de acuerdo a los lineamientos del Ministerio, las herramientas a utilizar son:

- Formulación Del Cronograma PAMEC
- Herramienta PAMEC 3.0
- Matriz De Seguimiento

Se Incluyeron aspectos en cuanto a fortalezas y oportunidades de mejora para los estándares evaluados.

Para realizar la calificación cualitativa se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- **FORTALEZA:** Correspondió a la calidad observada. Es la situación actual de nuestra institución con relación a lo que pide el estándar. Se realizó una descripción de cómo el enfoque ha sido implementado y de los soportes que respaldaron el cumplimiento del propósito del estándar y sus requisitos.

Se realizó análisis frente a soportes de las posibles fortalezas por cada estándar evaluado. Corresponde a todas las políticas, procesos, procedimientos y resultados, que posea la entidad que cumplan o se encuentren por encima de la normatividad vigente aplicable a la institución y que permitan dar cumplimiento al estándar calificado. Deben estar soportados en documentos, registros, indicadores, etc.

- **OPORTUNIDAD DE MEJORA:** Se refiere a lo que le hace falta a la institución para cumplir con el estándar, de acuerdo a las dimensiones del enfoque, implementación y resultado. Es la acción a desarrollar en un tiempo determinado para lograr lo deseado.
- **SOPORTES:** Relación de los documentos, actas, informes, indicadores, formatos, etc., que evidencien el cumplimiento de los criterios definidos en cada estándar evaluado.

9.1.3 Calificación Cuantitativa:

Corresponde a la asignación numérica del grado de avance en la implementación de los grupos de estándares, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.

Se realizó la calificación cuantitativa del estándar por consenso del equipo.

Para esta calificación se utilizó la escala de calificación de la Hoja Radar, teniendo en cuenta las dimensiones de enfoque, implementación y resultado.

9.2 SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR:

Se tuvo en cuenta la totalidad de los procesos institucionales durante la autoevaluación con miras al logro de la acreditación.

Se realizó la priorización de las oportunidades de mejora realizando la correlación de cada una de estas con los procesos de la institución para mostrar su interrelación entre cada estándar y los procesos donde debe ser implementada la mejora.

Los procesos identificados que presentan oportunidades de mejora son:

- Atención de paciente crónico sin ventilador.
- Atención al usuario

9.3 PRIORIZACIÓN DE PROCESOS:

Una vez se cuenta con el informe de autoevaluación se implementa una metodología de priorización, la cual toma en cuenta los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos posteriores a la realización de la misma. Durante la priorización se seleccionan aquellos estándares con puntaje inferiores a la meta establecida para el año y además se toman en cuenta las oportunidades de mejora identificadas, las cuales se priorizan una a una de acuerdo a tres criterios: Riesgo, Costo y Volumen. Luego de evaluar los

estándares relacionados con seguridad del paciente dentro del grupo de estándares Cliente asistencial.

Como resultado de lo anterior, se formulan planes de mejoramiento asociados a cada uno de los procesos institucionales.

9.4 CALIDAD ESPERADA:

De manera cualitativa, se espera cumplir con el propósito del estándar implementando las actividades definidas por cada Oportunidad de Mejora definida en los planes de mejoramiento.

De manera cuantitativa, se espera el incremento gradual en 0,10% con respecto a la vigencia anterior de los estándares sujetos de mejora.

Se tomaron los indicadores como herramienta de medición del desempeño para utilizarlos como guía para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de los servicios.

9.5 CALIDAD OBSERVADA:

Lo insumos para determinar la calidad observada son las listas de chequeo que sirven para las auditorias que se programaron y que se constituyeron con unos resultados.

9.6 PLAN DE MEJORAMIENTO:

El plan de mejoramiento permitió visualizar el grado de despliegue y acciones de ejecución que mejoraron los puntos a tratar.

En él se establecen las acciones de mejora en la que se deben describir en un ciclo PHVA, las actividades que se han definido como acciones preventivas y correctivas, generando responsabilidades en cuanto al Equipos primario de mejora, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas a fin de garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

9.7 IMPLEMENTACIÓN DE LOS PLANES DE MEJORA PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA:

Se establece el cronograma para la realización de cada una de las acciones identificadas para alcanzar el estándar.

9.8 EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE MEJORA PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA:

La Coordinadora de Calidad realizará seguimientos bimestrales del avance de los planes de mejora el cual quedará registrado en la matriz que para efecto la institución ha diseñado en cuatro estados: CUMPLIDA, EN DESARROLLO, ATRASADA, NO INICIADA. Retroalimentando a los equipos de autoevaluación e informando al equipo de mejoramiento institucional con el fin de identificar aspectos que puedan contribuir al avance y gestión de los mismos.

9.8.1 Programa De Auditorías:

Se realizará la programación de auditorías internas, teniendo en cuenta el avance y cumplimiento de las oportunidades de mejora establecidas.

9.8.2 Estrategias De Monitoreo Y Evaluación:

El Comité de Calidad realizará el monitoreo del funcionamiento del PAMEC en la institución y hará seguimiento a las acciones de mejoramiento realizadas y cumplimiento de planes de mejoramiento y cronogramas establecidos.

9.9 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL:

Para el desarrollo de las acciones de mejoramiento se requiere realizar actividades internas a favor del crecimiento sostenido de sus elementos más importantes que la integran como lo es el talento humano. Para ello el aprendizaje organizacional se define para mejorar capacidades del personal mejorando las habilidades teóricas y prácticas ya sean individuales, grupales y organizacionales para ser competitivos. Para ello se realizarán estrategias como capacitaciones y acciones derivadas de comités e inducciones.

9.10 PLAN DE CAPACITACIÓN:

Se realizan estrategias de capacitación para el abordaje de las acciones de mejoramiento priorizadas, dicho cronograma se encuentra en el formato plan de capacitación donde se detalla el tema y el responsable de gestionar la capacitación. Contempla las siguientes modalidades de capacitación, dentro de las cuales se incluye el despliegue del PAMEC.

- **INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN:** Se brinda información a los colaboradores sobre las políticas, planes y programas de la entidad y el Sistema de Gestión de Calidad del cual hacen parte el PAMEC y los programas relacionados.
- **ACTUALIZACIÓN Y ENTRENAMIENTO:** Orientada a reforzar conocimientos relacionados con los estándares y el mejoramiento continuo de la Calidad. En cuanto al PAMEC, esta actualización se brindará de acuerdo al plan de capacitación anual y mediante boletín informativo bimestral de avances del Sistema de Gestión de Calidad. Igualmente se incluirán capacitaciones anuales en temas relacionados con el PAMEC.

9.10.1 Plan De Comunicación:

Para el despliegue de la información se dispone de carteleras institucionales, reuniones formales y se plantea la utilización de piezas comunicativas tanto en físico como en magnético.

9.10.2 Indicadores De Calidad:

Según la resolución 256 de 2016¹⁰ y el compromiso con la atención adecuada en salud es obligatorio hacer la monitoria de indicadores de calidad y vigilar el comportamiento de los eventos adversos los cuales serán definidos voluntariamente por la institución. Se encuentran comprendidos en este nivel, como de obligatorio cumplimiento e implementación los indicadores de seguimiento a riesgo establecidos en el Sistema Único de Habilitación. (18).

¹⁰ Resolución N° 256 de 2016. 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.

10 RESULTADOS

Los resultados arrojados se segmentan en dos episodios. El primero es el que se observa en la tabla siguiente, el cual da cuenta del análisis que refleja la condición en la que halló la institución en la primera visita en el mes de agosto de 2019 lográndose levantar un diagnóstico así:

Tabla 2: Primer informe: matriz de seguimiento construida por la institución y la asesora externa.

INFORME SEGUIMIENTO A EJECUCIÓN PLAN DE MEJORAMIENTO – PAMEC												FECHA DE CORTE:		1er Informe			
EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL		DIRECCIONAMIE NTO		GERENCIA		TALENTO HUMANO		AMB. FISICO		TECNOLOGIA		G. INFORMACION		CALIDAD/SEDES EN RED	
		No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%	No acciones	%
	COMPLETO	8	100 %	1	25 %	1	25 %	1	25 %	1	25 %	1	25 %	1	25 %	1	25 %
	EN DESARROLL O		0%	3	75 %	3	75 %	3	75 %	3	75 %	3	75 %	3	75 %	3	75 %
	ATRASADO		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%
	NO INICIADO		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%		0%
	PORCENTAJ E DE EJECUCION	100%		25%		25%		25%		25%		25%		25%		25%	
	TOTAL DE ACCIONES PROGRAMAD AS PARA LA VIGENCIA 2019 POR GRUPO DE ESTANDARE S	8		4		4		4		4		4		4		4	

La anterior tabla describe resumidamente la situación de cómo se encontraba la institución al momento de ser visitada y evaluada, el estado de avance de cada uno de los estándares de los cuales con 36 actividades priorizadas llevaban en donde se observa una ejecución del 42% en total a fecha corte agosto de 2019, lo cual propició la apertura del proceso sancionatorio y por dificultades para determinar correctamente cual era el estado de avance, situación que pone de manifiesto al amplio atraso en el proceso de despliegue del PAMEC.

A continuación se despliegue por grupo de estándares de las actividades programadas y verificadas:

Tabla 3: Descripción de la ejecución PAMEC por grupo de estándares.

EJECUCIÓN PAMEC POR GRUPO DE ESTÁNDARES		
	PROGRAMADO	EJECUTADO
CLIENTE ASISTENCIAL	8	8
DIRECCIONAMIENTO	4	1
GERENCIA	4	1
TALENTO HUMANO	4	1
AMBIENTE FÍSICO	4	1
TECNOLOGÍA	4	1
INFORMACIÓN	4	1
CALIDAD	4	1

Posterior a ese diagnóstico inicial, se desplegó un plan de mejora que implicó el desarrollo de una serie de actividades que se dejaron descritas en los anexos, para lo cual se describe así:

Todo lo anterior suma aproximadamente 36 actividades con los colaboradores de la institución.

Figura 2: Descripción de actividades programadas y ejecutadas por grupo estándares.

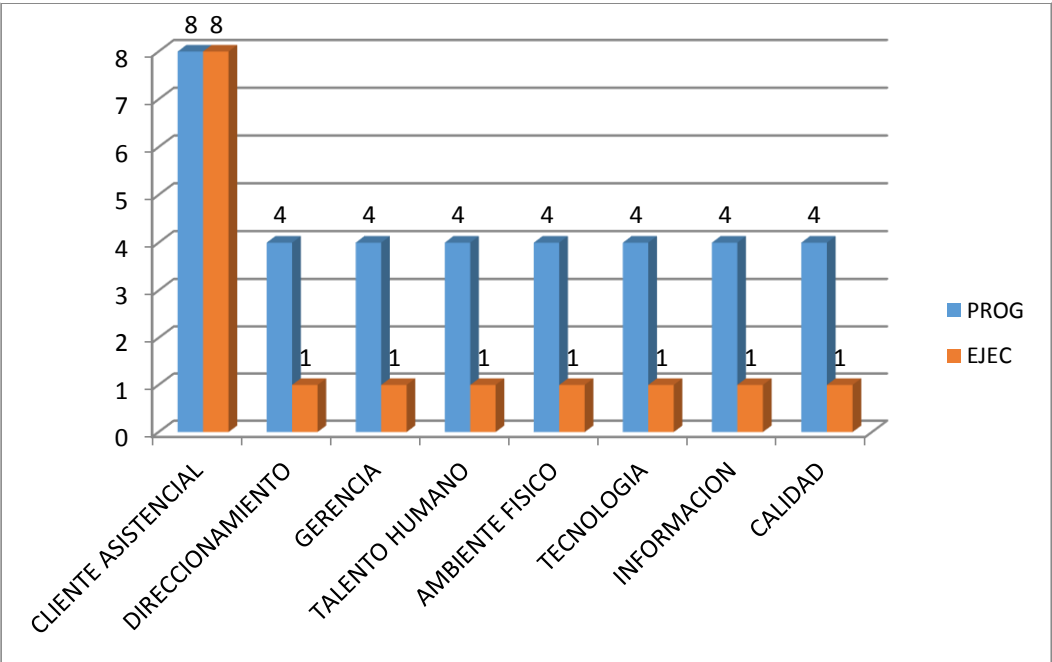
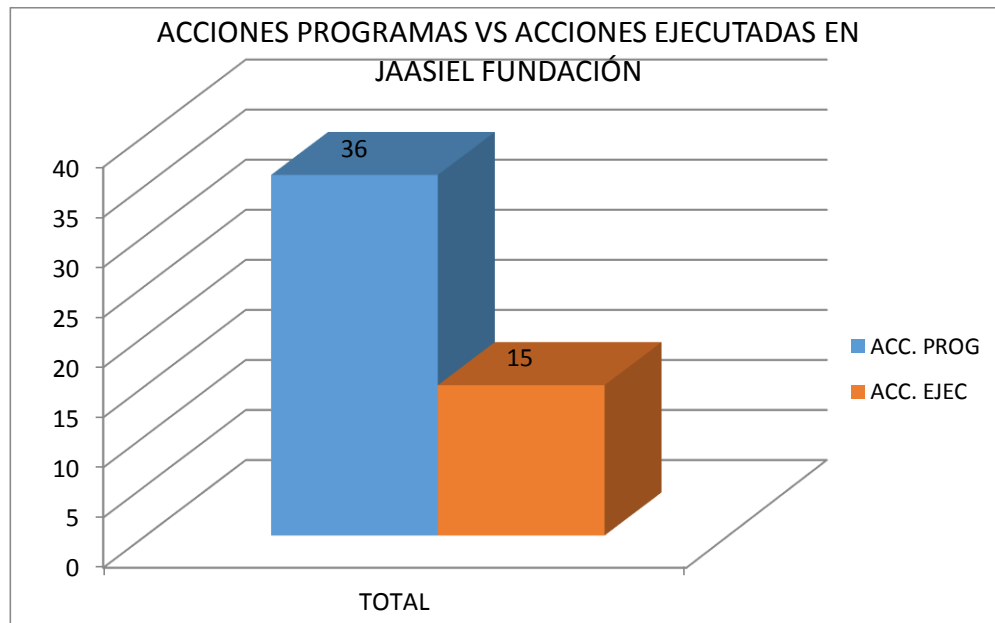


Tabla 4: EJECUCIÓN PAMEC (porcentaje)

EJECUCIÓN PAMEC TOTAL	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES EJECUTADAS	PORCENTAJE
TOTAL	36	15	42%

Figura 3: Alcance en % del PAMEC de Jassiel Fundación



Una vez que se efectuó el ejercicio de verificación de las condiciones de ejecución del PAMEC, se observó que el desarrollo tenía solo 15 actividades de 36 actividades lo cual refleja la pobre ejecución.

→ Posterior a la intervención se logra:

1. Se realizaron por el estándar 5 y 7, las 8 actividades con acta de socialización, evaluación y medición de la adherencia.
2. Se realizaron por las estándar 78, las 4 actividades con acta de socialización, evaluación y medición de la adherencia.
3. Se realizaron por las estándar 96, las 4 actividades con acta de socialización, evaluación y medición de la adherencia.
4. Se realizaron por el estándar 130, las 4 actividades con acta de socialización, evaluación y medición de la adherencia.
5. Se realizaron por el estándar 148, las 4 actividades con acta de socialización, evaluación y medición de la adherencia.

→ El inventario de actividades con sus acciones de mejoramiento fueron las siguientes:

Tabla 5: Grupo estándar (evaluado) con sus acciones de mejoramiento

GRUPO DE ESTANDAR	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
CLIENTE ASISTENCIAL	Actualizar y Socializar el programa de seguridad del paciente con todos los funcionarios de la IPS
	Generar rondas de seguridad que apoye la identificación de riesgos y la asesoría para minimizarlos.
	Ejecutar el programa de capacitación de seguridad del paciente.
	Evaluar, medir adherencia y ajustar el proceso si se requiere
	Ajustar los paquetes instruccionales de acuerdo a los lineamientos actuales que aplican a los servicios ofertados
	Socializar en comités institucionales con todos los funcionarios al interior de la IPS
	Verificar con listas de chequeo las barreras de acceso y posibles riesgos de atención.
	Realizar seguimiento y adherencia al proceso implementado
DIRECCIONAMIENTO	Documentar la política de humanización de servicios de salud y hacerla parte del direccionamiento estratégico de la institución
	Estandarizar política de humanización al interior de la entidad
	Socializar con todos funcionarios la política de humanización
	Evaluar el conocimiento de la política de humanización de servicios de salud
GERENCIA	Buscar literatura referente a la temática de código de ética y buen gobierno para realizar documento institucional.
	Actualizar documento de código de ética y buen gobierno para la Institución.
	Socializar a los colaboradores de la institución el código de ética y buen gobierno.
	Medir nivel de adherencia de la socialización al cliente interno.
TALENTO HUMANO	Identificar las principales necesidades de capacitación del personal de clínica
	Establecer y socializar el plan de capacitación para el año 2019
	Evaluar el cumplimiento del plan de capacitación institucional
	Implementar acciones de mejora
AMBIENTE FISICO	Identificar las necesidades de humanizar el ambiente físico en la evaluación de necesidades institucional alineadas con el programa de humanización
	Realizar las adecuaciones necesarias en el ambiente físico para que este garantice condiciones de humanización tales como confidencialidad, respeto y comodidad
	Evaluar mediante la percepción de satisfacción de usuarios la humanización del ambiente físico
	Retroalimentación y seguimiento al proceso
TECNOLOGIA	Establecer instrumento de evaluación de la implementación de los procesos de gestión y evaluación de la tecnología
	Realizar capacitaciones al personal de la entidad en el uso y manejo de la tecnología y la gestión del programa de tecno vigilancia

	Evaluar el conocimiento del personal frente al proceso de gestión de la tecnología y el programa de tecnovigilancia
	Realizar planes de mejora de las desviaciones encontradas
INFORMACIÓN	Verificar en comité de historias clínicas la resolución 1995 de 1999 (por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica)
	Socializar la resolución a todos los profesionales de la salud.
	Realizar 1 auditora semestral de las historias Clínicas de cada profesional
	Dar a conocer a los profesionales de la salud hallazgos encontrados para corregir el correcto diligenciamiento.
CALIDAD	Articulación de oportunidades mejora de PAMEC con los demás sistemas de la institución como: mejora de procesos, modelo integrado de planeación y gestión, POAS y demás asociados a PQRSF y encuesta de satisfacción.
	Socializar el Procedimiento de mejoramiento continuo con los Equipos de Autoevaluación, equipos primarios de mejoramiento, Colaboradores en general y cliente externo.
	Realizar evaluación cuantitativa y cualitativa
	Verificar cumplimiento de planes de mejoramiento en el comité directivo de forma periódica y en la junta directiva

→ El resultado del seguimiento al listado de acciones mejoramiento se refleja a continuación así:

Tabla 6: Resultado del seguimiento al listado de acciones mejoramiento

ESTÁNDAR	SEGUIMIENTO AUDITORIAS PLAN DE MEJORAMIENTO PAMEC				
	1ER SEGUIMIENTO				
	FECHA DEL SEGUIMIENTO	05/09/2019	NIVEL DE AUDITORÍA	AUDITORIA INTERNA	
	INDICADOR	CALIDAD ESPERADA (META)	CALIDAD OBSERVADA	BRECHA	ACCIONES
5 - AsSP1	Número de funcionarios con conocimiento sobre el programa de seguridad/sobre total de funcionarios de la IPS	100%	100,00	-99	Se lleva a cabo el ejercicio de socialización para el conocimiento del programa de seguridad del paciente a todos los colaboradores que integran la Jassiel Fundación.
7 - AsSP3	Número de paquetes instruccionales evaluados / Total de servicios habilitados con guía técnica de buena práctica	100%	70,00	-69	Se efectuó la selección de los instruccionales que aplicaban para la Jassiel Fundación y que eran aceptables de documentar, socializar, evaluar, determinar la adherencia con el 100% de los colaboradores.

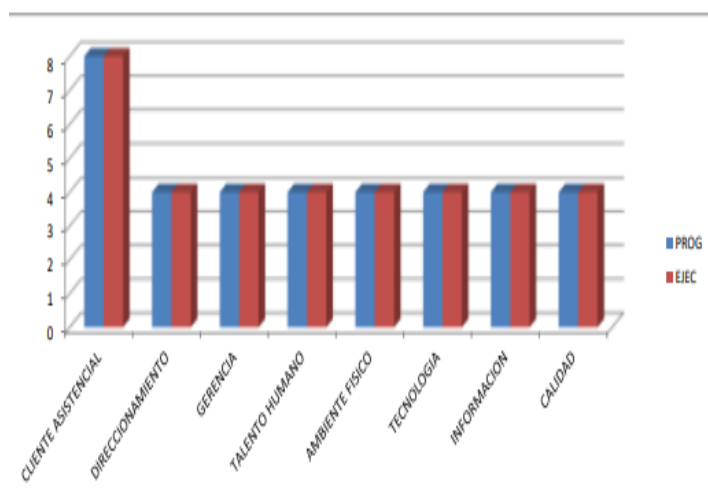
78 - DIR4	Número de funcionarios capacitados/total de funcionarios de la IPS*100	100	25,00	75	Aún no se ha iniciado el ejercicio de socialización toda vez que el documento está pendiente de aprobación la alta gerencia, sin embargo ya se dispone del documento pero aún se ha socializado a todo el personal.
96- GER9	Número de personas que laboran en la institución que fueron capacitadas / Número total de personas que laboran en la institución.	100	25,00	75	Se efectuó la búsqueda de literatura, se elaboró el documento, se verificó por el gerente ejecutivo o gerencia estratégica y se programa para socialización y evaluación
108- TH6	Personal conocedor en los procesos, procedimiento, protocolos, guías de mayor prioridad en la institución/ Total de funcionarios de la IPS	80%	20,00	60	A la fecha si bien se han realizado acciones de capacitación aun nos resta un 60% de camino por recorrer en el caso de socialización, capacitación, entrenamiento coherentes con el programa de capacitación nacional
127- GAF9	No de quejas asociadas a factores Humanizantes /total de quejas	70%	25,00	-24,3	A la fecha se dispone de: Plan de mantenimiento de redes hidráulicas. Encuesta de Satisfacción a 31 de mayo sin PQRS, Tutelas, incidentes de desacato entre otros
130- GT1	Número de colaboradores que conocen el programa de tecnovigilancia / total de colaboradores de la entidad*100	90%	27,00	-26,1	Se dispone del instrumento de evaluación de las tecnologías, capacitación en el uso y manejo de las tecnologías y el programa de tecnovigilancia.
148- GI9	Número de Auditorías realizadas/ Número de auditorías programas	80%	31,00	-30,2	Están previstas para el mes de junio obtener el primer informe de auditoría correspondiente al primer semestre.
154- MCC1	# Total de Acciones de mejora ejecutadas /No total de acciones proyectados para el periodo X 100	100%	25,00	-24	Ya se efectúe la primera socialización de análisis de los primeros 4 meses de ejecución de las actividades PAMEC.

Figura 4: Resultados después de la intervención:

GRAFICA AVANCE EJECUCION PLAN DE MEJORAMIENTO-PAMEC

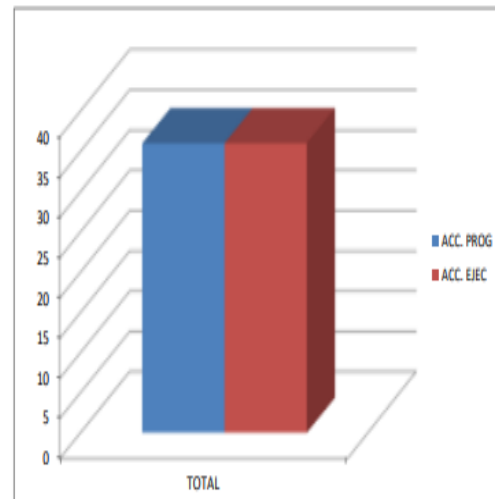
EJECUCION PAMEC POR GRUPO DE ESTANDARES

	PROG	EJEC
CLIENTE ASISTENCIAL	8	8
DIRECCIONAMIENTO	4	4
GERENCIA	4	4
TALENTO HUMANO	4	4
AMBIENTE FISICO	4	4
TECNOLOGIA	4	4
INFORMACION	4	4
CALIDAD	4	4



EJECUCION PAMEC TOTAL

	ACC. PROG	ACC. EJEC	PORCENTAJE
TOTAL	36	36	100%



Fuente de información: Matriz de informe de seguimiento.

11 DISCUSIÓN

Durante la realización de las actividades de auditoria se puede establecer el cumplimiento de los objetivos propuestos en el presente documento, ya que el proceso sancionatorio en curso dispone hoy día del material documentado que da alcance al desarrollo de las actividades planeadas y permiten cerrar la brecha institucional entre la calidad observada y la calidad esperada.

Frente a la descripción de los resultados que tenía la institución en la visita realizada en el mes de agosto por parte del ente, se observó que el desarrollo era del 42% y con fallas en la identificación de la calidad observada por no haber dispuesto de una lista de chequeo para evaluación de las mismas y el seguimiento de la autoevaluación en la institución.

La institución logró con el proceso de acompañamiento pasar de 15 a 36 actividades ejecutadas, lo cual se denota en la identificación de la información soportada o anexa logrando una ejecución superior a la propuesta en el objetivo del presente documento que fue del 89% y alcanzamos el 90%.

Se logró cerrar la brecha a través de evidencias documentadas en dos frentes, el primer frente tiene la evidencia documentada que respondió al sumario de las distintas acciones de mejoramiento propuestas las cuales fueron ejecutadas y el segundo frente que dio respuesta al grado de adherencia corroborado por las evaluaciones a los colaboradores de la institución para lograr así demostrar que nuevamente a través de las listas de chequeo el antes y el después de la intervención.

El proceso sancionatorio en curso en la institución tuvo el despliegue de la información a través de las acciones de mejoramiento que se ejecutaron y fueron el material probatorio para responder al proceso y sirvieron de mecanismo de prueba para la evaluación y levantamiento de la medida de no conforme a conforme.

Respecto a los resultados esperados para la redefinición y elaboración de un nuevo el PAMEC Institucional fue posible ajustar a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para Jassiel Fundación sin embargo por las características del proceso sancionatorio no fue posible cambiar. ¿La entidad evaluada definió la calidad observada para todos los procesos priorizados?, a lo cual en el proceso sancionatorio se hizo una explicación de motivos que indicaba que había unas diferencias en la interpretación del concepto de calidad observada y para tal fin en la institución es transparente que la autoevaluación a través de riesgo, costo y volumen con calificaciones de 125 son las que se dejaron priorizadas en la herramienta 3.0 y se le dio

alcance a dicho tema a la entidad y no fueron aceptadas en el pliego de cargos.

Respecto al despliegue del aprendizaje organizacional a través de herramientas de comunicación no se logró llevar a cabo el montaje de la herramienta comunicaciones pero se dejó el insumo a la institución para efectuar las acciones de IEC respecto a los procesos que se constituyeron como acciones de cultura organizacional las cuales se describen así:

Se convirtió parte esencial de la cultura de la Fundación:

- El lavado de manos.
- La Política de seguridad del paciente.
- La Atención humanizada al paciente.
- La Garantía de la información reportada.

La Fundación logró desplegar 36 actividades planeadas y 36 actividades ejecutadas de las que se encontraron al inicio de la auditoría que fueron solo 15 y hoy día se puede decir que acompañado a todo lo anterior se dispone de socialización, evaluación y adherencia medida a cada uno de los colaboradores de la institución.

Las acciones de seguimiento al PAMEC son el eje fundamental para su despliegue a través del cronograma de trabajo, por tanto el seguimiento estricto al plan de auditorías es la más fuerte herramienta que puede tener una institución a la hora de lograr lo propuesto al inicio de cada año, por lo tanto es totalmente incorrecto realizar acciones de mejoramiento sobre la base de procesos sancionatorios o de cumplir por darle cumplimiento a la norma porque dicho aspecto no redundará en crecimiento para la institución.

La identificación de la calidad observada para la institución era básicamente la ausencia de algo en el colaborador o en la institución pero sin un tipo de herramienta que le permitiera decir concretamente y con medición de que se trataba o de que adolece con la formulación de la matriz metodológica 3.0 para la institución le permitió hacer no solo una valoración clara de la situación sino que además de las necesidades de capacitación por paquete instruccional en el PAMEC. Esto le permitió a la institución dos cosas, primero dejar claro que el PAMEC no es para mejora en procesos del sistema único de habilitación correspondientes a alguno de los estándares descritos en la

resolución 2003 de 2014¹¹ y segundo que el PAMEC lo pueden enfocar a acreditación, seguridad del paciente o sistemas de información. (11). La institución logró radicalmente entender las diferencia diametrales que existen entre cada uno y le permitió a la institución definir el enfoque para el año 2020.

Parte del aprendizaje organizacional de la institución está fundamentado en varios aspectos y uno de ellos es que las acciones de mejoramiento todas estuvieron consignadas en hacer, y pese a encontrarse o vérselo en esa fase, la institución tiene un camino importante por seguir en materia de seguridad del paciente antes que dar el paso a acreditación, ya que sin la institución saberlo se encontraban en una fase de planeación bastante insipiente tal como lo denotaron los resultados por tal motivo aún les queda pendiente recorrer el camino del hacer, verificar y el actuar del ciclo de calidad PHVA.

¹¹ Resolución N° 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

12 CONCLUSIONES

Se puede concluir que Jassiel fundación logró los objetivos propuestos, aspectos fundamentales en el proceso de acompañamiento descritos tales como la redefinición del PAMEC Institucional ajustado a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social para Jassiel Fundación teniendo en cuenta que se formuló una nueva matriz metodológica, se corrigieron metodológicamente las definiciones para la calidad observada y se pudo lograr el cierre de la brecha.

Respecto al proceso sancionatorio con el material documentado para el ente territorial indicando que se logra cerrar el ciclo, realizar las acciones de mejoramiento y formular el pliego de respuestas a los cargos para lograr el levantamiento del no cumplimiento del PAMEC.

Del proceso de aplicación del ciclo PHVA en los procesos de Jassiel Fundación para efectuar se encontró que las acciones no se planeaban del todo y no tenían un ciclo definido, ya que muchos de ellos estaban en el verificar mas no siguiendo el modelo propuesto del ciclo completo PHVA.

Finalmente se logra realizar obtener un aprendizaje organizacional a través de herramientas de comunicación para la institución en lavado de manos, trato humanizado y prevención de flebitis.

.

13 RECOMENDACIONES

Jassiel Fundación debe realizar cinco aspectos a tener en cuenta en el proceso de seguimiento:

1. Definir el enfoque para determinar las acciones de desarrollo en la institución.
2. Priorizar el proceso involucre el uso de la herramienta metodológica 3.0 sobre la base de ser una alternativa completa con cada una de las fases de priorización dispuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social sin olvidar las listas de chequeo para determinar la calidad observada.
3. Realizar la medición previa de la calidad observada a través de un instrumento de medición o listas de chequeo que sean el material que constituya un resultado medible y observable con un valor exacta para determinar el estado de avance y poder identificar la brecha.
4. Delegar a una persona para el seguimiento de las actividades de priorización es una mala práctica, es responsabilidad de todos los integrantes de la institución ya que solo están dejando la responsabilidad en una sola persona y eso no puede garantizar el funcionamiento integrado de las actividades previstas, ello solo se superará cuando exista de parte de la gerencia un involucramiento superior y no motivado por un procesos sancionatorio.
5. Invitar a los colaboradores de los regionales toda vez que cada uno de ellos al tener sedes distintas que representan, las necesidades de cada uno son diferentes y muchas veces algunas no representan el sentir del otro.

14 BIBLIOGRAFÍA

- 1.** Colombia. Congreso de Colombia. Ley N° 23 de 1981 por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Diario Oficial No. 35.711 (27 de febrero de 1981).
- 2.** Colombia. Congreso de Colombia. Ley N° 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148 (23 de diciembre de 1993).
- 3.** Colombia. Congreso de Colombia. Ley N° 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 47.957 (19 de enero de 2011).
- 4.** Colombia. Ministerio de Salud y de Protección Social. Resolución N° 5261 de 1994 por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimiento del plan obligatorio de salud en el sistema general de seguridad social en salud. (5 de agosto de 1994).
- 5.** Colombia. Ministerio de Salud y de Protección Social. Resolución N° 1995 de 1999 por la cual se establece normas para el manejo de la Historia Clínica. (8 de julio de 1999).
- 6.** Colombia. Ministerio de Salud y de Protección Social. Resolución N° 412 de 2000 por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. (25 de febrero de 2000).

7. Colombia. Presidencia de la Republica de Colombia. Decreto N° 2309 de 2002 por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial 44.967 (17 de octubre de 2002)
8. Colombia. Congreso de Colombia. Ley N° 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.506 (9 de enero de 2007).
9. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud: El propósito de esta guía es explicar los principios y los elementos constitutivos del modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad (2007).
10. Colombia. Presidencia de la Republica de Colombia. Decreto N° 1011 de 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial No. 46.230 (3 de abril de 2006).
11. Colombia. Ministerio de Salud y de Protección Social. Resolución N° 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Diario Oficial No. 49.167 (30 de mayo de 2014).
12. Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución N° 2082 de 2014 por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud. (29 de mayo de 2014).

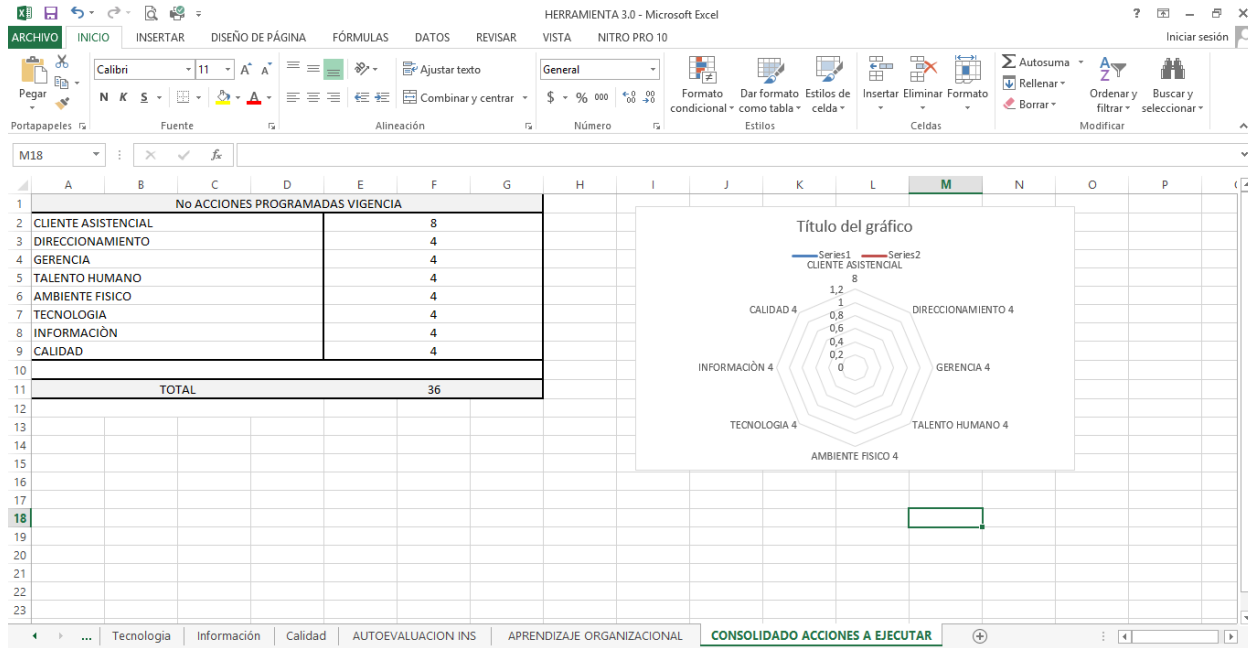
- 13.** Colombia. Ministerio de salud y protección social. Decreto N° 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. (6 de Mayo de 2016).
- 14.** Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución N° 1439 del 1 de Noviembre de 2002. Por la cual se adoptan los Formularios de Inscripción y de Novedades para el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, los Manuales de Estándares y de Procedimientos, y se establecen las Condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera del Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales. (1 de noviembre de 2002).
- 15.** Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución N° 1474 del 7 de Noviembre de 2002. Por la cual se definen las Funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan los Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación. (7 de noviembre de 2002).
- 16.** Colombia. Ministerio de salud y protección social. Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud. (19 de Septiembre de 2014)
- 17.** Colombia. Ministerio de salud y protección social y Supersalud. Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud – SOGCS. [Internet] [Consultado 2019 diciembre 9] Disponible en: [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/MemoriasEventos/Presentaci%C3%B3n%20C012_2016_EAPB-IPS-ET%20\(002\).pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/MemoriasEventos/Presentaci%C3%B3n%20C012_2016_EAPB-IPS-ET%20(002).pdf)
- 18.** Colombia. Ministerio de salud y protección social. Resolución N° 256 de 2016. 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.

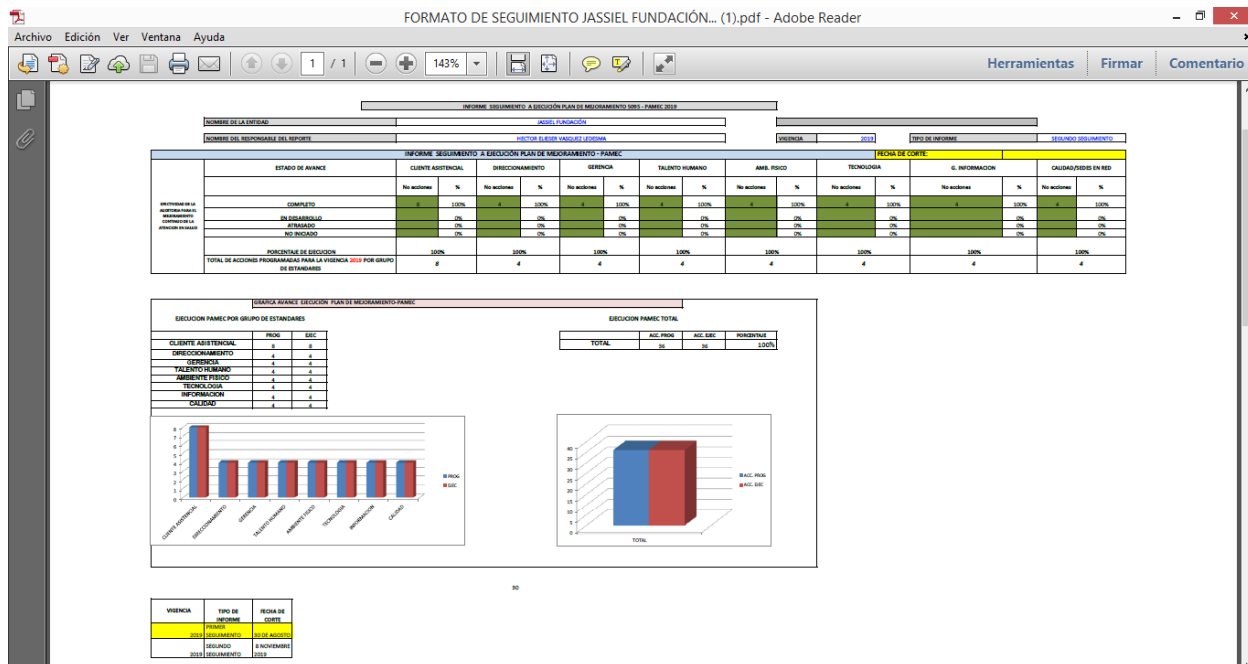
(5 de febrero de 2016).

15 ANEXOS

Anexo 1: Herramienta 3.0.



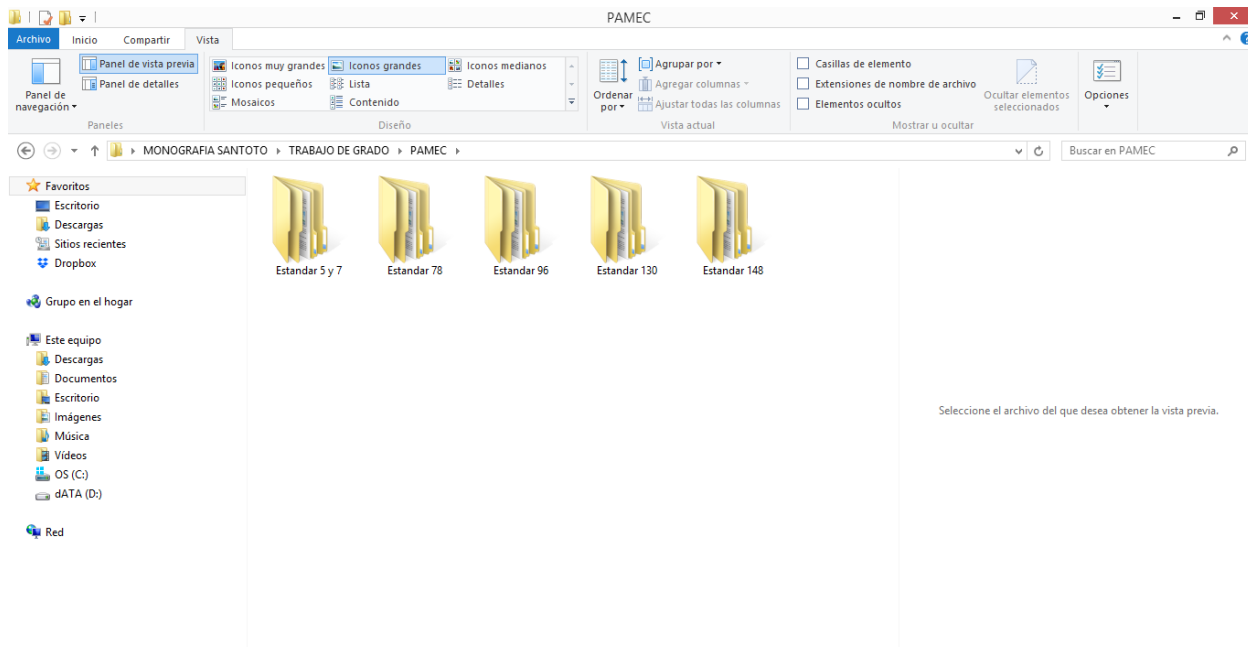
Anexo 2: Formato de seguimiento 1.



Anexo 3: Formato de seguimiento 2.

SEGUIMIENTO AUDITORIAS PLAN DE MEJORAMIENTO PAMEC					
ESTANDAR	1ER SEGUIMIENTO - 2DO SEGUIMIENTO				
	FECHA DEL SEGUIMIENTO	31/05/2019	NIVEL DE AUDITORIA	AUDITORIA INTERNA	
	INDICADOR	CALIDAD ESPERADA (META)	CALIDAD OBSERVADA	BRECHA	ACCIONES
5 - AsSP1	numero de funcionarios con conocimiento sobre el programa de seguridad/sobre total de funcionarios de la IPS	100%	100,00	-99	Se lleva a cabo el ejercicio de socialización para el conocimiento del programa de seguridad del paciente a todos los colaboradores que integran la Jassiel Fundación.
7 - AsSP3	Numero de paquetes instruccionales evaluados / Total de servicios habilitados con guía técnica de buena práctica	100%	70,00	-69	Se efectuo la selección de los instruccionales que aplicaban para la Jassiel Fundación y que eran sceptibles de documentar, socializar, evaluar, determinar la adherencia con el 100% de los colaboradores.
78 - DIR4	Numero de funcionarios capacitados/total de funcionarios de la IPS*100	100	25,00	75	Aun no se ha iniciado el ejercicio de socialización toda vez que el documento está pendiente de aprobación la alta gerencia, sin embargo ya se dispone del documento pero aun se ha socializado a todo el personal.
96- GER9	Número de personas que laboran en la institución que fueron capacitadas / Numero	100	25,00	75	Se efectuo la búsqueda de literatura, se elaboró el documento, se verificó por el gerente ejecutiv o gerencia

Anexo 4: PAMEC: Carpetas por cada estándar y sus respectivas actividades



Nota: Los presentes anexos pueden ser consultados en el siguiente enlace de google Drive: <https://drive.google.com/drive/u/3/folders/1whRH5J2-qCW4Wgl0Fww0mwXH3b-P5VoI>