

**ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) EN EL SERVICIO DE UNIDAD DE
CUIDADO CRÓNICO DE LA IPS GRUPO MÉDICO INCOLGER SAS EN LA
CIUDAD DE BOGOTÁ**

**LAURA NATALIA SERNA GIRALDO
ANA MARIA AGUDELO FONTECHA**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ECONOMÍA
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD
BOGOTÁ
2020**

**ELABORACIÓN DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO
DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) EN EL SERVICIO DE UNIDAD DE
CUIDADO CRÓNICO DE LA IPS GRUPO MÉDICO INCOLGER SAS EN LA
CIUDAD DE BOGOTÁ**

**LAURA NATALIA SERNA GIRALDO
ANA MARIA AGUDELO FONTECHA**

Monografía para obtener el título de Especialista en Auditoria de Salud

**Asesor
LILIANA CASTILLO RODRÍGUEZ
MSc. en Salud Pública**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ECONOMÍA
ESPECIALIZACIÓN AUDITORIA EN SALUD
BOGOTÁ
2020**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	7
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2 JUSTIFICACIÓN	10
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo General	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4 MARCO NORMATIVO	13
5 MARCO TEÓRICO	16
6 PLATAFORMA ESTRATÉGICA	20
6.1 Misión	20
6.2 Visión	20
6.3 Política de Calidad	20
6.4 Estructura Organizacional	21
7 METODOLOGÍA	22
7.1 Metodología para la elaboración e implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad	22
7.2 Mapa de Procesos	23
7.3 Etapas de la Ruta Crítica	23
8 RESULTADOS	24
8.1 Etapa 1. Autoevaluación	24
8.2 Etapa 2. Selección de procesos a mejorar	26
8.3 Etapa 3. Priorización de procesos	26
8.4 Etapa 4. Definición de la Calidad esperada	27

8.5	Etapa 5. Medición inicial del desempeño de los procesos	28
8.6	Etapa 6. Planes de Acción para procesos seleccionados	30
9	DISCUSIÓN	56
10	CONCLUSIONES.....	58
11	BIBLIOGRAFÍA.....	59

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Autoevaluación	25
Tabla 2 Lista de procesos seleccionados	26
Tabla 3 Matriz de priorización	27
Tabla 4 Procesos priorizados.....	27
Tabla 5 Calidad Esperada	28
Tabla 6 Medición Inicial	29
Tabla 7 Lluvia de ideas- proceso de atención al usuario	31
Tabla 8 Lluvia de ideas proceso de identificación de usuarios	33
Tabla 9 Lluvia de ideas proceso de Historias clínicas.....	35
Tabla 10 Lluvia de ideas eventos adversos	37
Tabla 11 Plan de Mejora proceso Atención usuarios.....	43
Tabla 12 Plan de mejora proceso identificación de usuarios	47
Tabla 13 Plan de mejora proceso de historias clínicas	51
Tabla 14 Plan de mejora Seguridad del paciente	55

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Ilustración 1 Organigrama Institucional.....	21
Ilustración 2 Mapa de procesos institucional	23
Ilustración 3 Ruta crítica tomada del Ministerio de Salud y Protección Social	23
Ilustración 4 Diagrama de Ishikawa (Atención de usuarios)	32
Ilustración 5 Diagrama de Ishikawa (Identificación usuarios).....	34
Ilustración 6 Diagrama de Ishikawa (Historias clínicas)	36
Ilustración 7 Diagrama de Ishikawa (Eventos Adversos)	38

INTRODUCCIÓN

La calidad en salud se define como el conjunto de servicios ofrecidos al usuario, orientados a buscar y garantizar el bienestar tanto físico como mental y su satisfacción a la atención obtenida logrando cumplir o superar sus expectativas mediante la implementación de herramientas que permitan la mejora continua en la atención en salud. Por lo anterior, a partir del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) el cual incluye los componentes del Sistema Único de Habilitación, Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud, se pretende sostener y contribuir a la mejora continua de los procesos de atención en salud que ofrecen todos los actores involucrados en este ámbito (1).

Por tanto, el SOGCS brinda herramientas como el PAMEC, permite a la entidad un control sistemático y constante de la calidad de la atención al usuario y su nivel de satisfacción con la prestación del mismo. El PAMEC cuenta con herramientas que permiten planear, monitorear, evaluar y contribuir a la mejora continua debido a la verificación de todos los procesos que hacen parte de la atención de los usuarios para finalmente proponer planes que permitan aplicar medidas preventivas y correctivas que aporten a cada proceso.

La institución a partir de su modelo de atención pretende ofrecer servicios de salud centrados en la seguridad del paciente y en una política de humanización. Para ello requiere establecer un punto de partida de cada uno de sus procesos tanto estratégicos, misionales y de apoyo con el fin de obtener un análisis detallado que le permita identificar las principales falencias que desea mejorar y pasar de la calidad obtenida a la calidad esperada con estándares superiores.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El país ha venido desarrollando normas en referencia al SOGCS mediante la implementación de sus herramientas, no obstante, pese a sus esfuerzos en el cumplimiento de este Sistema aún existen instituciones que no han adoptado el sistema dentro de sus organizaciones, lo que impide contar con una trazabilidad y una evidencia que garantice que la atención brindada en estas instituciones de salud es de calidad.

Por tanto, el SOGC mediante sus componentes como el Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, Sistema de Información para la Calidad y Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad permite a las IPS mantener y trabajar en mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios, mediante la implementación de procesos de calidad en pro de la mejora continua en la seguridad y satisfacción del usuario. Por tanto, el SOGC mediante sus componentes como el Sistema Único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación, Sistema de Información para la Calidad y Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad permite a las IPS mantener y trabajar en mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios, mediante la implementación de procesos de calidad en pro de la mejora continua en la seguridad y satisfacción del usuario.

Es necesario implementar herramientas como el PAMEC y los componentes establecidos en la norma de referencia a la Unidad de cuidado crónico de la IPS Grupo Médico Incolger SAS dada la importancia que tiene el uso de esta herramienta como parte de la atención con calidad en salud. Por ello, se requiere identificar las deficiencias en los procesos establecidos para dicha unidad, para establecer una ruta crítica en la cual se priorice lo evidenciado a la elaboración de

un plan de acción de procesos y su ejecución, evaluación y mejoramiento continuo, finalizando con el aprendizaje organizacional.

Este trabajo tiene como fin elaborar el PAMEC para Unidad de cuidado Crónico de la IPS Grupo Médico Incolger SAS, con la finalidad de transformar sus debilidades en oportunidad mediante la mejora continua.

2 JUSTIFICACIÓN

Debido a la importancia que hoy en día tiene el significado de calidad en atención en salud, se requiere que las IPS apliquen el SOGCS, el cual bajo sus componentes establecen los mecanismos, procedimientos, pautas y normatividad para incorporar en las instituciones y trabajar en la importancia de la atención a sus usuarios.

Así mismo, para que la atención en salud sea satisfactoria, todas las áreas que oferten un servicio deben trabajar de forma continua, dinámica y sistemática, con el fin de contribuir al mejoramiento continuo en calidad, en el cual se fijan metas, se establecen expectativas, se evalúan los resultados en el tiempo encaminados en la mejora continua de atención en salud.

Mediante el diseño del PAMEC de la Unidad de Cuidado Crónico, se espera contribuir en la identificación de las fallas y riesgos que se presentan en dicha unidad, implementando metodologías que vayan en conjunto con lo establecido en la normatividad legal vigente que le aplique.

El Grupo Médico Incolger en el marco de su mapa de procesos establece como ente rector de los lineamientos de SOGCS al Director de Calidad, quien en facultad de auditor es responsable del seguimiento, revisión y plan de mejora de los procesos de la IPS. Pese a ello, la institución no ha contado con una trazabilidad en la mejora de sus procesos, evidenciando la necesidad de contar con un auditor hasta hace aproximadamente un año quien realizó sus funciones de manera externa a la institución, asistiendo únicamente por evento, es decir realizar labores de acompañamiento ante visitas de los entes de vigilancia y control.

Por lo anterior, porque a la fecha no se cuenta con un documento de PAMEC formal que cumpla con los requisitos de la normativa. Los documentos de soporte del PAMEC se encuentran en medio magnético y sin la trazabilidad y seguimiento necesario para lo que se requiere en este momento en la institución con la posibilidad de ser sancionado según el Decreto 1011 de 2006, puesto que, al no contar con el cumplimiento total del segundo componente del Sistema, se incurre en incumplimiento del SOGCS.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Reestructurar el plan de auditoría de mejoramiento de la calidad en salud (PAMEC) en el servicio de Unidad de cuidado Crónico de la IPS Grupo Médico Incolger SAS de la ciudad de Bogotá.

3.2 Objetivos Específicos

- Diseñar una metodología para la revisión y análisis del PAMEC de la IPS Grupo Médico Incolger en el servicio de Unidad de cuidado Crónico.
- Plantear posibles soluciones para el mejoramiento de la calidad según lo evidenciado en la revisión documental del PAMEC de la institución relacionadas con en el servicio de Unidad de cuidado Crónico.
- Elaborar el PAMEC según el análisis realizado, aplicando lo establecido en la norma legal vigente.

4 MARCO NORMATIVO

Para el desarrollo del planteamiento del problema se citarán las leyes, decretos y resoluciones que soportan la importancia de la implementación del PAMEC para el mejoramiento continuo de la calidad en salud.

Para dar soporte normativo a cada uno de los decretos y resoluciones que sustentan la creación del PAMEC, se hace mención del documento con mayor relevancia en el país que es la Constitución Política de Colombia, la denominada carta magna de donde se derivan las demás leyes y normas que buscan garantizar una atención en salud que cumpla con los principios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad (2).

A partir de ella se estipulan derechos fundamentales de los cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud, promovió desde su sector, algunos de ellos por conexidad, como el derecho a la vida y la atención en salud como servicios públicos a cargo del Estado garantizando el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

De acuerdo al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, establecido en el Decreto 1011 de 2006, el plan de auditoría para la calidad en salud hace parte de uno de los componentes de este sistema y es de obligatorio cumplimiento por las instituciones prestadoras de servicios de salud como una herramienta para la verificación, evaluación y mejora continua de los servicios de salud prestados por la institución y que garantizan una salud de calidad para sus usuarios y sus familias, y deberá ser concordante con el Sistema Único de Habilitación (SUH) que hace parte de otro componente del SOGCS de tal manera que cada componente se encuentre articulado en el cumplimiento del mismo objetivo.

El Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Salud y Protección Social (3) establece los lineamientos para la implementación de este componente dentro del marco del SOGCS y brinda cada una de las directrices para su correcto funcionamiento, las cuales se mencionarán posteriormente.

Para el correcto funcionamiento de estos lineamientos es pertinente conocer la asignación de recursos que cuenta el sector salud para que el SGSSS garantice la debida articulación de cada uno de los procesos involucrados en la calidad de la atención en salud. La Ley 715 de 2001, el sector salud cuenta con una serie de competencias asignadas en el territorio Nacional como la formulación de políticas y programas, definir el sistema único de habilitación, SOGCS y el Sistema único de acreditación (SUA) tanto para las IPS, EPS y demás instituciones que manejen recursos del SGSSS.

De igual forma, a partir de esta ley se exige que para la prestación de un servicio todos los prestadores de servicios de salud demuestren ante el Ministerio de Salud o ante quien este delegue la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico-administrativa (4). Posteriormente con la expedición del Decreto 2459 de 2015 (5) se reglamenta la prestación de servicios de salud y cuáles son los requisitos para la conformación de la red de prestación de servicios de salud en el distrito creados posterior a la Ley 715 de 2001.

Por otra parte, el SGSSS con el fin de contar con mecanismos de evaluación y verificación de la atención en salud, por medio de la ley 1122 de 2007, establece mecanismos como los indicadores de gestión y a partir de estos resultados el Ministerio de Salud podrá definir estímulos y otras medidas. Para ello podrá solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud SNS medidas de suspensión y sancionatorias. Asimismo, con la creación del sistema de inspección, vigilancia y control, la SNS podrá cumplir funciones de seguimiento, monitoreo y evaluación que permita solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se

requiera sobre los servicios de salud y sus recursos, advertir, orientar y propender que las entidades cumplan con las normas establecidas en el SGSSS y poder finalmente ordenar correctivos ante situaciones críticas o irregulares. Se menciona la importancia de los sistemas de información que se reafirma en la Resolución 0256 de 2016.

En la Ley 1122 de 2007 se hace referencia al término “regulación en la prestación de servicios de salud” que previamente no se evidencia en otra normatividad en la atención en salud, función definida por el Ministerio de Salud Protección Social. Respecto al proceso de habilitación de nuevas IPS deberá habilitar los servicios que desea prestar de forma previa al inicio de sus actividades, esta función en el caso de Bogotá puede ser delegada a la Secretaria Distrital de Salud, quien será la encargada de recibir novedades de apertura de servicios para habilitación y realizar la visita previa según sea el caso (6).

En la Ley 1122 de 2007 se hace referencia al término “regulación en la prestación de servicios de salud” que previamente no se evidencia en otra normatividad en la atención en salud, función definida por el Ministerio de Salud Protección Social. Respecto al proceso de habilitación de nuevas IPS deberá habilitar los servicios que desea prestar de forma previa al inicio de sus actividades, esta función en el caso de Bogotá puede ser delegada a la Secretaria Distrital de Salud, quien será la encargada de recibir novedades de apertura de servicios para habilitación y realizar la visita previa según sea el caso (6).

5 MARCO TEÓRICO

El SOGCS es el mecanismo por el cual se establecen todos aquellos requisitos para contribuir en la mejora continua en calidad de los servicios de salud en Colombia. Dentro de los lineamientos establecidos en el SOGCS, mediante el Decreto 1011 de 2006 se incluye la Auditoría para el mejoramiento de la calidad siendo una herramienta, que permite la valoración de los procesos establecidos dentro de un sistema, con el fin de implementar mecanismos para el mejoramiento de calidad en referencia a calidad observada respecto a calidad esperada en atención y satisfacción de los usuarios (9). Así mismo, se establece en la normatividad como un proceso de cumplimiento obligatorio para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB (10).

Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social establece documentos y herramientas para la implementación del proceso para las organizaciones en referencia al mejoramiento de la calidad. Dentro de los documentos se establecen las pautas para la auditoría en el mejoramiento de calidad de la atención en salud y lista de chequeo del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad (PAMEC) (9).

El PAMEC, es un programa que permite ser adaptado a las instituciones prestadoras de servicios de salud, donde por medio de procesos sistemáticos y valoraciones permiten establecer pautas para implementar en referencia al mejoramiento de la calidad en atención a los usuarios. Dicho programa dispone de pautas, actividades o etapas dentro del ciclo PHVA, que permite el mejoramiento continuo en los procesos de atención en salud. Por lo anterior, las etapas que deben seguir las entidades que apliquen el PAMEC son: Planear, ejecutar, establecer soluciones y recomendaciones, finalmente realizar seguimiento con el

fin de evidenciar los efectos favorables. Además, permite establecer una ruta crítica que inicia con la aplicación de la autoevaluación, que se basa en realizar un diagnóstico global en referencia a las fallas y aspectos de interés en la organización. La autoevaluación va seguida de la selección de procesos a mejorar, en la cual se prioriza aquellos aspectos que presentan un índice elevado en afectación en la calidad en la atención de los usuarios.

Posteriormente, se verifican los procesos, indicadores y la meta establecida, con el fin de comparar la medición obtenida durante la autoevaluación, permitiendo observar y priorizar aquellas que cuenten con una brecha amplia. La tercera etapa hace referencia a la calidad esperada en la cual se establece la meta que se quiere cumplir, seguida de los lineamientos que permiten llegar a dicha meta y finalmente evaluar las herramientas con las que cuenta la organización para verificar y realizar el seguimiento al resultado obtenido.

Posteriormente, se verifican los procesos, indicadores y la meta establecida, con el fin de comparar la medición obtenida durante la autoevaluación, permitiendo observar y priorizar aquellas que cuenten con una brecha amplia. La tercera etapa hace referencia a la calidad esperada en la cual se establece la meta que se quiere cumplir, seguida de los lineamientos que permiten llegar a dicha meta y finalmente evaluar las herramientas con las que cuenta la organización para verificar y realizar el seguimiento al resultado obtenido.

Según lo establecido anteriormente, la etapa de medición del desempeño debe incorporar los criterios que se encuentran establecidos para la calidad esperada, la cual inicia con un procedimiento de auditoría que permite conocer el estado en tiempo, modo y lugar en referencia a lo esperado, realizando la comparación entre meta, medición inicial, estándar deseado y nueva medición, con la finalidad de conocer la brecha de calidad. Luego, se realiza la formulación del plan de

mejoramiento en el cual se establece pautas que permitan que esas fallas evidenciadas se conviertan en resultados favorables.

Como se menciona en el ciclo PHVA, después de la etapa de planear se continúa con la ejecución, por tal razón, según el plan establecido durante la etapa quinta, se continúa con la ejecución del plan de mejoramiento en el cual es necesario contar con los directivos de la organización para que se generen espacios para hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de acción, junto con la verificación de los resultados obtenidos en el mejoramiento a través de los indicadores establecidos con este fin. Por último, se implementan dos etapas finales en el PAMEC, una de ellas hace referencia a la evaluación del mejoramiento la cual permite observar si lo implementado está siendo efectivo en cuanto al problema evidenciado, sin embargo, en dicha etapa se puede presentar dos escenarios, uno de ellos se puede presentar que la brecha de calidad disminuyó indicando que el plan de mejora ejecutado cumplió con el objetivo deseado y dos, puede presentarse todo lo contrario indicando que no se observó de forma completa el problema, por lo tanto el plan no surgió efecto. Debido a lo anterior, es necesario iniciar con el ciclo nuevamente (11).

Finalmente, el PAMEC implementa como un último paso el aprendizaje organizacional en el cual se busca establecer lineamientos concluyentes que permitan realizar un seguimiento continuo con el fin de evitar la ampliación de la brecha entre lo esperado y lo observado. Así mismo, mediante el aprendizaje se puede iniciar nuevamente al comienzo de la ruta crítica, pero no con el fin de disminuir la brecha de calidad evidencia, sino con la finalidad de establecer procesos de mejora continua (11).

Mediante la circular 012 de 2016, la **SNS** establece lineamientos respecto al PAMEC y el Sistema de Información de Calidad. En referencia al PAMEC, los lineamientos establecidos se relacionan con la ruta crítica, los cuales se basan en tres (3) pasos claves en referencia a las evaluaciones de la ejecución de acciones

de mejora, auditorías internas frente a la ejecución de los planes de mejora y el aprendizaje organizacional. Lo anterior, con la finalidad que SNS realice la supervisión de la aplicación de dicha herramienta mediante los reportes y sus respectivos soportes que serán entregados por las IPS. (12)

Para dar mayor contexto al documento que se está elaborando, inicialmente se mencionará cual es la Plataforma Estratégica de la IPS.

6 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

6.1 Misión

Grupo Médico Incolger SAS, es una institución que presta servicios de salud a personas mayores en condición de discapacidad física, cognoscitiva o mental, con enfoque humano y un equipo profesional interdisciplinario, guiado hacia la seguridad del paciente y la satisfacción de sus necesidades en salud promoviendo una buena calidad de vida y un envejecimiento exitoso.

6.2 Visión

Nos hemos propuesto como meta que para el año 2025, ser la institución líder en la prestación de servicios de salud a personas en condición de discapacidad, con un modelo de atención que responderá a las necesidades individuales de nuestros pacientes y sus familias, con programas exitosos en prevención, tratamiento y rehabilitación integral.

6.3 Política de Calidad

Está encaminada a garantizar una atención oportuna, segura, continua y eficaz, identificando y satisfaciendo las necesidades en salud del paciente y su ambiente ecobiopsicosocial y espiritual, basado en la calidad humana y en el mejoramiento continuo.

6.4 Estructura Organizacional

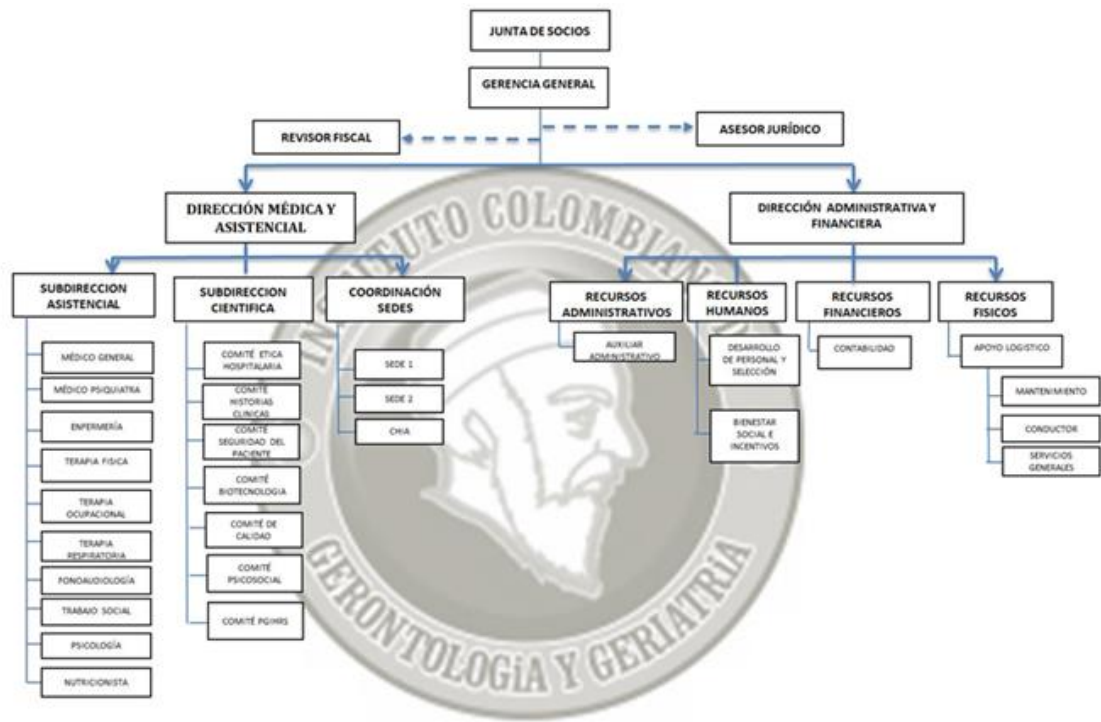


Ilustración 1 Organigrama Institucional

7 METODOLOGÍA

7.1 Metodología para la elaboración e implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad

La metodología para el desarrollo del Programa de Auditoría del Grupo Médico Incolger se basa en la implementación de la ruta crítica y para ello se tendrá en cuenta el esquema de Ruta crítica establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social, en donde se describen los tipos de acciones que se aplicarán en los niveles de autocontrol y auditoría interna.

El programa de auditoría se elabora mediante la intervención de dos profesionales de salud con estudios de auditoría en salud que se encuentran en formación y a partir de unos documentos ya desarrollados por la institución en meses anteriores, los cuales no tuvieron continuidad ni seguimiento.

7.2 Mapa de Procesos

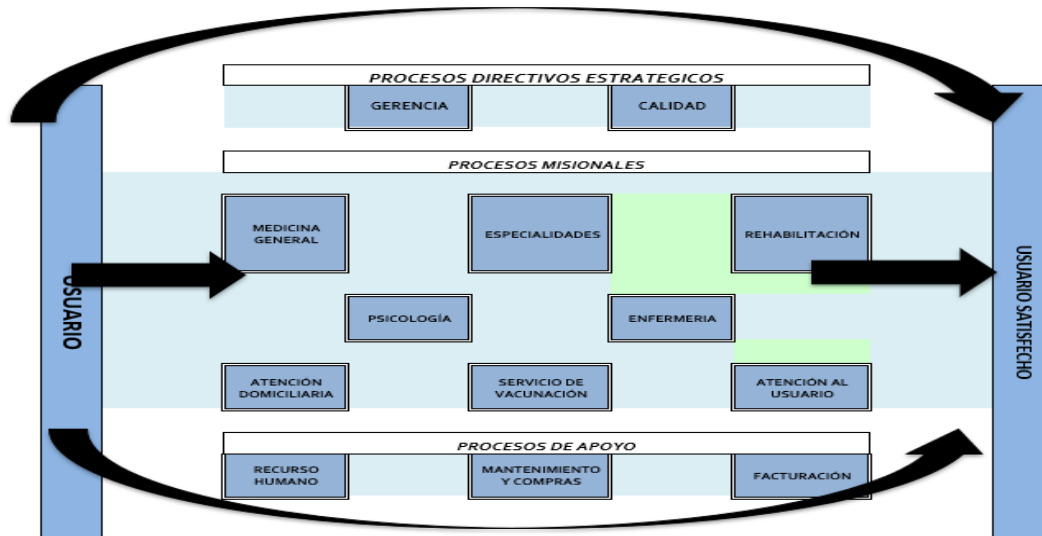


Ilustración 2 Mapa de procesos institucional

7.3 Etapas de la Ruta Crítica



Ilustración 3 Ruta crítica tomada del Ministerio de Salud y Protección Social

8 RESULTADOS

8.1 Etapa 1. Autoevaluación

Para desarrollar un programa de auditoría el primer paso es realizar un diagnóstico para identificar y evaluar cuales son los principales problemas de calidad que se presentan en la IPS Grupo Médico Incolger, cuáles son los procesos que están involucrados y los que harán parte del programa de auditoría.

La autoevaluación permite revisar las fortalezas y las oportunidades de mejora a partir de los resultados obtenidos por la institución teniendo como referencia el valor estándar que desea alcanzar y la medición obtenida.

Para esta fase autoevaluación se contó con el apoyo de un equipo consolidado por Gerente, líder de calidad, coordinador de servicios y referente del Comité de seguridad del paciente, cada uno de ellos aportó desde su área y conocimiento la información que se requería para la implementación del programa de auditoría.

La primera fase tuvo en cuenta el mapa de procesos diseñado previamente por los funcionarios de la institución y con este se pudo hacer un listado de procesos identificando cuáles de ellos presentaban mayor riesgo asociado a la atención en salud mediante la revisión de los indicadores de calidad de cada uno de los procesos y comités institucionales.

Otro de los elementos fundamentales para la autoevaluación fue la revisión de la auditoría interna realizada en el mes de febrero de 2019 y febrero de 2020 y que a pesar de no contar con un seguimiento estricto a los hallazgos obtenidos pudo aportar datos relevantes sobre el cumplimiento de los procesos a esa fecha.

Proceso	Indicador	Meta	Medición				
Identificación usuarios.	Porcentaje de pacientes con datos completos en su ingreso y estadía en la IPS.	70%	40%				
Historia Clínica	Cumplimiento en el diligenciamiento de historias clínicas según la normatividad legal que le aplique.	100%	80%				
Eventos adversos	Porcentaje de pacientes que no presentan eventos adversos durante la estadía de pacientes en la IPS.	80%	50%				
Procedimientos-Atenciones	Porcentaje de pacientes con procedimientos realizados en la fecha establecida.	80%	30%				
Diagnóstico	Porcentaje de pacientes con diagnóstico correcto.	90%	90%				
Formulas medicas	Porcentaje de pacientes con formula de medicamentos adecuada.	80%	80%				
Almacenamiento	Porcentaje de pacientes que cuentan con sus pertenencias durante la estadía en la IPS.	70%	20%				
Atención usuarios	Número de quejas de usuarios relacionados con el personal médico.	70%	30%				

Tabla 1 Autoevaluación

8.2 Etapa 2. Selección de procesos a mejorar

Con la autoevaluación realizada, se establecieron cuáles son los procesos que no alcanzaron la meta y que por ende pertenecen al grupo que requieren oportunidades de mejora.

N°	Área	Proceso	Medición	Meta
1	Administrativa	Identificación usuarios	40%	70%
2	Asistencial	Historia Clínica	80%	100%
3	Asistencial	Eventos adversos	50%	80%
4	Asistencial	Procedimientos-Atenciones	30%	80%
5	Administrativa	Atención al usuario	70%	30%

Tabla 2 Lista de procesos seleccionados

8.3 Etapa 3. Priorización de procesos

Posterior a la selección de procesos que obtuvieron puntajes por debajo de la meta esperada, se hace uso de una herramienta que es la matriz de priorización, la cual permite que a partir de una serie de criterios el equipo responsable pueda tomar decisiones adecuadas.

Los criterios que se usaron para determinar la priorización de los procesos se denominan Factores críticos de éxito y abarcan tanto las necesidades del usuario como las del cliente interno, teniendo en cuenta la rentabilidad y sostenibilidad financiera. Cada criterio se evalúa en escala de 1 a 5, siendo 1 de menor impacto y 5 de alto impacto. Para obtener el valor de cada proceso se tuvo en cuenta el punto de vista de cada integrante del equipo de trabajo.

N°	Proceso	1 Impacto en el usuario	2 Impacto en el cliente interno	3 Impacto en la imagen de la organización	4 Impacto en el costo	Total
1	Identificación usuarios	5	4	4	5	18
2	Historia Clínica	4,5	4	4	5	17,5
3	Eventos adversos	5	2	5	5	17
4	Procedimientos-Atenciones	4	2	5	5	16
5	Atención usuarios	5	4	5	5	19

Tabla 3 Matriz de priorización

Así finalmente se define que los procesos que se deben abordar de manera prioritaria son los siguientes:

N°	Procesos priorizados
1	Atención Usuarios
2	Identificación de usuarios
3	Historia Clínica
4	Eventos Adversos

Tabla 4 Procesos priorizados

8.4 Etapa 4. Definición de la Calidad esperada

Para el Grupo Médico Incolger la calidad esperada está directamente relacionado con los atributos que hacen que la prestación del servicio de salud cumpla con las

expectativas del cliente externo e interno y para lograr cumplir con esta calidad esperada implementa unos indicadores que faciliten su medición y evaluación.

Cada proceso dentro de la institución cuenta con unos estándares que se miden a partir de indicadores establecidos algunos por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 256 de 2016 y otros creados por la IPS de acuerdo a su necesidad. Los indicadores nos permiten conocer cuales es la meta a la que se debe apuntar y con base a sus resultados hacer el seguimiento en el PAMEC.

Nº	Proceso	Indicador	Meta	Medición Inicial	Estándar Deseado
1	Atención usuarios	Número de quejas de usuarios relacionados con el personal médico.	30%	70%	30%
2	Identificación usuarios	Porcentaje de pacientes con datos completos en su ingreso y estadía en la IPS.	70%	40%	70%
3	Historia Clínica	Cumplimiento en el diligenciamiento de historias clínicas según la normatividad legal que le aplique.	100%	80%	100%
4	Eventos adversos	Número de pacientes que no presentan eventos adversos durante la estadía en la IPS.	80%	50%	80%

Tabla 5 Calidad Esperada

8.5 Etapa 5. Medición inicial del desempeño de los procesos

Con base en la información aportada por cada una de las etapas de la ruta crítica y los hallazgos presentados en la auditoría interna se hace una nueva medición de

la calidad esperada y la calidad observada y así posteriormente identificar la brecha de calidad de cada proceso.

La auditoría interna es la principal herramienta que tiene la IPS para detectar el porcentaje de cumplimiento de los indicadores y es el mecanismo que brinda en tiempo real la información que se requiere para elaborar un plan de mejoramiento.

Proceso	Indicador	Meta	Medición Inicial	Estándar Deseado	Nueva Medición	Brecha de Calidad
Atención usuarios	Número de quejas de usuarios relacionados con el personal médico.	70%	30%	70%	50%	20%
Identificación usuarios	Porcentaje de pacientes con datos completos en su ingreso y estadía en la IPS.	70%	40%	90%	60%	30%
Historia Clínica	Cumplimiento en el diligenciamiento de historias clínicas según la normatividad legal que le aplique.	100%	80%	100%	90%	10%
Eventos adversos	Número de pacientes que no presentan eventos adversos durante la estadía en la IPS.	80%	50%	80%	60%	20%

Tabla 6 Medición Inicial

De acuerdo al cronograma de la institución, las auditorías están programadas cada seis meses, sin embargo, para la ejecución del PAMEC se pudo contar únicamente con los hallazgos de dos auditorías realizadas cada año.

Por lo anterior, se aplicaron herramientas como análisis causa raíz mediante la implementación del diagrama de Ishikawa, buscando establecer las causas que afectan directamente al problema, con el fin de diseñar un plan específico para la solución del problema evidenciado.

8.6 Etapa 6. Planes de Acción para procesos seleccionados

Los planes de acción son las herramientas que facilitarán el desarrollo y mejora de los procesos previamente seleccionados, para ello, inicialmente se tendrá en cuenta una de las herramientas que ayudará a simplificar el análisis para identificar la raíz de la causa que pudo haber ocasionado el problema, en este caso la deficiente gestión del proceso. Esta herramienta se denomina Diagrama de Ishikawa y de manera explícita permitirá conocer las causas principales del problema.

De igual forma se hará uso de una estrategia que es la **Lluvia de ideas** la cual brindará mayor información de las posibles causas que posteriormente serán ubicadas dentro del Diagrama.

CAUSAS	CLASIFICACIÓN
Se evidencia que el 20 % de las quejas por parte de los usuarios están relacionados con el personal médico.	
Trato personal no adecuado por parte del personal médico al usuario y del usuario al paciente.	Recurso Humano
No cuentan con una revisión y clasificación periódica de las quejas interpuestas por los usuarios.	Coordinación
No cuenta con apoyo de otras dependencias para verificar la causa de las quejas.	Coordinación

Desconocimiento de los derechos y deberes de los profesionales y usuarios.	Coordinación
Desconocimiento del manual de información y atención al usuario (SIAU)	Coordinación
Falta de implementación de planes de mejora la atención a los usuarios por parte de los profesionales de la IPS.	Métodos
La institución no cuenta con manual de información y atención al usuario.	Métodos

Tabla 7 Lluvia de ideas- proceso de atención al usuario

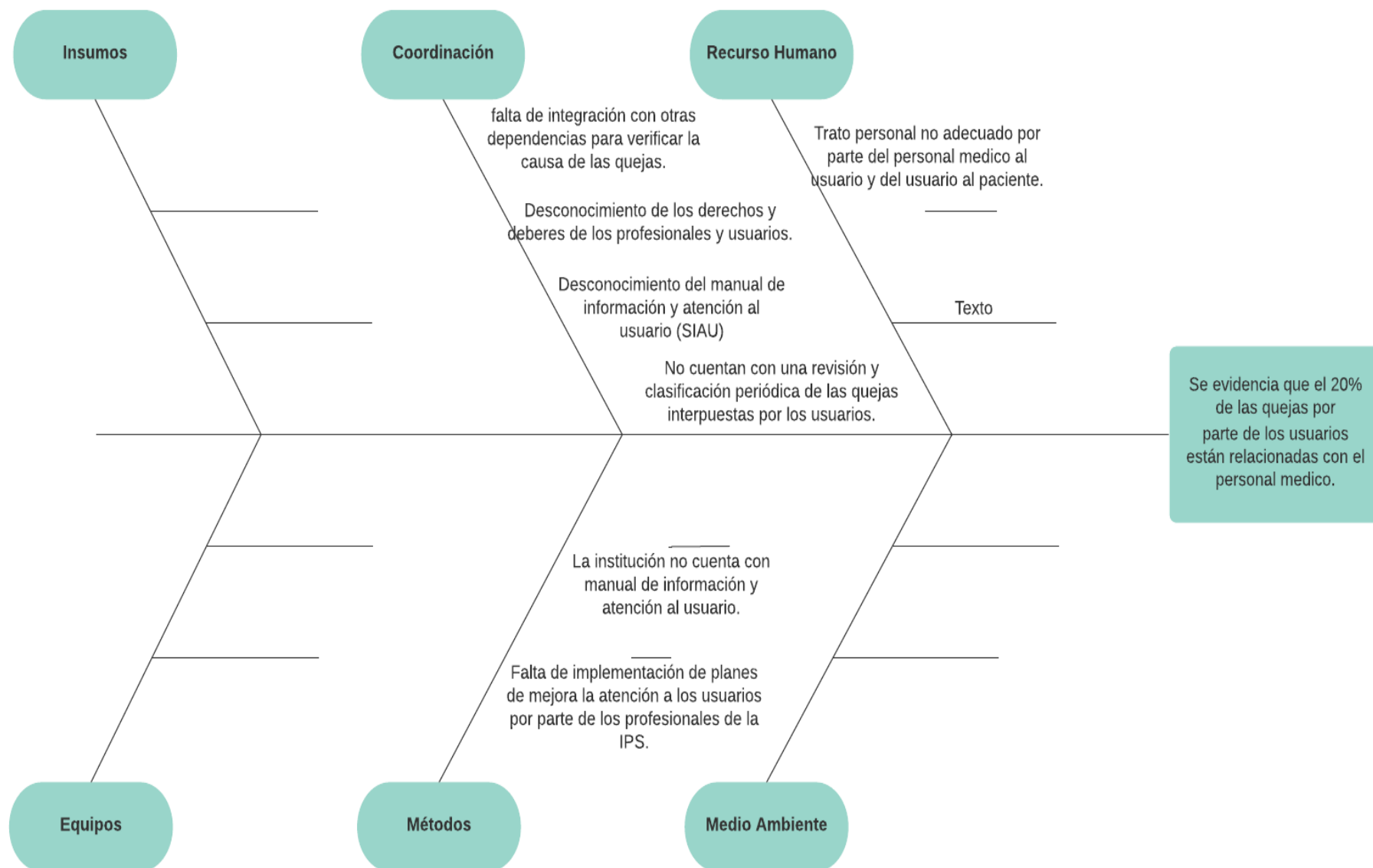


Ilustración 4 Diagrama de Ishikawa (Atención de usuarios)

CAUSAS	CLASIFICACIÓN
Se observa que 30 % de los pacientes en su ingreso y estadía en la IPS presentan datos incompletos.	
Los trabajadores en salud y trabajadores administrativos no evidencian la responsabilidad de una correcta identificación de los pacientes.	Recurso Humano
No cuentan con al menos dos identificadores (nombre completo y fecha de nacimiento)	Coordinación
No cuenta con un sistema estandarizado (implementación de tecnologías biométricas).	Equipo
No se evidencia protocolos para la identificación de pacientes.	Métodos
No cuentan con programas que permitan la capacitación y participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.	Métodos
No contemplan controles y revisiones repetitivas con el fin de evitar errores en el ingreso de datos en la computadora.	Coordinación

Tabla 8 Lluvia de ideas proceso de identificación de usuarios

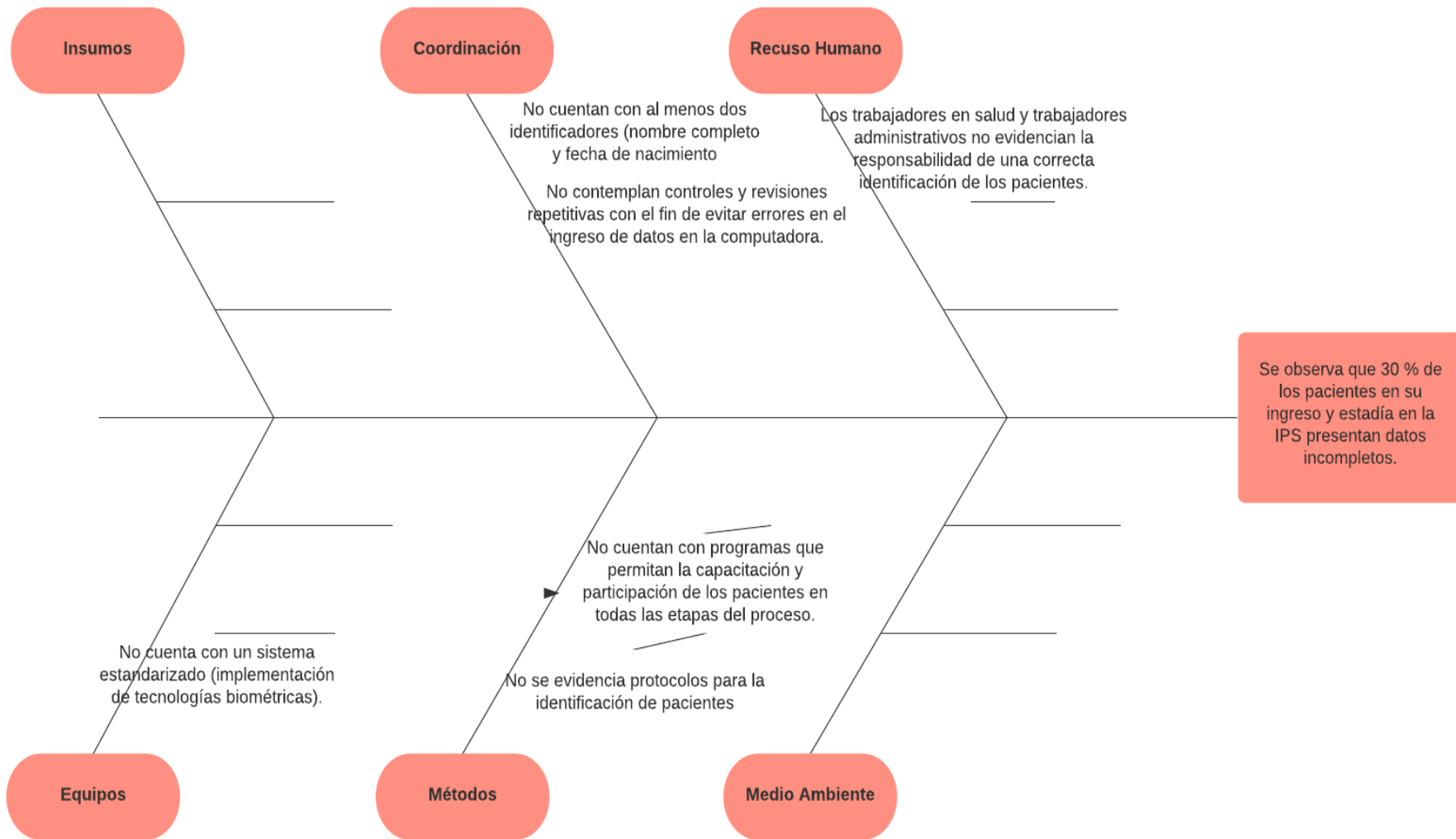


Ilustración 5 Diagrama de Ishikawa (Identificación usuarios)

CAUSAS	CLASIFICACIÓN
El 10% de las historias clínicas no cumplen con el diligenciamiento de acuerdo a la normatividad legal	
No se cuenta con un software especializado para el desarrollo de las historias clínicas que permita garantizar la confidencialidad de la información y su seguridad.	Métodos
No se cuenta con un software especializado para el desarrollo de las historias clínicas que permita garantizar la confidencialidad de la información y su seguridad.	Equipos
No se cuenta con un software especializado para el desarrollo de las historias clínicas que permita garantizar la confidencialidad de la información y su seguridad.	Insumos
No se cuenta con un plan de capacitación hacia el personal asistencial sobre el manejo de las historias clínicas	Recurso Humano
No se cuenta con un plan de capacitación hacia el personal asistencial sobre el manejo de las historias clínicas	Coordinación
No se realiza una supervisión y auditoría de las historias clínicas para evaluar el cumplimiento de atributos como pertinencia, veracidad, exactitud de la información	Coordinación
las historias clínicas no cuentan con la firma del profesional tratante que garanticen la idoneidad del documento	Métodos
la institución no cuenta con protocolos para el archivo y custodia de las historias clínicas de acuerdo a la resolución 839 de 2017	Métodos
la institución no cuenta con protocolos para el archivo y custodia de las historias clínicas de acuerdo a la resolución 839 de 2017	Coordinación
las historias clínicas que se encuentran en físico no están dispuestas en un espacio apropiado para su conservación	Medio Ambiente
Las historias clínicas pueden ser fácilmente editadas por el personal asistencial posterior a la fecha realizada, de igual forma pueden ser modificadas por demás personas que tengan acceso al documento	Métodos

Tabla 9 Lluvia de ideas proceso de Historias clínicas.

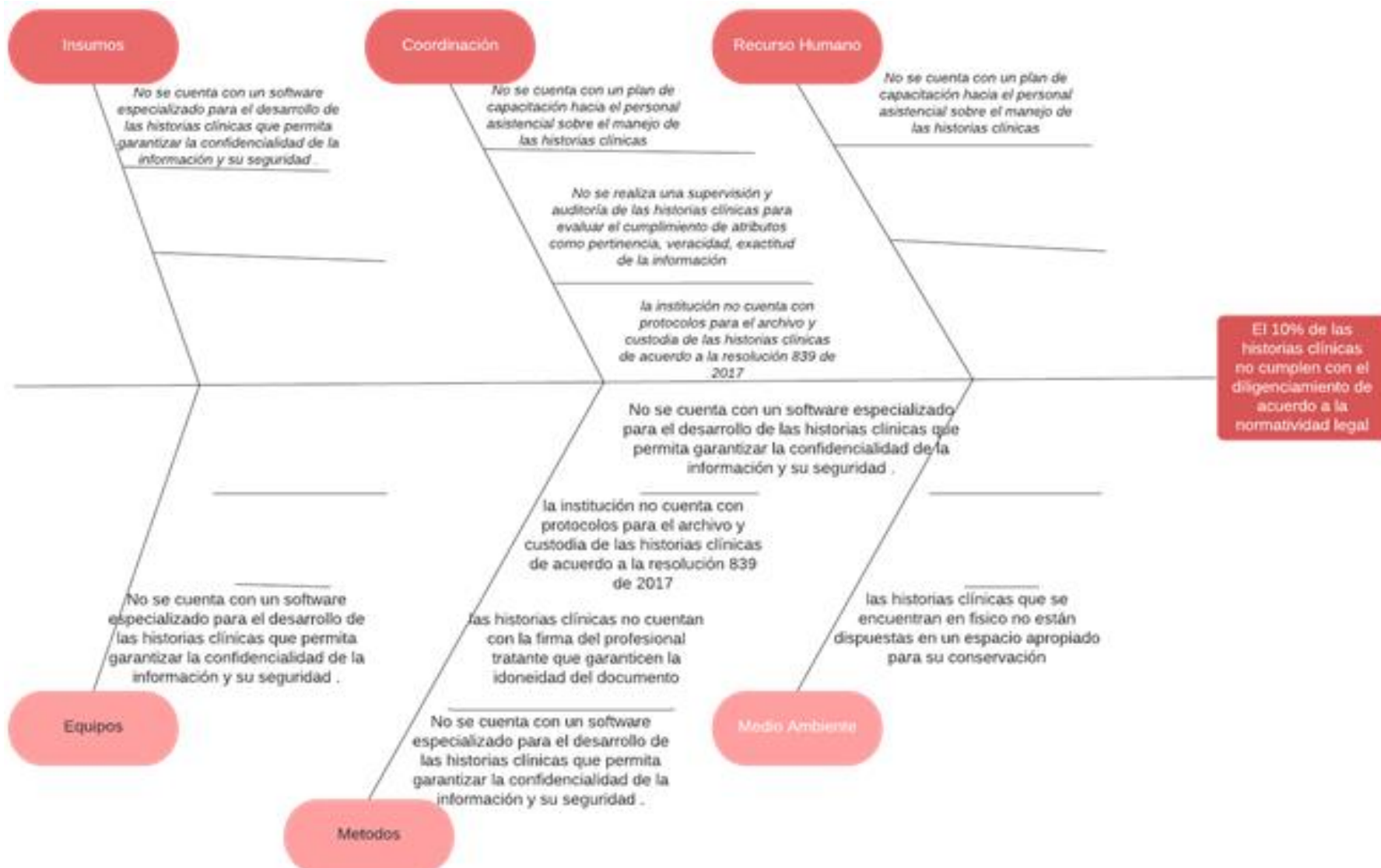


Ilustración 6 Diagrama de Ishikawa (Historias clínicas)

CAUSAS	CLASIFICACIÓN
El 20% de los pacientes presentan algún tipo de evento adverso durante su estadía en la IPS	
La institución no cuenta con protocolos y guías de manejo clínico de acuerdo a las patologías	Coordinación
El personal asistencial no ha sido capacitado en protocolos y guías de manejo clínico	Métodos
El personal asistencial no ha sido capacitado en protocolos y guías de manejo clínico	Recurso Humano
La institución no cuenta con una Política de Seguridad del paciente y no se encuentra divulgada en las instalaciones de la institución para el conocimiento del personal, pacientes y familias.	Coordinación
No se cuenta con un programa de Seguridad del paciente y un comité que realice funciones de dirección e implementación de acciones para disminuir riesgos de eventos adversos	Coordinación
Los pacientes no cuentan con ficha de identificación que permita conocer al personal de la institución y a la familia el riesgo de caída.	Métodos
Los pacientes no cuentan con ficha de identificación que permita conocer al personal de la institución y a la familia el riesgo de caída.	Coordinación
La institución no cuenta con pasamanos para la circulación de los pacientes dentro de las áreas como baños, habitación y pasillos.	Medio Ambiente
No se cuenta con timbres dentro de las habitaciones y los baños que permitan al personal asistencial conocer si el paciente tiene alguna urgencia.	Equipos
No se cuenta con timbres dentro de las habitaciones y los baños que permitan al personal asistencial conocer si el paciente tiene alguna urgencia.	Medio Ambiente
la institución no cuenta con procedimientos documentados para la atención de los pacientes	Métodos
La institución no cuenta con procedimientos documentados para la atención de los pacientes	Coordinación
La institución no cuenta con personal asistencial suficiente de acuerdo a la capacidad instalada	Recurso Humano
La institución no cuenta con un mecanismo de reporte de eventos adversos que permita hacer la trazabilidad del evento y el plan de mejora	Coordinación

Tabla 10 Lluvia de ideas eventos adversos

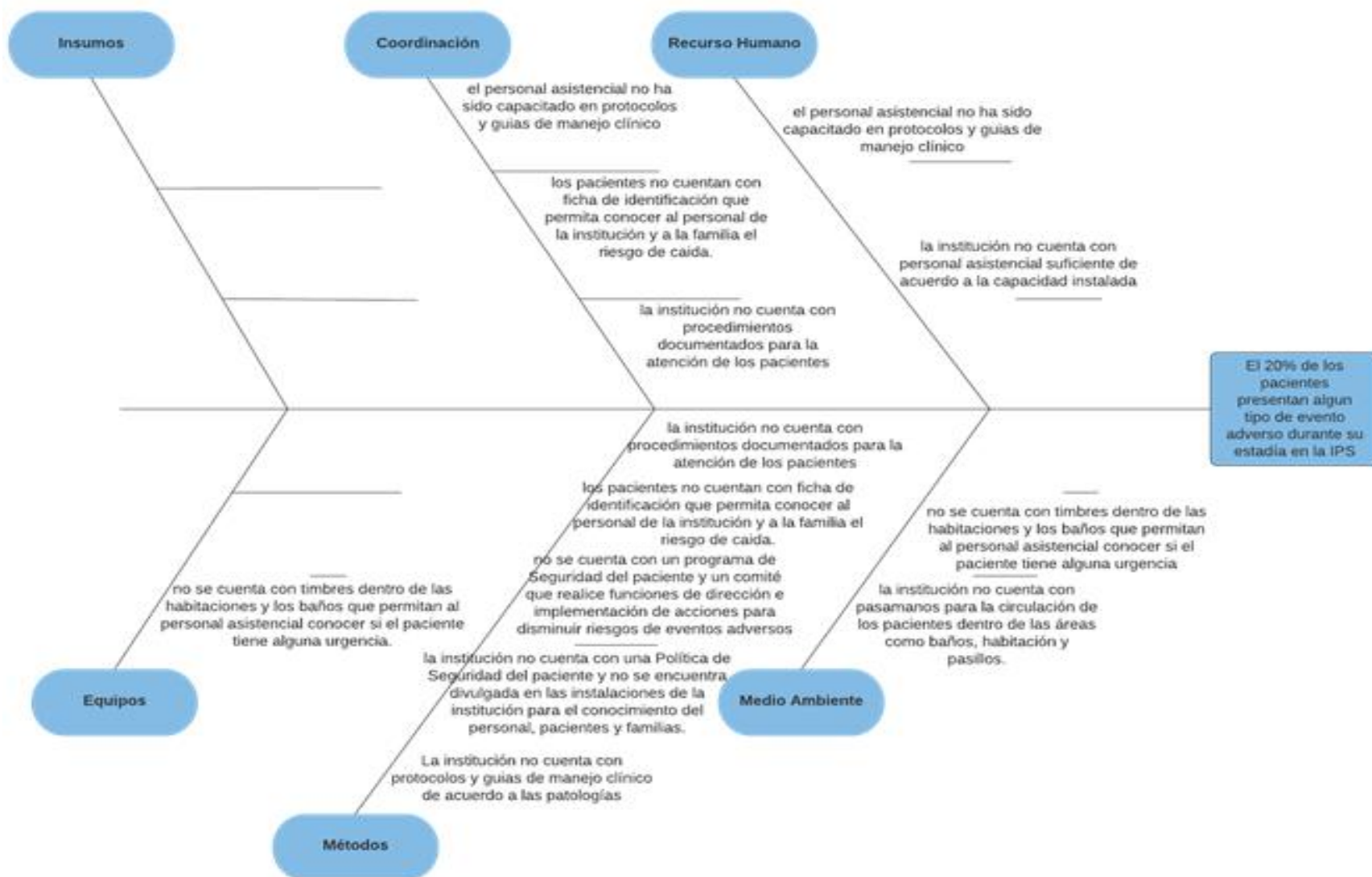


Ilustración 7 Diagrama de Ishikawa (Eventos Adversos)

Teniendo ya identificados los procesos que requieren ajustes se procede a gestionar las acciones del plan de mejora a partir de un formato tomado del documento “Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud” que se encuentra en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social (11).

El formato aplica la metodología 5W1H que responde a las preguntas: Qué?, Quién?, Cuándo?, Dónde?, Para qué?, Cómo? que permite definir las acciones de mejora por cada proceso prioritario.

Nombre del proceso: Atención usuarios.		
	Causa 1	Causa 2
	Trato personal no adecuado por parte del personal médico al usuario y del usuario al paciente.	No cuentan con una revisión y clasificación periódica de las quejas interpuestas por los usuarios.
QUE	Capacitación al personal médico en referencia al trato digno para los pacientes.	Verificar las quejas interpuestas por los usuarios (verbal-no verbal)
QUIEN	Psicóloga	Talento Humano
COMO	1. Presentación de capacitación “Trato Digno a los pacientes y usuarios”. 2. Cronograma de capacitaciones. 3. Informe de resultados de la capacitación.	1. El personal encargado para realizar la verificación y la clasificación de las quejas deberá contar cuantas quejas fueron interpuestas por parte de los usuarios y clasificarlas de manera verbal y no verbal, junto con la clasificación por área. 2. Se entregará a coordinación de forma escrita la verificación y clasificación realizada, además la evidencia de las quejas interpuestas.

CUANDO	25 de mayo de 2020 (preparación de la presentación)	Cada verificación se realizará durante el último día de cada mes.
	26 de mayo de 2020 (Diseño del cronograma de capacitaciones)	Se entregará el informe al tercer día hábil cada mes.
	28 y 29 de mayo de 2020 (Capacitación al personal médico)	
DONDE	Presentación del plan de capacitación al comité médico.	La persona delegada de Talento humano entregará a Coordinación de talento humano el informe y las evidencias
POR QUÉ	Es importante que el personal de salud que tiene directamente contacto con los usuarios en la mayoría del tiempo conozca y aplique el trato digno tanto a pacientes como a usuarios que asisten a la institución.	Es importante verificar la cantidad de quejas interpuestas por los usuarios en referencia a la atención recibida por parte de los profesionales de la institución, debido que nos permiten evaluar a satisfacción del usuario.
	Causa 3	Causa 4
	No cuenta con apoyo de otras dependencias para verificar la causa de las quejas	Desconocimiento de los derechos y deberes de los profesionales y usuarios
QUE	Por parte de la coordinación de talento humano solicitara apoyo profesional en psicología para la revisión del informe de la clasificación de las quejas.	Por parte del profesional de psicología se dará a conocer los derechos y deberes de los usuarios y profesionales.
QUIEN	Psicóloga y talento humano	Psicóloga

COMO	En el comité medico se presentará el plan de mejora desarrollado por parte de coordinación de talento humano y el profesional en psicología	1. Mediante el programa de inducción y reinducción se realizará capacitaciones la profesional de salud, los temas relacionados con los derechos y deberes de los usuarios y de los profesionales. 2. Así mismo, se buscará el espacio para que los usuarios conozcan la misma información en referencia a derechos y deberes de los profesional y usuarios
CUANDO	1 de junio del 2020	1 de julio de 2020
DONDE	En el comité medico se presentará el plan de mejora desarrollado por parte de coordinación de talento humano y el profesional en psicología.	Se entregará a coordinación de talento humano la lista de asistencia de los usuarios y del profesional de salud que asistieron a la capacitación.
POR QUÉ	Es importante la participación de otras dependencias de la institución con el fin de desarrollar estrategias en pro de la minimización de las quejas interpuestas	Se evidencia la necesidad de que tanto el personal de salud como los usuarios conozcan cuáles son sus derechos y deberes en referencia a la prestación del servicio
	Causa 5	Causa 6
	La institución no cuenta con manual de información y atención al usuario	Falta de implementación de planes de mejora la atención a los usuarios por parte de los profesionales de la IPS.
QUE	Psicología y talento humano realizaran el manual de información y atención al usuario.	Una vez expuesto por parte de Coordinación talento humano y profesional en psicología es necesario establecer fechas para la ejecución del plan de mejora.

QUIEN	Psicología y talento humano	Psicóloga y talento humano
COMO	1. Se verificará la normatividad legal vigente en referencia a la atención del usuario. 2. Realizar Manual de información y atención al usuario.	1. Se establecerán fechas para la socialización y ejecución del plan de mejora en referencia a la atención del usuario. 2. La ejecución se realizará en horarios específicos con el fin de no interrumpir la atención de los usuarios.
CUANDO	16 de julio de 2020	25 y 30 de junio de 2020.
DONDE	Se entregará el manual de información y atención al usuario a gerencia para sea aprobado	Durante el comité medico se entregará el informe de los resultados y conclusiones del plan de mejora para la toma de decisiones
POR QUÉ	Es necesario que la institución cuente con manuales específicos para determinados procesos que permitan la minimización de falencias.	Debido que la gran mayoría de las quejas interpuestas por los usuarios son debido a la prestación recibida por el personal médico, es necesario buscar las herramientas para disminuir dicho porcentaje y buscar la satisfacción del usuario.
Causa 7		
Desconocimiento del manual de información y atención al usuario.		
QUE	Psicología y talento humano socializaran el manual de información y atención al usuario.	
QUIEN	Psicología y talento humano	
COMO	1. Cronograma con fechas de socialización del Manual de información y atención al usuario	

CUANDO	27 al 31 de julio de 2020
DONDE	En el comité se entregará informe y evidencias de la capacitación realizada
POR QUE	Es importante que los usuarios como el personal de salud conozco el manual en referencia a la atención del usuario y sus canales de información.

Tabla 11 Plan de Mejora proceso Atención usuarios

Nombre del proceso: Identificación de usuarios.		
	Causa 1	Causa 2
	Los trabajadores en salud no evidencian la responsabilidad de una correcta identificación de los pacientes.	No cuentan con al menos dos o tres identificadores (nombre completo, cedula y fecha de nacimiento)
QUE	Programa de capacitación con énfasis en la responsabilidad de una correcta identificación del paciente.	Definir tres indicadores en el diligenciamiento de los datos del paciente • Nombre completo • Cedula • Fecha de nacimiento
QUIEN	Psicología y talento humano	Coordinación asistencial y administrativa.

COMO	1. Desde Talento Humano se desarrollará un programa de capacitación con énfasis en la responsabilidad de una correcta identificación del paciente. 2. Cronograma para la ejecución de la capacitación. 3. Informe de la ejecución de la capacitación.	1. Desde coordinación asistencial y administrativa se establecerá el formato con tres indicadores para el diligenciamiento de los datos del paciente los cuales deben incluir como mínimo nombre completo, cedula y fecha de nacimiento.
CUANDO	1 y 2 de julio de 2020 (Diseño del programa para capacitación) 6, 7 y 8 de julio 2020 (Capacitación personal IPS). 10 de julio de 2020 (entrega de informe de ejecución)	2 y 4 de julio de 2020 (Diseño del formato con datos mínimos del paciente) 5 y 6 presentación a Gerencia para aprobación 9 y 10 capacitación de formato de diligenciamiento
DONDE	Sede administrativa.	Sede administrativa.
POR QUÉ	Es muy importante que el personal de la IPS sea responsable en referencia a la correcta identificación de los pacientes, indicando los posibles eventos que se pueden debido al diligenciamiento incorrecto.	Es muy importante que la institución establezca procesos claros, debido que el no contar con dichos procesos se evidencian los errores tanto administrativos como asistenciales.
	Causa 3	Causa 4
	No cuenta con un sistema estandarizado (implementación de tecnologías biométricas).	No se evidencia protocolos para la identificación de pacientes.

QUE	Implementación tecnología biométricas para el adecuado diligenciamiento e identificación del paciente.	Es necesario que la institución protocolo de identificación del paciente.
QUIEN	Gerencia y Área Administrativa.	Coordinación asistencial.
COMO	1. Desde el área administrativa se realizarán las cotizaciones para la implementación del sistema biométrico. 2. Una vez el área administrativa cuente con las cotizaciones entregara dicha información a Gerencia para su compra y aprobación.	1. Desde la coordinación asistencial deberá diseñar el protocolo de identificación del paciente de acuerdo con la institución. 2. Entregar el protocolo de identificación del paciente al área de calidad. 3. Calidad entregara el protocolo a la gerencia para firma y aprobación.
CUANDO	13 al 17 de julio de 2020 (cotización de sistemas biométricos) 20 de julio de 2020 (entrega de cotización a Gerencia) 23 y 24 de julio de 2020 (Posible compra del sistema biométrico)	6 al 10 de julio de 2020 (Diseño del protocolo) 13 de julio de 2020 (entrega de protocolo al área de calidad para revisión) 16 de julio de 2020 (entrega de protocolo a gerencia) 21 de julio de 2020 (entrega de protocolo firmado por gerencia)
DONDE	Sede administrativa.	Sede administrativa.

POR QUÉ	Es muy importante que la institución una vez tenga establecidos sus procesos implemente sistemas que minimicen el error en diligenciamiento de datos del paciente.	Es importante que la institución adopte protocolo basado en la evidencia que permitan mejorar la prestación de servicio a los usuarios.
	Causa 5	Causa 6
	No cuentan con programas que permitan la capacitación y participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.	No contemplan controles y revisiones repetitivas con el fin de evitar errores en el ingreso de datos en la computadora
QUE	Incorporar programa de capacitación a los usuarios y familiares referente a el ingreso y estadía en la IPS.	Implementar controles y revisiones repetitivas con el fin de evitar errores a la hora del ingreso de los datos del paciente.
QUIEN	Coordinación asistencial.	Área administrativa y Coordinación asistencial.
COMO	1. La coordinación asistencial establecerá un programa de capacitaciones para los usuarios y familiares referente a el ingreso y estadía en la IPS en la cual se le indiquen procesos claves en los cuales pueden participar y así minimizar el riesgo de erros por identificación	1. Desde el área administrativa implementara procesos de controle y revisiones repetitivas a los digitalizadores que tiene le primer contacto con el usuario. 2. Desde la coordinación asistencial también se implementará controles de revisiones repetitivas verificando nuevamente los datos del paciente y corroborando la información con el paciente o los

	del paciente. 2. Cronograma de capacitación usuarios y familiares. 3. Informe de ejecución de la capacitación.	familiares.
CUANDO	9 y 10 de julio de 2020 (Diseño del programa de capacitación) 13 y 14 revisión y aprobación por parte de calidad.	27 al 31 de julio de 2020 se implementará la el control de revisiones repetitivas en la parte administrativa y asistencial. 3 al 6 de agosto de 2020 se entregará el informe de los controles implementados a gerencia.
DONDE	Sede administrativa.	Sede administrativa y asistencial.
POR QUÉ	Es muy importante que la institución incluya en los procesos a los usuarios y familiares permitiendo de esta manera que aporten información valiosa en referencia a los datos del paciente.	Es importante implementar los controles de revisión y verificación de datos en repetidas ocasiones con el fin de disminuir el error con los datos del paciente.

Tabla 12 Plan de mejora proceso identificación de usuarios

Nombre del proceso: Historias Clínicas.		
Causa 1		Causa 2
No se cuenta con un software especializado para el desarrollo de las historias clínicas que permita garantizar la confidencialidad de la información y su seguridad.		No se cuenta con un plan de capacitación hacia el personal asistencial sobre el manejo de las historias clínicas.
QUE	Adquirir un software especializado para historias clínicas	Capacitar al personal asistencial en el uso y manejo del software especializado de historias clínicas
QUIEN	Gerente	Ingeniero de Sistemas y Coordinador Asistencial
COMO	1. hacer compra de una licencia para el uso de un software especializado en historias clínicas.	Capacitación: 3 de junio de 2020 Seguimiento: semana del 22 de junio de 2020
CUANDO	20 de mayo de 2020	Capacitación: 3 de junio de 2020 Seguimiento: semana del 22 de junio de 2020
DONDE	Sede administrativa.	Oficina de Coordinación

POR QUÉ	Con la adquisición de un software se garantiza la confidencialidad y seguridad de la información.	Con la totalidad del personal capacitado y entrenado en el manejo de historias clínicas en físico y digital garantizamos que las mismas cumplan la normatividad vigente.
	Causa 3	Causa 4
	las historias clínicas que se encuentran en físico no están dispuestas en un espacio apropiado para su conservación	las historias clínicas no cuentan con la firma del profesional tratante que garanticen la idoneidad del documento
QUE	Adquirir un archivador con las características requeridas para la disposición y archivo de las historias clínicas que se encuentran en físico	Cada profesional en salud que realice una evolución clínica debe contar con su firma en digital en el sistema
QUIEN	Gerencia, Auxiliares de mantenimiento y líder de selección y contratación	Ingeniero de Sistemas y Coordinador Asistencial
COMO	1. Adecuar un área para el archivo y custodia de las historias clínicas que cumpla con los parámetros de la norma. 2. Adquirir un mobiliario para el archivo de las historias clínicas. 3. Contratar una persona para el manejo, préstamo y archivo de las historias clínicas.	1. Cada profesional de la salud al registrar su usuario y clave para acceder al software debe facilitar su firma para ser digitalizada.
CUANDO	30 de junio de 2020	Registro de cada profesional de la salud al software
DONDE	Sede administrativa	Sede administrativa.

POR QUÉ	Con un espacio apropiado para el archivo de las historias clínicas se logrará conservar el documento en óptimas condiciones durante el tiempo que debe custodiarse.	La firma del profesional tratante garantiza que el documento es idóneo y es válido para uso médico y legal
	Causa 5	Causa 6
	Las historias clínicas que se encuentran en físico no están dispuestas en un espacio apropiado para su conservación	Las historias clínicas pueden ser fácilmente editadas por el personal asistencial posterior a la fecha realizada, de igual forma pueden ser modificadas por demás personas que tengan acceso al documento.
QUE	Implementar protocolos para el archivo y custodia de historias clínicas de acuerdo a la resolución 839 de 2017	inhabilitar permisos de modificación y edición posterior a la creación de la evolución clínica
QUIEN	Calidad y Comité de Historias Clínicas	Ingeniero de Sistemas
COMO	1. Crear el Comité de historias Clínicas. 2. Delegar un referente encargado del comité. 3. Realizar una revisión teórica de la resolución. 4. Adaptar protocolos de acuerdo a las necesidades de la institución. 5. Socializar y capacitar al personal en los protocolos	1. Administrar los permisos de acceso y edición
CUANDO	08 de junio de 2020	20 de mayo de 2020
DONDE	Sede administrativa.	Software especializado

POR QUÉ	Con los protocolos implementados se estandariza el proceso y facilita la auditoría del mismo.	se garantiza la veracidad de la información allí descrita
	Causa 7	
	No se realiza una supervisión y auditoría de las historias clínicas para evaluar el cumplimiento de atributos como pertinencia, veracidad, exactitud de la información	
QUE	Programar auditorías a las historias clínicas	
QUIEN	Calidad	
COMO	1. Programar auditorías durante el año. 2. Describir hallazgos de la auditoría realizada. 3. Socializar con el personal de salud sobre los hallazgos descritos. 4. Establecer plan de mejora	
CUANDO	Junio a diciembre de 2020	
DONDE	Oficina de Calidad	
POR QUÉ	Garantiza que la historia clínica sea un medio de comunicación de la información acerca de la atención prestada al paciente, que sirva de evidencia de la evolución de los pacientes, de sus enfermedades y tratamientos, para fines legales, financiación de la asistencia, docencia, gestión de la calidad y por fin, proporcione datos clínicos para actividades administrativas, de investigación y docencia.	

Tabla 13 Plan de mejora proceso de historias clínicas

Nombre del proceso: Seguridad del paciente.	
Causa 1	Causa 2
La institución no cuenta con protocolos y guías de manejo clínico de acuerdo a las patologías	La institución no cuenta con una Política de Seguridad del paciente y no se encuentra divulgada en las instalaciones de la institución para el conocimiento del personal, pacientes y familias

QUE	La institución no cuenta con protocolos y guías de manejo clínico de acuerdo a las patologías	Implementar una política de Seguridad del paciente
QUIEN	Director Médico	Calidad
COMO	1. Hacer revisión teórica de protocolos y guías del Ministerio de Salud y demás instituciones de salud. 2. Adaptar y ajustar protocolos y guías de acuerdo a las necesidades de la institución.	1. Con base a los lineamientos del Ministerio de salud implementa una política de seguridad del paciente que vaya encaminada a la política de calidad de la institución. 2. Publicar y divulgar la política. 3. Socializar la política con funcionarios, familias y pacientes.
CUANDO	13 de julio de 2020	junio- agosto de 2020
DONDE	Sede Principal	Todas las sedes
POR QUÉ	Estandarizando procesos con apoyo de protocolos y guías de manejo clínico se disminuyen riesgos de eventos adversos por atención en salud	La política de Seguridad del Paciente es el lineamiento principal que valida todas las acciones para prevenir la ocurrencia de un evento adverso asociado a la atención en salud.
	Causa 3	Causa 4
	No se cuenta con un programa de Seguridad del paciente y un comité que realice funciones de dirección e implementación de acciones para disminuir riesgos de eventos adversos	El personal asistencial no ha sido capacitado en protocolos y guías de manejo clínico
QUE	Crear un programa de Seguridad del paciente y El comité que ejerza las acciones para el cumplimiento del programa en su totalidad.	Capacitar al personal de salud en protocolos y guías de manejo clínico
QUIEN	Calidad y Referente del Comité de Seguridad del paciente	Enfermero jefe y Director Médico

COMO	1. Crear Comité de Seguridad del paciente. 2. Escoger un referente del comité quien será el responsable de ejecutar las acciones para el desarrollo del mismo. 3. Hacer revisión de protocolos con el director médico, 4. Crear un formato de reporte y análisis de eventos adversos, 5. Capacitar al personal, familias y pacientes respecto a la política y al programa de Seguridad del Paciente, 6. Reportar semestralmente los eventos adversos al departamento de Calidad.	1. Incorporar temas al plan de capacitación anual. 2. Establecer cronograma para el desarrollo de las capacitaciones, 3. Socializar protocolos y guías, 4, Evaluar adherencia por medio de test, 5. Hacer seguimiento por parte del jefe inmediato por medio de listas de chequeo.
CUANDO	Junio- diciembre de 2020	Junio- diciembre de 2020
DONDE	Todas las sedes	Todas las sedes
POR QUÉ	Con la creación del programa de Seguridad del paciente se podrá contar con una trazabilidad sobre la ocurrencia de los eventos adversos y las causas que contribuyen a que suceda	Capacitando al personal en protocolos y guías de manejo clínico garantizamos que los riesgos de ocurrencia de un evento adverso disminuyan.
	Causa 5	Causa 6
	Los pacientes no cuentan con ficha de identificación que permita conocer al personal de la institución y a la familia el riesgo de caída.	La institución no cuenta en su totalidad con pasamanos para la circulación de los pacientes dentro de las áreas como baños, habitación y pasillos.
QUE	Semaforizar el riesgo de caída del paciente de acuerdo al protocolo de caídas (verde, rojo, amarillo).	Instalar pasamanos dentro de las instalaciones donde el paciente pueda tener acceso

QUIEN	Coordinador Asistencial	Gerente y Auxiliares de mantenimiento
COMO	1. Definir riesgo de caída del paciente en el momento de la admisión del paciente y se identifica con un letrero de acuerdo al protocolo.	1. Adquirir materia prima para la instalación de los pasamanos, 2. Instalar pasamanos en áreas de circulación del paciente (habitaciones, baños y pasillos).
CUANDO	Desde el ingreso del paciente al servicio de internación	01 de julio de 2020
DONDE	Todas las sedes	Todas las sedes
POR QUÉ	Identificando el riesgo de caída del paciente se logra que el personal de salud que atiende al paciente y la familia conozcan las medidas de seguridad que se deben tomar (barandas, asistencia en actividades básicas cotidianas).	Con la instalación de pasamanos se disminuye riesgo de caída del paciente durante su estadía en la institución.
	Causa 7	Causa 8
	No se cuenta con timbres dentro de las habitaciones y los baños que permitan al personal asistencial conocer si el paciente tiene alguna urgencia.	La institución no cuenta con personal asistencial suficiente de acuerdo a la capacidad instalada
QUE	Instalar timbres en habitaciones y baños	Contratar personal asistencial suficiente de acuerdo a la capacidad instalada y la habilitación del servicio. Instalar pasamanos dentro de las instalaciones donde el paciente pueda tener acceso
QUIEN	Gerente y Auxiliares de mantenimiento	Gerente y Director Talento Humano.

COMO	1. Adquirir insumos, 2. Instalar timbres en habitaciones y baños en lugares de fácil acceso para los pacientes, 3. Sincronizar timbres para que sean escuchados en el puesto de enfermería.	1. Definir las vacantes de acuerdo a los perfiles de 2. Realizar convocatoria externa por medio de las plataformas de empleo, 3. Realizar proceso de reclutamiento y selección, 4. Realizar contratación del personal
CUANDO	01 de julio de 2020	Junio a julio de 2020
DONDE	Todas las sedes	Todas las sedes
POR QUÉ	Con la instalación de los timbres en habitaciones y baños garantizamos que el paciente pueda recibir ayuda cuando la requiera y evitar un evento adverso como una caída	Personal de salud suficiente para el servicio permitirá que las actividades asistenciales se ejecuten de acuerdo a lo esperado y en los tiempos establecidos y los eventos adversos disminuyan

Tabla 14 Plan de mejora Seguridad del paciente

9 DISCUSIÓN

El PAMEC es la manera en que se implementa un método sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad que reciben cada uno de los usuarios y que corresponde a problemas previamente definidos y priorizados con metodología participativa, teniendo en cuenta pasos como una autoevaluación diagnóstica de la institución, una priorización a los procesos a mejorar, un plan de mejoramiento, una asignación de responsabilidades, un modelo de seguimiento, un esquema ejecución y control, continuo en el tiempo en el que se garantice el seguimiento, evaluación y retroalimentación.

Durante el desarrollo de la monografía se evidenció que la institución no tuvo en cuenta lo requerido para la creación del PAMEC; dentro de las fases de planeación del PAMEC se encontró un documento definido como Autoevaluación en la que se realiza un diagnóstico para determinar que se puede mejorar en términos de calidad en la entidad y de esta forma priorizar los procesos a intervenir, sin embargo dicho documento no tuvo la continuidad esperada y por ende el desarrollo del PAMEC quedó truncado por varios meses.

Se identificó que las etapas de autoevaluación diagnóstica y priorización no se realizaron completamente, la principal causa fue la dificultad en el planteamiento del PAMEC al no tener claridad en los procesos institucionales y en los responsables de cada uno y esto se refleja en los resultados deficientes y el no cumplimiento de los indicadores, así mismo la no participación de los actores involucrados directamente con la prestación del servicio, impide un análisis más detallado acerca de las necesidades identificadas en cada uno de los servicios.

No existió una etapa de diseño y planeación del PAMEC que permitiera ir en busca de un plan de mejora, siendo esta la forma como se espera que se realicen los seguimientos a cada uno de los procesos de atención, dificultando así la

definición e identificación de los problemas reales de la institución. Esta falla se ve reflejada en la falta de lineamientos que permitan establecer procedimientos para cada uno de los procesos asistenciales y administrativos de apoyo que se ejecutan en la institución. De igual forma, la ausencia de registros que permitan la autoevaluación continua del funcionamiento de los procesos no permite una retroalimentación efectiva.

Es importante resaltar que la institución dentro de sus planteamientos cuenta con políticas estructuradas orientadas a la calidad del servicio que favorecieron el diseño del PAMEC. Aunque han existido fallas en la planeación de éste, se buscó iniciar un proceso de evaluación del servicio y que les aportara a la consecución de la calidad. se puede decir que dentro del último año buscaron alternativas que les permitieran alcanzar los objetivos como la creación de procedimientos y registros, así como la autoevaluación y la integración del personal en la misma.

El PAMEC inicialmente diseñado por la institución no contó con información suficiente para su ejecución teniendo en cuenta que al momento del diseño de este programa no se contaba con procedimientos y procesos documentados que aportaran información relevante para el PAMEC.

En el transcurso de la ejecución de este programa se detectaron inconsistencias que fueron descritas anteriormente, convirtiéndose en una etapa muy enriquecedora para la Institución ya que se generaron nuevas estrategias y fortaleció un mayor compromiso del personal ante el cumplimiento de este PAMEC.

10 CONCLUSIONES

1. Se implementó y se diseñó una metodología ajustada al plan de mejoramiento de la calidad a la Unidad de cuidado Crónico permitiendo aplicar herramientas para el mejoramiento de la calidad en la atención de los usuarios, basado en el SOGS aplicando a los servicios ofrecidos por la Unidad de Cuidado Crónico, mediante el mejoramiento continuo en pro de la satisfacción de los usuarios.
2. Es evidente la importancia de implementar cada uno de los pasos que indica el PAMEC permitiendo el seguimiento a las acciones establecidas, mediante herramientas que son manejadas por el personal establecido en cada uno de los procesos a mejorar.
3. La creación, formulación y aplicación de este programa es responsabilidad de las altas directivas y requiere del compromiso de colaboradores y empleados para que su aplicación genere los efectos positivos esperados en términos de calidad en salud.
4. El mejoramiento continuo de los procesos institucionales analizados dentro del documento depende del estricto seguimiento, capacitación y sensibilización que las áreas responsables de cada proceso deben proyectar a sus colaboradores, familias y pacientes.

11 BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Páginas - Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 4]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-Obligatorio-Garantía-Calidad-SOGC.aspx>
2. Constitución Política de Colombia de 1991] [Internet]. [cited 2020 May 8]. Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
3. Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. 2006; CXLII (46230):35–40.
4. Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [Ley_0715_2001] [Internet]. [cited 2020 May 8]. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0715_2001.html
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 2459 de 2015. 2015;3. Available from: <http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2015/Decretos2015/DECRETO 2459 DEL 17 DE DICIEMBRE DE 2015.pdf>
6. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007. El Abedul, Diario Oficial [Internet]. 2007;2007(enero 9):1–18. Available from: <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley 1122 de 2007.pdf>

7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 DE 2014. Gait and Posture [Internet]. 2014;2014(May). Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución 2003 de 2014.pdf
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3100 DE 2019. 2019 [cited 2020 May 8];230. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 3100 de 2019.pdf
9. Auditoría para el mejoramiento de la calidad [Internet]. [cited 2020 May 8]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/auditoria-parael-mejoramiento-de-la-calidad.aspx>
10. Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006 [Internet]. 2006 [cited 2020 May 8]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO 1011 DE 2006.pdf
11. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. 2007.
12. Superintendencia de Salud. Circular Externa 012. 2016;18.