



PLAN ESTRATÉGICO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE
TERAPIA FÍSICA

ANDREA PATRICIA BRAVO ESTUPIÑAN
Fisioterapeuta
Diplomado en cuidado crítico

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ECONOMÍA
DIVISIÓN DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
POSGRADOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD PÚBLICA,
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA DE SALUD
SEDE BOGOTÁ
2017

PLAN ESTRATÉGICO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE
TERAPIA FÍSICA

ANDREA PATRICIA BRAVO ESTUPIÑAN
Fisioterapeuta
Diplomado en cuidado crítico

Asesora
Alejandra Valenzuela Cazés
Fisioterapeuta, Esp en Docencia Universitaria
M.Sc. en Salud Pública

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ECONOMÍA
DIVISIÓN DE CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
POSGRADOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD PÚBLICA,
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA DE SALUD
SEDE BOGOTÁ
2017

INDICE

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
2. OBJETIVOS	6
2.1. OBJETIVO GENERAL	6
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3. JUSTIFICACIÓN	7
4. MARCO TEÓRICO	8
4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.	8
4.2. ANTECEDENTES LEGALES.	10
4.3. AUDITORÍA.....	15
4.4. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD:.....	15
4.5. DEFINICIÓN DE PROCESOS:	16
4.6. CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD:	17
5. DISEÑO METODOLÓGICO	19
6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:.....	19
6.1. PAUTAS PARA EL DISEÑO DEL PLAN ESTRATÉGICO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE TERAPIA FÍSICA	20
6.1.1. REVISIÓN DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA INSTITUCIÓN	20
6.1.2. APLICACIÓN DEL MODELO C-DOPRI AL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA: ...	21
6.1.3. INDICADORES APLICADOS AL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA:	26
6.1.4. MARCO NORMATIVO RELACIONADO CON C-DOPRI.....	32
6.1.5. PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC:	33
6.1.6. ESTÁNDARES PARA LA AUDITORÍA	34
7. CONCLUSIONES	37
8. RECOMENDACIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	38

Tabla 1. Indicadores de la Resolución 256 pertinentes para los servicios de terapia física.	28
Tabla 2. Ejemplo de ficha técnica de un indicador.....	30
Tabla 3. Ejemplo de matriz documental.....	31
Tabla 4. Modelo C-DOPRI y normativa.	33
Tabla 5. Ruta crítica.	33
Tabla 6. Identificación de estándares.....	34
Tabla 7. Aplicación hoja radar.	35
Tabla 8. Descripción de aspectos cualitativos.	35
Tabla 9. Priorización.	36
Tabla 10. Cronograma.....	36

Figura 1. Ruta crítica del PAMEC.....	16
Figura 2. Componentes de los procesos.	17
Figura 3. Plataforma estratégica.....	21
Figura 4. Modelo C- DOPRI	22
Figura 5. Organigrama con estructura orgánica.....	24
Figura 6. Organigrama con estructura funcional	24

RESUMEN

Palabras claves: Auditoria, calidad en la atención, PAMEC, terapia física.

La calidad en la atención en salud es un tema de gran importancia dentro del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en la atención en salud, sin embargo no se han adoptado pautas y estrategias para el mejoramiento de la calidad en los servicios de terapia física, razón por la cual se realiza este estudio descriptivo que tiene por objetivos diseñar una metodología que permita la implementación de un plan de mejoramiento de la calidad en los servicios de terapia física, brindar pautas para la auditoria y el mejoramiento de la calidad en los servicios de terapia física y contribuir a la implementación con lo dispuesto por el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en los servicios de terapia física.

Para esto, se elaboraron estrategias que faciliten la labor de los auditores, se hace una descripción basada en el modelo C-DOPRI enfocada a los servicios de terapia física y se relaciona con la normativa vigente, se dan a conocer modelos de indicadores con el fin de enriquecer el sistema de información.

Por otro lado, se da a conocer un modelo para la implementación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) relacionando la ruta crítica y los estándares de acreditación descritos en el Manual de estándares de acreditación para las instituciones que ofrecen servicios de salud de habilitación y rehabilitación, mostrando al lector una forma para su evaluación y calificación por medio de la aplicación de la hoja radar y la priorización por riesgo-costo-volumen; y posterior análisis y descripción de acciones de mejora.

Se espera que esta monografía sea de gran ayuda a los auditores que ejercerán su profesión en los servicios de terapia física de Colombia.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La auditoría de la calidad en la atención en salud es un tema de gran interés en los últimos años en Colombia, tanto que existe gran variedad de normativa que hace referencia a la auditoría del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad, sin embargo muchas instituciones no han acogido este sistema dentro de su plataforma estratégica, en especial los servicios de terapia física, ya que lamentablemente no se encuentra un amplio bagaje de literatura que oriente y de pautas a los auditores para desempeñarse en este campo.

Razón por la cual, como Fisioterapeuta y estudiante de la Especialización en auditoría en salud de la Universidad Santo Tomás, tomé interés en generar una investigación, que muestre, describa, oriente y aplique desde modelos estratégicos pautas para desarrollar procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad en los servicios de terapia física.

Dando a entender al lector la importancia de la creación de planes estratégicos para la auditoría, aplicados a los servicios de rehabilitación y generando una herramienta la cual sea una guía para la práctica y futuras investigaciones aplicativas y analíticas de estas pautas que se desarrollaran en esta monografía.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar un plan estratégico de mejoramiento de la calidad en los servicios de terapia física.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar una metodología que permita la implementación de un plan de mejoramiento de la calidad en los servicios de terapia física.
- Brindar pautas para la auditoria y el mejoramiento de la calidad en los servicios de terapia física.
- Contribuir a la implementación con lo dispuesto por el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en los servicios de terapia física.

3. JUSTIFICACIÓN

La calidad en la atención, es una de las variantes que hoy en día causan más controversia dentro del modelo de atención a los pacientes, razón por la cual es un componente clave del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad; definiendo por medio de éste mecanismos, requisitos, normas y procesos para el cumplimiento de la misma, dando importancia a su manejo dentro de los procedimientos en salud.

El mejoramiento de la calidad debe entenderse dentro de la atención en salud como un proceso continuo y dinámico que compromete los procesos de la organización, a los clientes internos y a los externos con el fin de obtener el resultado esperado, tanto en la satisfacción de necesidades como de expectativas, evaluado por medio de pautas y estrategias de auditoria a los procesos, planes y actividades que involucran la calidad.

Razón por la cual, con este proyecto de investigación se busca dar a conocer pautas y estrategias de auditoria para el mejoramiento de la calidad dentro de los servicios de terapia física, ampliando así el método y modelo actual que se utiliza por dichas entidades, brindando especificidad en el campo de la rehabilitación.

4. MARCO TEÓRICO

4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

El término “Auditoría” deriva del latín, y significa “oir”. Se trata de una confrontación entre una situación observada y el marco referencial normado técnica y administrativamente, uno de sus fines es corregir una situación observada. ^[1]

La auditoría como profesión fue reconocida por primera vez bajo la Ley Británica de Sociedades Anónimas de 1862, desde 1862 hasta 1905, la profesión de la Auditoría creció y floreció en Inglaterra. Luego, hacia el año 1900, la Auditoría se introdujo en los Estados Unidos, cuyo objetivo principal consistía en la revisión de los estados financieros y de los resultados de las operaciones. Solo a partir de ese momento se desarrolla el modelo de Auditoría Interna y de Gobierno, lo que permitió que se convirtiera en un proceso integral y de asesoría al interior de las empresas, afianzando la creación de un Sistema de Control para cada una de ellas. ^[2]

Como elemento de análisis, control financiero y operacional la Auditoría surge como consecuencia del desarrollo producido por la Revolución Industrial del siglo XIX.

En cuanto a la auditoria en salud, es reconocida desde los tiempos más remotos, en la edad antigua, en Egipto y la India, existían funcionarios que observaban el cumplimiento de las normas sanitarias, mientras en Babilonia existía el Código de Hammurabi, que imponía severos castigos para los malos resultados de una terapéutica u operación. En 1990, se implementa la Acreditación de Hospitales en América Latina y el Caribe. En el año 1992, se crea el modelo de Manual de Acreditación Hospitalaria, por la Federación Latinoamericana de Hospitales y la Organización Panamericana de la Salud. ^[3]

En Colombia, se habla de calidad desde el Instituto de seguros sociales en 1987 crea el documento de garantía de los servicios en salud, posteriormente, el que hacer de la auditoria se apoyó en la reforma constitucional de 1991, donde se establece que se

requiere de la creación de mecanismos de control y vigilancia, razón por la cual en 1993 se establecen las auditorías internas en el sector estatal para vigila al privado, en este mismo año tras la implementación de la Ley 100 del Sistema General de Seguridad Social, se crean procesos de mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud por medio de la identificación de estándares de calidad por parte del gobierno. ^[4]

Posteriormente, se crean la Resolución 4445 de 1996 y el decreto 2174 de 1996, con el fin de edificar y establecer el Sistema de Garantía de la calidad en salud, dando a conocer los requisitos, definiciones y el seguimiento y monitoreo a los prestadores de servicios de salud por medio de auditorías internas y externas; llevándose a cabo una actualización de dichas pautas en el decreto 2753 y la resolución 4252 ambas de 1997; en el 2002 se implementa el registro especial de prestadores de servicios de salud y los manuales y procedimientos de los mismos, así como la resolución 1474 de 2002 que hace ver la importancia de lograr la acreditación. ^[5]

Dada la importancia de la calidad en la prestación de los servicios en salud, se crean el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 1043 de 2006 por el cual se establece el Sistema Obligatorio para la Garantía de la Calidad en la Atención en Salud. (SOGCS)^[6], y la Ley 872 de 2003 que enuncia el Sistema de Gestión de la Calidad en el sector público; hasta llegar a la Resolución 2003 de 2014 que las condiciones mínimas que deben cumplir los prestadores de la salud para su habilitación: al Decreto 780 de 2016 simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud; a la Resolución 123 de 2012 donde se dictan las condiciones de acreditación de los prestadores de salud; y a la Resolución 256 de 2016 por el cual se reglamenta el sistema de información para la calidad en salud con los respectivos indicadores de monitoreo para la misma y circular 012 de 2016 de la superintendencia de salud que también regula sistema de información para la calidad y PAMEC (Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en salud) , determinadas para los sistemas de información e indicadores de calidad.

4.2. ANTECEDENTES LEGALES.

Bajo la normatividad, los servicios de terapia física y de rehabilitación, están basados en el quehacer del fisioterapeuta, cuya profesión está regida por la Ley 528 de 1999 en la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, y en la que se dictan normas de ética profesional y otras disposiciones., en el artículo 1º de la ley se dice que “La fisioterapia es una profesión liberal del área de la salud, con formación universitaria, cuyos sujeto de atención son el individuo, la familia y la comunidad, en el ambiente en donde se desenvuelven. Su objetivo es el estudio, comprensión y manejo del movimiento corporal humano, como elemento esencial de la salud y el bienestar del hombre. Orienta sus acciones al mantenimiento, optimización o potencialización del movimiento así como la prevención y recuperación de sus alteraciones y la habilitación y rehabilitación integral de las personas, con el fin de optimizar su calidad de vida y contribuir al desarrollo social. Fundamenta su ejercicio profesional en los conocimientos de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, así como en sus propias teorías y tecnologías.” [7]

Por otro lado, es vital que se conozca la importancia de la Ley 100 DE 1993, donde se define el sistema de seguridad social como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.” [8] Y a su vez da a conocer los principios que debe regir el sistema y que tiene relación con la calidad en atención en salud, los cuales son: eficiencia, universalidad, integridad, solidaridad, unidad, participación, equidad, obligatoriedad, libre escogencia, protección integral, autonomía, descentralización, participación social, concentración y calidad, que para efectos de la norma contempla que “el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad

en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno, las instituciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia”; así mismo la presente ley en el artículo 186, menciona el sistema de acreditación, donde “el Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de acreditación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, para brindar información a los usuarios sobre su calidad, y promover su mejoramiento” ^[9] y en artículo 227 donde se menciona que el “control y evaluación de la calidad del servicio de salud es facultad del Gobierno Nacional y debe expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica, de obligatorio desarrollo en las entidades promotoras de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios”. ^[10]

Por otro lado, se encuentra la Ley 872 de 2003 que permite como lo enuncia en el artículo 1, la creación del Sistema de Gestión de la calidad de las entidades del Estado, “como una herramienta de gestión sistemática y transparente que permita dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades y agentes obligados, la cual estará enmarcada en los planes estratégicos y de desarrollo de tales entidades. El sistema de gestión de la calidad adoptará en cada entidad un enfoque basado en los procesos que se surten al interior de ella y en las expectativas de los usuarios, destinatarios y beneficiarios de sus funciones asignadas por el ordenamiento jurídico vigente” ^[11], adicionalmente se dicta la obligación de crear indicadores que permitan hacer mediciones de resultado e impacto y que a su vez den información a las personas relacionadas, adicionalmente en el Artículo 5º enuncia que el sistema debe permitir:

“Detectar y corregir oportunamente y en su totalidad las desviaciones de los procesos que puedan afectar negativamente el cumplimiento de sus requisitos y el nivel de satisfacción de los usuarios, destinatarios o beneficiarios” ^[12]

Una de las normativas más importantes en materia de Calidad en la atención en salud, es el 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, donde se manejan tres conceptos importantes en la atención en salud, el primero es calidad de la atención de salud, que se entiende como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”, el segundo es auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, que es “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios” y por último sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud SOGCS, que es “el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país”,^[13] a su vez dicho sistema tiene unos componentes importantes que permiten el desarrollo de la calidad dentro de los servicios, los cuales son: el Sistema Único de Habilitación, la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

En concordancia con la normativa anterior, se enuncia la Resolución 1043 de 2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones, dando pautas para la inscripción de los prestadores, los requisitos mínimos para su habilitación y la definición de los manuales de estándares y de procedimientos de habilitación.^[14]

Es así como se crea la Resolución 1445 de 2006, Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones; adicionalmente se da a conocer mediante esta norma el manual de estándares de acreditación para las instituciones que ofrecen servicios de salud de habilitación y rehabilitación, los estándares se encuentran

ordenados de la siguiente manera: una primera sección donde aparecen los Estándares del Proceso de Atención a los Usuarios y una segunda sección en la que se hallan los Estándares de Apoyo Administrativo – Gerencial , divididos a su vez en: Direccionamiento, Gerencia, Recursos humanos, Sistema de información y Ambiente físico, los cuales van acompañados de unos correspondientes al proceso de mejoramiento continuo. ^[15]

Sin embargo, se realizó una actualización de la normatividad creándose la Resolución 123 de 2012, donde se adopta el manual de estándares de acreditación de salud ambulatorios y hospitalización ^[16], sin dejar de lado los manuales ya adoptados en la resolución 1445 de 2006, por lo que sigue vigente el manual que aplica a los servicios de rehabilitación y habilitación.

Teniendo en cuenta los avances en materia de calidad en la prestación de los servicios, se crea la Resolución 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, y enuncia en su artículo 1: “La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución” ^[17] y establece que los prestadores deben realizar una autoevaluación para determinar su estado con relación a los estándares que se definen en la presente ley, los cuales son: talento humano; infraestructura; dotación; procesos prioritarios; historia clínica; medicamentos; insumos y dispositivos médicos; interdependencia y por último, referencia y contrarreferencia. ^[18]

No obstante, se crea la Resolución 2082 de 2014, la cual tiene como objeto como lo menciona el artículo primero: “La presente resolución tiene por objeto dictar disposiciones encaminadas a fijar los lineamientos generales que permitan la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud” ^[19], la cual define a su vez unos ejes para la

implementación del SOGC de la siguiente manera: atención centrada en el usuario, gestión del riesgo, gestión clínica segura, humanización de los servicios, gestión tecnológica, procesos de transformación cultural y responsabilidad social; y establece la evaluación cualitativa y cuantitativa para medir la gestión y alcanzar la acreditación. [20]

En concordancia con el Sistema Obligatorio para la Garantía de la Calidad, se crea la Resolución 256 de 2016, mediante 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, los cuales se dividen en los siguientes dominios, efectividad, seguridad, experiencia de la atención y gestión del riesgo; así mismo presenta la estructura e información a enviar, con el fin de que sea conocida por la comunidad y establece los plazos y entidades que deben reportar. [21]

Según lo anterior, y teniendo en cuenta que en Colombia existe un amplio bagaje de normativa en materia de salud, se crea el Decreto 780 de 2016, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”, enunciándose la estructura del sector salud y la protección social, los fondos con los que cuenta, los órganos involucrados, la afiliación al sistema de los diferentes regímenes con el respectivo pago de aportes, entre otras disposiciones. [22]

Dado lo anterior, es importante conocer esta normatividad, ya que da luces de cómo se deben orientar las estrategias para el mejoramiento continuo en los servicios de rehabilitación y habilitación, teniendo en cuenta que la investigación se elaborará con el fin de generar conocimiento y enriquecer no solo a gremio de fisioterapeutas, sino a toda la población objeto que acude a estos servicios.

4.3. AUDITORÍA

Significa verificar, inspeccionar, es un proceso sistemático por medio del cual se lleva a cabo la verificación de actividades previamente definidas y estandarizadas mediante la utilización de técnicas especializadas, donde su propósito es evaluar el desempeño, la eficiencia y eficacia de una organización, buscando dar como resultado un análisis crítico constructivo. [23]

Basándose en lo anterior surge el concepto de Auditoria en Salud, que se define como un análisis crítico y evaluativo de la prestación de servicios de salud con el objetivo de mejorar la calidad de la atención a los usuarios de dichos servicios [24]; adicionalmente se crea el concepto de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, descrito por la normativa Colombiana como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios” [25]

Es así como se definen tres niveles de auditoria para el mejoramiento de la calidad:

1. Autocontrol. Un grupo de personas dentro de un proceso o área al que pertenezca verifican y ajustan los procedimientos para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
2. Auditoria Interna. Se realiza dentro de la institución, mediante la evaluación de un proceso por parte de un personal de auditoría que no pertenezcan directamente al mismo pero si a la institución.
3. Auditoria Externa. Es la evaluación llevada a cabo por un ente externo a la institución. [26]

4.4. PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD:

Es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad. Lleva implícito la intencionalidad de avanzar de estándares básicos de habilitación, hacia el logro de estándares superiores concretados en la Acreditación. [27] Este programa se basa en una ruta crítica que permite llevar a cabo el cumplimiento de la auditoría de los procesos dentro de una institución prestadora de servicios de salud; dicha ruta se describe a continuación.

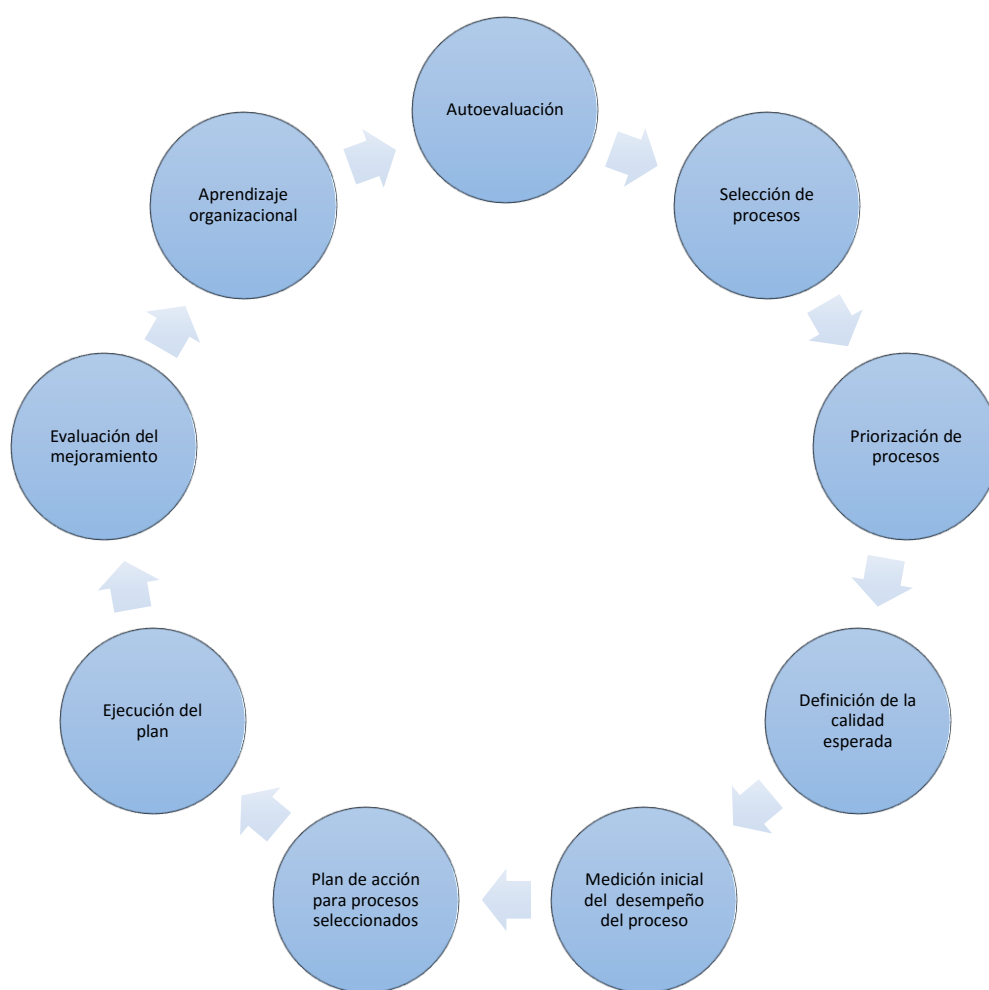


Figura 1. Ruta crítica del PAMEC

4.5. DEFINICIÓN DE PROCESOS:

Un proceso es definido como “un conjunto de actividades planificadas que implican la participación de un número de personas y de recursos materiales coordinados para conseguir un objetivo previamente identificado.” [31]

Es indispensable que dentro de la organización se identifiquen cada uno de los componentes de cada proceso, teniendo en cuenta las actividades iniciales, actividades intermedias o procedimientos y actividades finales, de la siguiente manera:

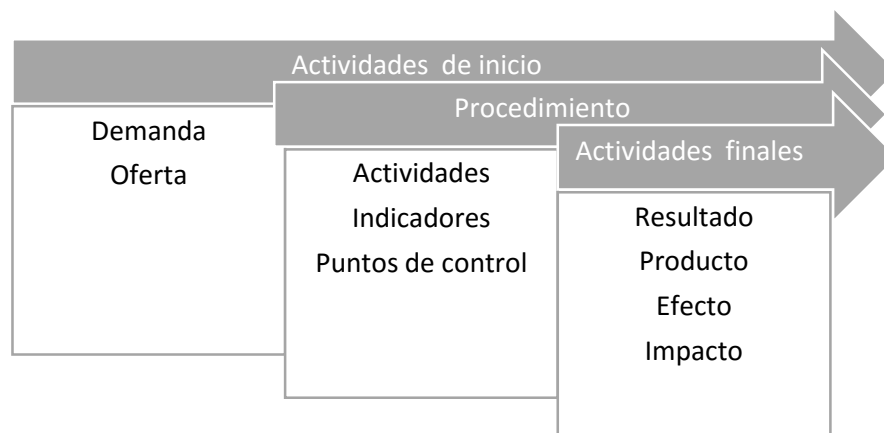


Figura 2. Componentes de los procesos.

4.6. CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD:

Se entiende como: “la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana.” [28]

Los atributos son definidos así: [29]

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

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

Seguridad: Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.

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

Continuidad: Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.

Satisfacción del Usuario: Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

Estudio de tipo cualitativo, descriptivo, el cual permite identificar y mencionar características de un tema a investigar y brindan pautas para estudios analíticos posteriores, ^[30] en este caso describir las pautas y estrategias para el mejoramiento de la calidad en los servicios de terapia física.

Basado en el Modelo C-DOPRI, que descrito por el Doctor Ricardo Galán, permite facilitar a evaluación de los procesos interinstitucionales de las entidades de salud, [32] razón por la cuál es muy útil al momento de diseñar un plan estratégico de auditoría aplicado a los servicios de terapia física; a continuación se describirá el modelo enfocado a dichos servicios.

En particular desarrolla con seis componentes:

1. Contexto
2. Demanda
3. Oferta- estructura
4. Proceso
5. Resultado- producto
6. Impacto- efecto

6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:

6.1. PAUTAS PARA EL DISEÑO DEL PLAN ESTRATÉGICO DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE TERAPIA FÍSICA

6.1.1. REVISIÓN DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA DE LA INSTITUCIÓN

Para dar inicio a un adecuado programa de auditoría, es necesario que se verifique la plataforma estratégica de la institución, donde se evidencie coherencia entre la misión, visión, los objetivos corporativos y operativos respecto a los procesos y servicios ofertados por la misma.

Por otro lado, la institución debe contar con una definición clara de los procesos misionales, que son aquellos que definen el qué hacer de la organización, en este caso los que tienen relación con las actividades de terapia física y rehabilitación; los procesos gerenciales tales como calidad, planeación, control, entre otros; y los procesos de apoyo, tales como recurso humano, financiero, información, servicios generales, entre otros.

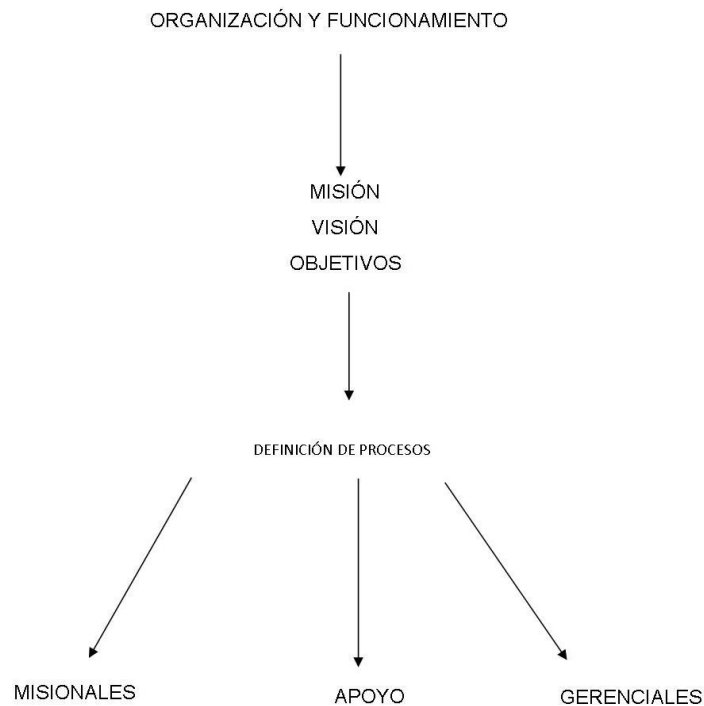


Figura 3. Plataforma estratégica.

6.1.2. APLICACIÓN DEL MODELO C-DOPRI AL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA:

El modelo C-DOPRI, descrito por el Doctor Ricardo Galán, permite facilitar a evaluación de los procesos interinstitucionales de las entidades de salud, ^[32] razón por la cuál es muy útil al momento de diseñar un plan estratégico de auditoría aplicado a los servicios de terapia física; a continuación se describirá el modelo enfocado a dichos servicios.

Este modelo cuenta con seis componentes:

1. Contexto
2. Demanda
3. Oferta- estructura
4. Proceso
5. Resultado- producto
6. Impacto- efecto

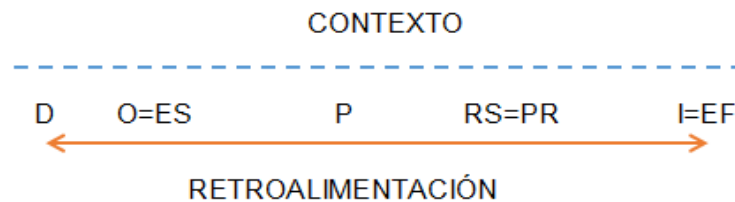


Figura 4. Modelo C- DOPRI

Todos estos componentes afectan de forma directa la atención en salud y repercuten en la calidad en dicha atención.

Contexto: Se debe tener en cuenta los estatutos y normativas externas a la institución dentro de un margen internacional y nacional (gubernamental, sectorial, institucional), en el caso de los servicios de terapia física es importante revisar las pautas descritas por las organizaciones internacionales en materia de salud y con gran énfasis en los lineamientos descritos por la WCPT (Confederación Mundial de Fisioterapia) y demás entidades que juegan un papel influyente dentro de la fisioterapia.

Adicionalmente, dentro del contexto es de suma importancia realizar una evaluación y un análisis detallado de la competencia directa e indirecta de la institución con el fin de orientar los procesos misionales hacia las necesidades específicas de la población.

Demanda: Este componente se centra en la población objeto y a su vez enuncia unos puntos clave a tener en cuenta, con el fin de crear adecuadas estrategias para abordar de manera efectiva y eficaz a la población y así brindar una atención con calidad.:

1. Demografía: se debe establecer la zona de impacto, edad, sexo y demás parámetros demográficos donde la institución tiene impacto.
2. Condición de salud: se debe identificar que tipo de población se quiere impactar, su estado de salud, tener claro un perfil epidemiológico con las patologías prevalentes dentro del campo de acción de la terapia física; reconociendo adicionalmente las limitaciones y discapacidad dentro de la misma para facilitar la accesibilidad al servicio, influyendo en la calidad en la atención.
3. Necesidades y expectativas: Se deben definir las necesidades de la población objeto en los aspectos biológico, social, económico, psicológico, entre otros; adicionalmente es indispensable analizar la demanda efectiva, es decir la que ya ha sido atendida o impactada y la que no y de esta forma idear estrategias para mejorar la cobertura en atención.

Oferta: Es uno de los componentes claves para realizar una adecuada estrategia de auditoría interna y autocontrol dentro de la institución; este componente se evalúa mediante 6 variables:

1. Organización estructural: En esta variable es indispensable que la institución cuente con un organigrama adecuado, manejando ya sea por estructura orgánica es decir que esté descrito por dependencias, o por estructura funcional, descrita por cargos, adicionalmente debe cumplir con una jerarquía lógica y estar presentes los niveles de asesoría, tales como: jurídico, control y calidad, planeación, entre otros; niveles de coordinación que permitan identificar los comités internos con el fin de facilitar los procesos de auditoría; para el caso de los servicios de terapia física se debe contar como mínimo con: comité de historia clínica, seguridad del paciente, residuos hospitalarios, ética, técnico científico, entre otros.

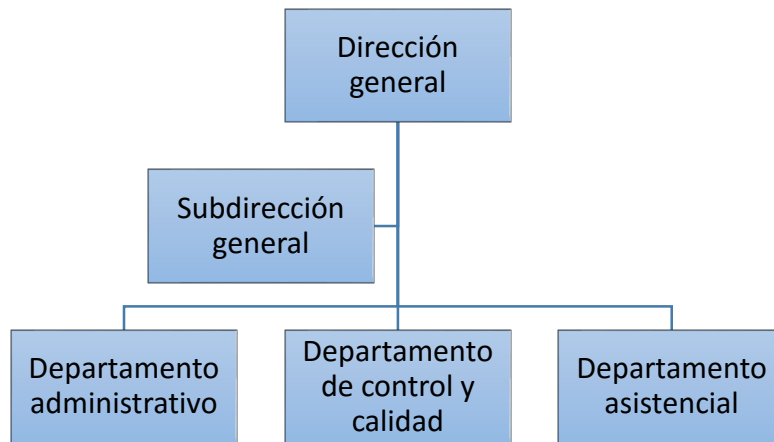


Figura 5. Organigrama con estructura orgánica

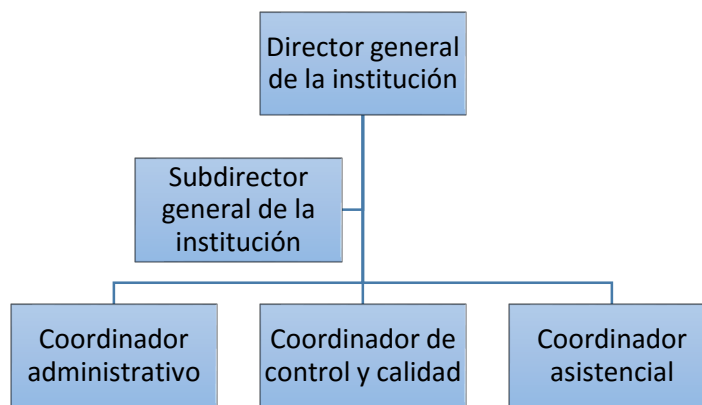


Figura 6. Organigrama con estructura funcional

Es vital que el área de auditoría verifique los estatutos de la institución, los cuales deben ser coherentes con el objeto social, con la misión y con servicios a ofertar.

2. Organización Funcional: Este punto es clave tanto para la identificación de los procesos como para la ejecución del autocontrol y la auditoría interna dentro de

la institución, debido que permite revisar los manuales de procesos, procedimientos, administrativo, técnico científico y financiero (que a su vez permite verificar el manejo de carteras, tesorería y auditoría de cuentas médicas). Esta variable requiere de un apoyo conjunto de las áreas de auditoría y calidad y control.

3. Recurso Humano: Teniendo en cuenta la normatividad que se expondrá al terminar la explicación del modelo, la institución debe velar por el bienestar de los clientes interno o colaboradores de la institución, debido que es un factor que determina la calidad de atención y satisfacción del usuario; razón por la cual en el plan de auditoría se debe revisar las jornadas máximas laborales teniendo en cuenta los días trabajables del mes calendario vigente y el volumen de usuarios por áreas y servicios.

Otro punto importante a tener en cuenta es el proceso de selección, se recomienda que la institución elabore un manual de selección, contratación e inducción del personal, teniendo en cuenta que de éste punto partirá una adecuada atención al usuario; se debe contar con perfiles y criterios de selección, así como un control por parte del área de auditoría para la verificación de los documentos del personal contratado y a contratar el cual se esté actualizando de forma periódica.

4. Recurso físico y dotación: Teniendo en cuenta los estándares descritos en la Resolución 2003 de 2014 la institución en conjunto con el personal de auditoría deben revisar de forma periódica el cumplimiento en materia de: planta física, dotación, insumos y equipos e instrumental.

Se aconseja contar con una semaforización que facilite tener en regla los cronogramas de mantenimiento de planta física, dotación e insumos, así como de medicamentos si el servicio hace uso de ellos.

5. Recursos financieros: En este punto el auditor juega un papel muy importante debido a que debe revisar periódicamente la suficiencia patrimonial de la institución, la inversión y el presupuesto; es indispensable contar con un indicador de gestión de medición mensual o trimestral por áreas si los servicios así lo ameritan o uno en conjunto por la institución; esta variable permite tener un control sobre la oferta y demanda de los servicios, así como la posibilidad de distribuir recursos e inversiones a las áreas de mayor impacto.
6. Sistemas de información: Esta es la variable que en resumen permitirá al equipo auditor y a la alta gerencia verificar la gestión de la institución y a su vez tomar decisiones y manejar estrategias dentro de las áreas operativas con el fin de optimizar los procesos y obtener un adecuado resultado, por medio de indicadores.

6.1.3. INDICADORES APLICADOS AL SERVICIO DE TERAPIA FÍSICA:

Cada institución con ayuda del área de calidad debe rendir cuentas al Ministerio de salud mediante la Resolución 256, sobre unos indicadores obligatorios, sin embargo para los servicios de terapia física se pueden identificar otros indicadores internos que le permitan a la institución monitorear puntos de control dentro los procesos. A continuación se describen los indicadores pertinentes para la resolución dentro de los servicios de terapia física

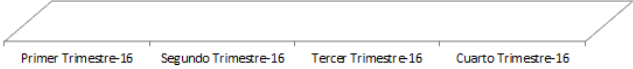
	DOMINIO	COG.	NOMBRE DEL INDICADOR	FUENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL NUMERADOR/DENOMINADOR	ENERO	FEBRERO	MARZO
1								
2	SEGURIDAD	P.2.1	Tasa de incidencia de Neumonía asociada a ventilador mecánico	Fuente integrada a SISPRO		0	0	0
3	SEGURIDAD	P.2.8	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	Reporte del Prestador	Número total de pacientes atendidos en consulta externa que sufren caídas en el periodo.	0	0	0
4					Total de personas atendidas en consulta externa	11	12	8

5	SEGURIDAD	P.2.9	Tasa de caída de pacientes en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Reporte del Prestador	Numerador: Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas	0	0	0
6					Total de personas atendidas en el servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.	0	0	0
7	EXPERIENCIA DE LA ATENCIÓN	P.3.14	Proporción de satisfacción global de los usuarios de IPS	Reporte del Prestador	Número de usuarios que respondieron “muy buena” o “buena” a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?”	14	0	0
8					Número de usuarios que respondieron la pregunta	14	0	0
9		P.3.15	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos	Reporte del Prestador	Número de usuarios que respondieron “definitivamente sí” o “probablemente sí” a la pregunta: ¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?”	14	0	0
10					Número de usuarios que respondieron la pregunta	14	0	0
11								

Tabla 1. Indicadores de la Resolución 256 pertinentes para los servicios de terapia física.

Es así, como cada indicador definido debe contar con una ficha técnica que permita leer y obtener la información de forma rápida y concreta, especificando formatos de registro,

fechas de medición, análisis del indicador, entre otros parámetros, a continuación se muestra un ejemplo de ficha técnica de un indicador, resaltando que cada institución puede ser autónoma en la elaboración de sus fichas siempre y cuando cumpla con los parámetros establecidos en las normas:

FICHA TÉCNICA INDICADOR DE GESTIÓN								
NOMBRE DEL INDICADOR:							CODIGO	
PROCESO AL QUE PERTENECE EL INDICADOR:			TERAPIA INTEGRAL					
ESTADO DE DOCUMENTO			Actualizado				CÓDIGO DE FICHA	
FECHA DE PROXIMA REVISIÓN:			TIPO DE INDICADOR		resultado			
DOMINIO								
Continuidad								
JUSTIFICACION								
OBJETIVO								
LINEA BASE	ESTANDAR(CALIDAD ESPERADA)	mar-16	jun-16	sep-16	dic-16	mar-17	LIMITE SUPERIOR	LIMITE INFERIOR
80	90%						100	60
PERIODO DE MEDICIÓN		FÓRMULA DEL INDICADOR			SENTIDO DEL INDICADOR		RESULTADO ACTUAL	
ENERO-DICIEMBRE-2016								
ZONAS								
FORTALEZA (DICIEMBRE DE 2016)			RIESGO			PROBLEMA		
HERRAMIENTA ESTADÍSTICA								
								
TABLA DE DATOS								
Primer Trimestre-16		Segundo Trimestre-16						
Tercer Trimestre-16		Cuarto Trimestre-16						

DEFINICION OPERACIONAL					
NUMERADOR		DENOMINADOR		FORMULA	
DEFINICION DE DATOS					
FUENTE PRIMARIA DE DATOS					
NUMERADOR			DENOMINADOR		
PLANILLAS LC-05-32			PLANILAS LC-05-32		
PERIODICIDAD - RESPONSABLE					
REGISTRO DE DATOS	RESPONSABLE	REPORTE DE DATOS	RESPONSABLE	ANÁLISIS DEL INDICADOR	RESPONSABLE
DIARIO	COORDINACIÓN TERAPIA INTEGRAL	TRIMESTRAL	COORDINACIÓN TERAPIA INTEGRAL	TRIMESTRAL	COORDINACIÓN DE CALIDAD
ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL INDICADOR					
A QUIEN SE REPORTA					
Reporte de Datos: COORDINACIÓN TERAPIA INTEGRAL					
Reporte Análisis del Indicador: COORDINACIÓN DE CALIDAD					
ACCIONES A SEGUIR					
Después del análisis del proceso por medio del indicador de control es necesario tomar acciones: ☐ No ☐ Cuáles? ☐ Correctivas ☐ Preventivas ☐ De mejora ☐					
APROBACIÓN DE LA FICHA DEL INDICADOR					

Tabla 2. Ejemplo de ficha técnica de un indicador.

Proceso: Cómo se había mencionado anteriormente, los procesos deben componerse de actividades iniciales, intermedias y finales, con el fin de realizar mediciones y control sobre las mismas; sin embargo todos los procesos de la institución deben estar enmarcados en un manual de procesos, el cual debe ser útil al área de auditoría en el momento de realizar papeles de trabajo o check list para la verificación de los mismos, éstos deben estar separados por áreas o dependencias y contar con una adecuada matriz documental que dé cuenta de manuales, formatos, procedimientos de cada proceso.

BIOSEGURIDAD CTJ-TI-PS-002	HISTORIA CLINICA CTJ-TI-PS-003	ATENCIÓN CLÍNICA AL USUARIO CTJ-TI-PS-001	LIMPIEZA CTJ-TI-PS 004
CTJ-TI-FO-001 FORMATO DE REENVASE DE INSUMOS	CTJ-TI-FO-008 FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE FISIOTERAPIA	CTJ-TI-FO-025: FORMATO REFERENCIA PACIENTES	DE DE CTJ-TI-FO-002: FORMATO DE LIMPIEZA DE ÁREAS
CTJ-TI-FO-004 FORMATO DE LAVADO DE MANOS	CTJ-TI-FO-006 FORMATO ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA INTERNO	CTJ-TI-FO-026: FORMATO SEGUIMIENTO DE LA REFERENCIA DE PACIENTES	CTJ-TI-FO-003: FORMATO DE DESINFECCIÓN
CTJ-TI-FO-003 FORMATO DE DESINFECCION	CTJ-TI-FO-007 FORMATO ENTREGA DE HISTORIA CLÍNICA EXTERNA	CTJ-TI-MA-001: MANUAL DE CODIGO ROJO REFERENCIA Y EMERGENCIAS: CODIGO ROJO	CTJ-TI-FO- 014: FORMATO LIMPIEZA HIDROCOLEITOR

Tabla 3. Ejemplo de matriz documental.

Resultado: En este punto se analiza en resumen la gestión final, verificando el número de consultas, la cobertura, la concentración y frecuencia de uso, el costo y beneficio con el fin de tomar medidas preventivas y correctivas que permitan mejorar la calidad en la atención.

Impacto: Esta variable muestra la calidad en la atención, el costo y efecto, el cambio en la actitud de los usuarios y funcionarios, la satisfacción de los usuarios y deja como conclusión el aprendizaje organizacional y la retroalimentación.

6.1.4.MARCO NORMATIVO RELACIONADO CON C-DOPRI

A continuación se realiza una tabla de compatibilidad del modelo con la normativa vigente

Componente del modelo	Normativa
Contexto	Normas O.M.S Directrices O.P.S Directrices WCPT Normas Nacionales: Ley 100, ley 528....
Demanda	Clasificación de enfermedades C.I.E 10 Clasificación de procedimientos en salud (CUPS)...
Oferta	*Organización funcional: Resolución 2003 de 2014 Resolución 123 de 2012 *Recurso humano: Decreto 1042 de 1978 Ley 269 de 1996 Ley 789 de 2002 *Recursos físicos: Resolución 4445 de 1996 Decreto 2676 del 2000 Resolución 2003 de 2014 Resolución 1164 de 2002 *Sistemas de información: Resolución 3374 del 2000 Resolución 256 del 2010 Circular 012 del 2016 Decreto 1011 de 2006
Proceso	Ley 872 de 2003 Resolución 123 de 2012
Resultado/Impacto	Decreto 2183 de 2004 Resolución 2003 de 2014 Circulares de la Superintendencia de salud

Tabla 4. Modelo C-DOPRI y normativa.

6.1.5.PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD – PAMEC:

Para implementar el programa de auditoría se debe tener en cuenta la ruta crítica ^[33] la cual permite hacer un chequeo rápido de los procesos de la institución, a continuación se hace una descripción enfocada a los servicios de terapia física.

AUTOEVALUACIÓN	SELECCIÓN DE PROCESOS
Es un diagnóstico básico de la institución que permite determinar las fallas dentro de los procesos, se realiza por medio de los estándares de habilitación, acreditación e indicadores de seguimiento a riesgos	Se identifican los procesos con fallas
PRIORIZACIÓN DE PROCESOS	DEFINICIÓN DE LA CONDUCTA ESPERADA
Denota problemas en la calidad, en este punto se hace una evaluación cualitativa y cuantitativa con la matriz costo-riesgo-volumen. Se deben trabajar los de mayor costo e impacto priorizando las oportunidades.	Se debe definir las fichas técnicas correspondientes a los indicadores que se quieren medir en los servicios de terapia física.
MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DEL PROCESO	PLAN DE ACCIÓN PARA PROCESOS SELECCIONADOS
Medición y comparación de la calidad observada con la calidad esperada.	Se realizan las actividades estratégicas, determinar las causas y dar soluciones, para lo cual el equipo de auditoría se puede reunir y trabajar métodos de análisis como espina de pescado o lluvia de ideas
EJECUCIÓN DEL PLAN	EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO
Cronograma del plan con responsables	Seguimiento, fechas y presentación de informes
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	
Retroalimentación.	

Tabla 5. Ruta crítica.

6.1.6. ESTÁNDARES PARA LA AUDITORÍA

Una vez el comité de auditoría revise que la institución cuenta con una adecuada habilitación por medio de la autoevaluación, es necesario que se proyecte a la mejora, para el caso de los servicios de terapia física se cuenta con un manual de estándares de acreditación para las instituciones que ofrecen servicios de salud de habilitación y rehabilitación, que hace parte del anexo 6 de la Resolución 20082 de 2014 ^[34], por medio de los siguientes ejemplos se explicará un modelo de auditoría de los estándares de acreditación:

Lo principal es identificar el estándar a evaluar de acuerdo al manual. Posteriormente se identifica al proceso o área al que pertenece, se revisa si cuenta con documentación.

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	PROCESO	DOCUMENTO
Existe un proceso de desarrollo, ejecución y seguimiento del plan individual de habilitación / rehabilitación para cada usuario, que tiene en cuenta los siguientes parámetros: Definición de objetivos, medios, actividades y ciclos de actividades, tiempos, costos estimados Obtención del consentimiento informado para la habilitación / rehabilitación. Se le provee al usuario información acerca de los riesgos y beneficios de llevar a cabo o no, los procedimientos de habilitación / rehabilitación planeados. Obtención de consentimiento informado del usuario si va a hacer parte de un proyecto de investigación. Se le provee información sobre los objetivos, beneficios e inconvenientes del mismo y se le garantiza que su negativa a participar no va a ser barrera para una atención acorde con su discapacidad. Se deja constancia firmada por el usuario cuando éste decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante	COORDINACIÓN ASISTENCIAL	SE CUENTA CON LA DOCUMENTACIÓN DE ATENCIÓN INICIAL AL USUARIO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tabla 6. Identificación de estándares.

Posteriormente se debe aplicar la hoja radar (ver anexo 1) que permite determinar si el estándar se encuentra en enfoque, implementación o resultados, teniendo en cuenta que la puntuación mínima esperada es de 3.

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	PROCESO	DOCUMENTO	NO APLICA	CALIFICACION										
				ENFOQUE			IMPLEMENTACION		RESULTADOS					TOTAL PROMEDIO
				SISTEMATICA D Y AMPLITUD	PROACTIVIDAD	CICLO DE EVALUACION Y MEJORAMIENTO DEL ENFOQUE	DESPLIEGUE EN LA INSTITUCION	DESPLIEGUE AL CLIENTE EXTERNO E INTERNO	PERTINENCIA	CONSISTENCIA	AVANCE DE LA MEDICION	TENDENCIA	COMPARACION	
Existe un proceso de desarrollo, ejecución y seguimiento del plan individual de habilitación / rehabilitación para cada usuario, que tiene en cuenta los siguientes parámetros: Definición de objetivos, medios, actividades y ciclos de actividades, tiempos, costos estimados Obtención del consentimiento informado para la habilitación / rehabilitación. Se le provee al usuario información acerca de los riesgos y beneficios de llevar a cabo o no, los procedimientos de habilitación / rehabilitación planeados. Obtención de consentimiento informado del usuario si va a hacer parte de un proyecto de investigación. Se le provee información sobre los objetivos, beneficios e inconvenientes del mismo y se le garantiza que su negativa a participar no va a ser barrera para una atención acorde con su discapacidad. Se deja constancia firmada por el usuario cuando éste decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante	COORDINACIÓN ASISTENCIAL	SE CUENTA CON LA DOCUMENTACIÓN DE ATENCIÓN INICIAL AL USUARIO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO		3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	2.2

Tabla 7. Aplicación hoja radar.

Acto seguido se deben describir los aspectos cualitativos hallados en el estándar, como las fortalezas, que en este caso es algo que no contempla la norma y que va más allá de la norma, habrán casos donde el estándar no cuente con fortalezas, entonces se tendrán en cuenta las oportunidades de mejora, que serán las que posteriormente se priorizarán.

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	CALIFICACION				ASPECTOS CUALITATIVOS		
	ESTADO DEL ESTANDAR				FORTALEZAS		OPORTUNIDADES DE MEJORA
Existe un proceso de desarrollo, ejecución y seguimiento del plan individual de habilitación / rehabilitación para cada usuario, que tiene en cuenta los siguientes parámetros: Definición de objetivos, medios, actividades y ciclos de actividades, tiempos, costos estimados Obtención del consentimiento informado para la habilitación / rehabilitación. Se le provee al usuario información acerca de los riesgos y beneficios de llevar a cabo o no, los procedimientos de habilitación / rehabilitación planeados. Obtención de consentimiento informado del usuario si va a hacer parte de un proyecto de investigación. Se le provee información sobre los objetivos, beneficios e inconvenientes del mismo y se le garantiza que su negativa a participar no va a ser barrera para una atención acorde con su discapacidad. Se deja constancia firmada por el usuario cuando éste decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante	EL ESTANDAR SE ENCUENTRA EN LA FASE DE RESULTADOS, DONDE YA SE EVIDENCIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VALORACIÓN DE LOS USUARIOS, SIN EMBARGO SE DEBE CONTINUAR LA MEDICIÓN DE INDICADORES DE SU GESTIÓN.						MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DE LA GESTIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS ACTUALIZACIONES PERTINENTES

Tabla 8. Descripción de aspectos cualitativos.

Una vez identificados los aspectos cualitativos se priorizan por medio de la escala riesgo-costo-volumen (ver anexo 2), la cual permite semaforizar el impacto de las oportunidades de mejora de cada estándar, actuando inicialmente y a corto plazo con los que queden

en rojo, e indicando las acciones de mejora y barreras que se pueden encontrar en el proceso.

1	ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	PRIORIZACION				ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO
2		RIESGO	COSTO	VOLUMEN	TOTAL		
3							
49	Existe un proceso de desarrollo, ejecución y seguimiento del plan individual de habilitación / rehabilitación para cada usuario, que tiene en cuenta los siguientes parámetros:					MEDICIÓN DE LOS INDICADORES DE LA GESTIÓN Y MANTENIMIENTO DE LAS ACTUALIZACIONES PERTINENTES	
50							
51	Definición de objetivos, medios, actividades y ciclos de actividades, tiempos, costos estimados						
52	Obtención del consentimiento informado para la habilitación / rehabilitación. Se le provee al usuario información acerca de los riesgos y beneficios de llevar a cabo o no, los procedimientos de habilitación / rehabilitación planeados. Obtención de consentimiento informado del usuario si va a hacer parte de un proyecto de investigación. Se le provee información sobre los objetivos, beneficios e inconvenientes del mismo y se le garantiza que su negativa a participar no va a ser barrera para una atención acorde con su discapacidad. Se deja constancia firmada por el usuario cuando éste decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante	3	3	3	27		

Tabla 9. Priorización.

Por último, se realiza un cronograma de cumplimiento de actividades y de seguimiento estableciendo quienes don los responsables de la ejecución y de la auditoría.

ESTANDAR / CALIDAD ESPERADA	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL		
	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3
Existe un proceso de desarrollo, ejecución y seguimiento del plan individual de habilitación / rehabilitación para cada usuario, que tiene en cuenta los siguientes parámetros:															
Definición de objetivos, medios, actividades y ciclos de actividades, tiempos, costos estimados															
Obtención del consentimiento informado para la habilitación / rehabilitación. Se le provee al usuario información acerca de los riesgos y beneficios de llevar a cabo o no, los procedimientos de habilitación / rehabilitación planeados.															
Obtención de consentimiento informado del usuario si va a hacer parte de un proyecto de investigación. Se le provee información sobre los objetivos, beneficios e inconvenientes del mismo y se le garantiza que su negativa a participar no va a ser barrera para una atención acorde con su discapacidad.															
Se deja constancia firmada por el usuario cuando éste decide conscientemente no someterse al procedimiento sugerido por el equipo o profesional tratante															

Tabla 10. Cronograma.

De esta forma se lleva a cabo la ejecución del PAMEC dentro de las instituciones prestadoras de servicios de terapia física.

7. CONCLUSIONES

Se pudo diseñar una metodología que permita la implementación de un plan de mejoramiento de la calidad en los servicios de terapia física y de esta forma se brindaron pautas para la auditoría y el mejoramiento de la calidad en la atención de los usuarios que hacen uso de dicho servicio, permitiendo que el gremio de fisioterapeutas sobresalte por llevar a cabo la implementación del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en los servicios de terapia física; fortaleciendo la seguridad del paciente y la satisfacción del cliente, llegando en corto plazo a superar las expectativas de los mismos y permitiendo ser modelo de comparación con instituciones acreditadas a nivel nacional e internacional.

8. RECOMENDACIONES

Se recomienda que los auditores de calidad con las pautas mencionadas en esta monografía realicen papeles de trabajo o check list con el fin de facilitar la auditoría de los procesos dentro de la institución.

Adicionalmente, es importante que se realicen más estudios que amplíen las pautas de auditoría y se construyan guías específicas que brinden estrategias a las instituciones para el mejoramiento de la calidad dentro de los servicios de terapia física, y que a su vez le permita al gremio de fisioterapeutas enriquecer su conocimiento y ampliar su visión ante la calidad en la atención en salud y le permitan al profesional hacerse un juicio crítico del estado de la prestación de los servicios, contribuyendo así en la satisfacción de los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Jampieer Sanchez Castillo. Historia de la Auditoría Médica. [Internet] Perú. 2009. [citado el 3 de mar 2017]. Disponible en: <http://historiamedicinaperuana.blogspot.com.co/2009/10/historia-de-la-auditoria-medica.html>
- [2] Wesberry. James. Evolución del concepto de auditoría. [Internet] Venezuela. 2000. . [citado el 3 de mar 2017]. Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/23490016/EVOLUCION-DEL-CONCEPTO-DE-AUDITORIA>
- [3] Jampieer Sanchez Castillo. Historia de la Auditoría Médica. [Internet] Perú. 2009. [citado el 3 de mar 2017]. Disponible en: <http://historiamedicinaperuana.blogspot.com.co/2009/10/historia-de-la-auditoria-medica.html>
- [4] Deysi, Machucca La auditoría, concepto actual o antiguo. Rev. Ciencia y cuidado. 2010;4(4):51-57.
- [5] Deysi, Machucca La auditoría, concepto actual o antiguo. Rev. Ciencia y cuidado. 2010;4(4):51-57.
- [6]Deysi, Machucca La auditoría, concepto actual o antiguo. Rev. Ciencia y cuidado. 2010;4(4):51-57
- [7] La Ley 528/ 1999, del 14 de septiembre, en la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de fisioterapia, y en la que se dictan normas de ética profesional y otras disposiciones, de salud, Col, No. 43.711, pág. 1-11.
- [8] La Ley 100/1993, del 23 de diciembre, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, de salud, Col, N° 41.148.
- [9] La Ley 100/1993, del 23 de diciembre, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, de salud, Col, N° 41.148
- [10] La Ley 100/1993, del 23 de diciembre, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, de salud, Col, N° 41.148

[11] La Ley 872/2003, del 30 de diciembre, Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, de salud, Col, N° 45418.

[12] La Ley 100/1993, del 23 de diciembre, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, de salud, Col, N° 41.148

[13] Decreto 1011/2006, del 3 de abril, 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, de salud, Col, p1-17.

[14] Resolución 1043/2006, del 3 de abril, Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones, de salud, Col. , p1-5.

[16] Resolución 1445/2006, del 8 de mayo, por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones, en salud, Col., p. 369-416.

[17] Resolución 123/2012, del 26 de enero, por la cual se modifica el artículo 2 de la Resolución 1445 de 2006, en salud, Col., p. 1-2.

[18] Resolución 2003/2014, del 28 de mayo, 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, en salud, Col., p. 1-225.

[19] Resolución 2003/2014, del 28 de mayo, 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, en salud, Col., p. 1-225.

[20] Resolución 2082/2014, del 29 de mayo, Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud, en salud, Col., p. 1-9.

[21] Resolución 2082/2014, del 29 de mayo, Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud, en salud, Col., p. 1-9.

[22] Resolución 256/2016, del 5 de febrero, 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, Col., p1-28.

[23] Decreto 780/2016, del 6 de mayo, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en salud, Col., p1-672.

[24] Vilar Barrio J. La auditoría de los sistemas de gestión de la calidad. 1a ed. Madrid: Fundación CONFEMETAL; 1999.

[25] Vilar Barrio J. La auditoría de los sistemas de gestión de la calidad. 1a ed. Madrid: Fundación CONFEMETAL; 1999.

[26] Decreto 1011/2006, del 3 de abril, 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, de salud, Col, p1-17.

[27] Decreto 1011/2006, del 3 de abril, 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, de salud, Col, p1-17

[28] Resolución 1043/2006, del 3 de abril, Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones, de salud, Col. , p1-5.

[29] Kerguelén CA, Calidad en salud en Colombia. Los principios. Vol 1. 1a ed. Colombia: Editorial Scripto Ltda; 2008.

[30] Kerguelén CA, Calidad en salud en Colombia. Los principios. Vol 1. 1a ed. Colombia: Editorial Scripto Ltda; 2008.

[31] Manterola C, Estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. [Internet]. http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2009/4/%20julio/539_ESTUDIOS_OBSERVACIONALES-21.pdf

[32] Universidad de Jaén [Internet]. España: UJAÉN; 2000 [actualizado 14 Feb 2013; citado 6 JUN 2017]. Disponible en: <https://www10.ujaen.es/sites/default/files/users/archivo/Calidad/Criterio5.pdf>

[33] Galán R, Evaluación integral de los servicios de salud y educación. Contextualización del modelo C-DOPRI. En: Galán R, editor. Administración hospitalaria. Vol 2. 3a ed. Colombia: Panamericana; 2008. p. 604-615.

[34] Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Pautas de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. 1a ed. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia; 2007.

[35] Resolución 2082/2014, del 29 de mayo, Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud, en salud, Col., p. 1-9

ANEXOS

ANEXO 1 HOJA RADAR

PALABRA CLAVE	ORIENTACION	VARIABLE	CALIFICACION				
			1	2	3	4	5
ENFOQUE							
ENFOQUE POLITICAS O LINEAS DE ACCION	Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.	SISTEMATICIDAD Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada ORGANIZADO AMPLITUD Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándares PRESENCIA ENFOQUE EN AREAS	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar. en áreas clave	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
		PROACTIVIDAD Grado en que el enfoque es PREVENTIVO NO REACTIVO	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
		CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO La forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN Y MEJORA	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento
IMPLEMENTACIÓN							
IMPLEMENTACIÓN COBERTURA	Se refiere a la aplicación del enfoque	DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización GRADO DE APLICACIÓN EN LAS AREAS	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
		DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación GRADO EN QUE SE APLIQUE Y PERCEPCION POR EL USUARIO	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente

RESULTADO							
RESULTADOS LOGROS Y EFECTOS	Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques	PERTINENCIA Grado en que los resultados referidos se relacionan con área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas RELACION CON EL ESTANDAR O AREA EVALUADA	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados .	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área , factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
		CONSISTENCIA Relación de resultados como producto de la implementación del enfoque PRODUCTO APLICACION DEL ENFOQUE	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavia incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
		AVANCE DE LA MEDICIÓN Grado en que la medición corresponde a una practica sistemática de la organización en un periodo de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar MEDICIÓN DE INDICADORES	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos
		TENDENCIA Desempeño de los indicadores en el tiempo. COMPORTAMIENTO INDICADORES EN EL TIEMPO	El estado de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de buena a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
		COMPARACIÓN Grado en que los resultados son comparados con referentes nacional e internacionales y calidad de los mismos. REFERENCIACION COMPETITIVA	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistémicas	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

ANEXO 2

CRITERIOS DE PRIORIZACION		
RIESGO	VOLUMEN	COSTO
Califique como 1 o 2 si al fallar el proceso la severidad del daño sobre el paciente es inexistente o leve	Califique como 1 ó 2 si el número de pacientes atendidos ó que pueden verse afectados en el caso de falla del proceso es bajo ó muy bajo	Califique como 1 ó 2 si la falla del proceso tiene un efecto financiero inexistente o leve
Califique como 3 si al fallar el proceso la severidad del daño sobre el paciente es moderado	Califique como 3 si el número de pacientes atendidos ó que pueden verse afectados en el caso de falla del proceso	Califique como 3 si la falla del proceso tiene un efecto financiero moderado
Califique como 4 o 5 si al fallar el proceso la severidad del daño sobre el paciente es severa ó catastrófica	Califique como 4 ó 5 si el número de pacientes atendidos ó que pueden verse afectados en el caso de falla del proceso es alto ó muy alto	Califique como 4 ó 5 si la falla del proceso tiene un efecto financiero alto o severo

INDICADOR	VALOR	NIVEL DE EX'POSICIÓN AL RIESGO
NIVEL DE PRIORIDAD Fórmula de Calculo: RIESGOxVOLUMENxCOSTO	65-125	NO ACEPTABLE
	19-64	MODERADO
	0 - 18	ACEPTABLE