

ANÁLISIS DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS
ESTABLECIDOS EN LOS PROGRAMAS DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC, DE LAS IPS QUE PRESTAN EL
SERVICIO NEUROREHABILITACION, EN LA CIUDAD DE POPAYÁN, AÑO
2015.

ANGIE BEATRIZ ALEGRIA SANCHEZ
DIEGO JULIÁN BRAVO MUÑOZ
VICTOR LEONARDO MERA ESCOBAR
JUAN MANUEL PERAFAN MECIAS
LINA MARIA PIZO PERAFAN

UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD
Popayán, Colombia
2015

**ANÁLISIS DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS
ESTABLECIDOS EN LOS PROGRAMAS DE AUDITORIA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC, DE LAS IPS QUE PRESTAN EL
SERVICIO NEUROREHABILITACION, EN LA CIUDAD DE POPAYÁN, AÑO
2015.**

**ANGIE BEATRIZ ALEGRIA SANCHEZ
DIEGO JULIÁN BRAVO MUÑOZ
VICTOR LEONARDO MERA ESCOBAR
JUAN MANUEL PERAFAN MECIAS
LINA MARIA PIZO PERAFAN**

**Asesor Metodológico y Académico
RICHARD ROMAN MARIN**

**UNIVERSIDAD CATOLICA DE MANIZALES
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD
Popayán, Colombia
2015**

CONTENIDO

1.	INTRODUCCION	5
2.	TITULO	6
3.	AREA PROBLEMÁTICA	7
4.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
5.	ANTECEDENTES	10
6.	JUSTIFICACIÓN	14
7.	OBJETIVOS	16
7.1	OBJETIVO GENERAL	16
7.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
8.	MARCO TEORICO	17
8.1.	CALIDAD	17
8.2.	NORMATIVIDAD ASOCIADA AL PAMEC	18
8.3.	GARANTIA DE LA CALIDAD	19
8.4.	GENERALIDADES SOBRE LOS COMPONENTES DEL SOGSC	20
8.5.	COMPONENTES DEL SOGCS	20
8.5.1.	El Sistema Único de Habilitación.....	20
8.5.2.	El Sistema Único de Acreditación.....	21
8.5.3.	El Sistema de Información para la Calidad.....	23
8.6.	LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. (PAMEC)	25
8.6.1.	Objetivos del PAMEC	25
8.6.2.	Autoevaluación.....	26
8.6.3.	Selección de procesos a mejorar.....	26

8.6.4.	Priorización de procesos	27
8.6.5.	Definición de la calidad esperada	28
8.6.6.	Calidad observada.....	28
8.6.7.	Formulación de planes de mejoramiento	28
8.6.8.	Implementación de planes de mejoramiento	29
8.6.9.	Evaluación de la ejecución del plan de mejoramiento	30
8.6.10.	Aprendizaje organizacional	30
8.6.11.	El ciclo Planificar - Hacer- Verificar - Actuar	30
9.	DISEÑO METODOLOGICO	32
9.1	TIPO DE ESTUDIO:	32
9.2	POBLACION:.....	32
9.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	32
9.4	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....	32
9.5	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:.....	33
9.6	PLAN DE ANÁLISIS:.....	33
9.7	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
9.8	ANÁLISIS DE VARIABLES	38
	DISCUSIÓN	45
	CONCLUSIONES	50
	RECOMENDACIONES	51
	ANEXO 1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	52
	ANEXO 2. INFORMES A LAS INSTITUCIONES	54
	Bibliografía.....	73

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Alcance del mejoramiento continuo de la calidad	39
Tabla 2. Autoevaluación	39
Tabla 3. Procesos a Mejorar	40
Tabla 4. Priorización de procesos	40
Tabla 5. Calidad esperada.....	41
Tabla 6. Calidad observada	42
Tabla 7. Formulación de planes de mejora	42
Tabla 8. Implementación de planes de mejoramiento	43
Tabla 9. Evaluación de la ejecución de planes de mejoramiento	43
Tabla 10. Aprendizaje organizacional.....	44
Tabla 11. Porcentajes de cumplimiento	44

1. INTRODUCCION

Hace pocos años que los conceptos de: calidad y mejora continua se han ido incorporando en las instituciones de salud de todo el país, evidenciándose en las diferentes normativas creadas por el gobierno, dentro de las cuales se encuentra el decreto 1011 de 2006, el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el se evidencia el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la atención PAM EC, como una herramienta para contribuir al mejoramiento continuo de los servicios que prestan las entidades de salud y hace parte de la estrategia de mejoramiento de la eficiencia y eficacia de los procesos de atención, para lograr el bienestar y satisfacción del usuario.

Sin embargo, debemos identificar si las estrategias documentadas y establecidas por el gobierno, son atendidas por las entidades de salud y cumplen con el objetivo de su creación, dando bienestar y satisfacción a las necesidades y expectativas de los usuarios.

2. TITULO

Análisis del grado de cumplimiento de los lineamientos establecidos en los programas de auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC, de las IPS que prestan el servicio neurorehabilitacion, en la ciudad de Popayán, año 2015.

3. AREA PROBLEMÁTICA

Los procesos de calidad iniciaron en Colombia a partir del año de 1983, a través del Instituto de Seguros Sociales con la generación de marcos conceptuales que buscaban mejorar las condiciones de la atención en salud en sus procesos misionales para garantizar la calidad de los servicios. Desde ese momento se han ido creando en Colombia diferentes normas, procesos, listas de chequeo, entre otras herramientas dirigidas a la calidad en salud, en esta investigación se analizará el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

El decreto 1011 de 2006, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) el cual tiene cuatro componentes que se relacionan entre sí, el primero es el Sistema Único de Habilitación (SUH), el segundo la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, el tercero el Sistema Única de Acreditación (SUA) y el cuarto El Sistema de Información para la Calidad (SIC). El Sistema Obligatorio establece como herramienta para alcanzar los altos estándares de calidad, el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC), el cual si cumple con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social garantizaría a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) alcanzar el Sistema Único de Acreditación (SUA).

Es necesario resaltar que el Sistema Único de Habilitación (SUH) es de obligatorio cumplimiento, para la prestación de servicios de salud en Colombia; mientras que el alcanzar altos estándares de calidad, certificándose en el Sistema Única de Acreditación (SUA) es de carácter voluntario, muestra de ello es que en Colombia se encuentran habilitadas al 14 de febrero de 2015 Cuarenta mil cuarenta y dos prestadores de salud (40.042) y en el Cauca

Setecientos treinta y tres prestadores (733), pero solo hay en Colombia treinta y un (31) Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) certificadas con el Sistema Único de Acreditación (SUA) y solo una (1) en el Cauca. Asimismo es necesario conocer que ninguna de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que se encuentran acreditadas en el País presta el servicio de neurorehabilitación. Por lo anterior, se observa que las Instituciones realizan el plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) como un documento de cumplimiento para el Sistema Único de Habilitación (SUH), pero no se diseña, implementa y socializa con el propósito para el cual fue diseñado, lo anterior es importante ya que impide a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) un mejoramiento continuo que favorezca la calidad y el interés por brindar servicios de salud con excelencia.

Para finalizar se presenta la necesidad que las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) acreditadas presten el servicio de neurorehabilitación para atender con los más altos estándares de calidad en salud a la población con necesidades especiales, que demandan servicios especializados. En el Cauca existe una institución certificada con el Sistema Único de Acreditación (SUA), pero no presta este servicio. Además se averiguo que ninguna de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) acreditadas en el país presta el servicio de neurorehabilitación, por lo anterior se hace importante para el grupo investigativo determinar a nivel departamental: ¿Cuáles es el grado de cumplimiento de los lineamientos establecidos en los programas de auditoria para el mejoramiento de la calidad, de las IPS que prestan el servicio neurorehabilitación, en la ciudad de Popayán, año 2015?

4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de cumplimiento de los lineamientos establecidos en los programas de auditoria para el mejoramiento de la calidad, de las IPS que prestan el servicio neurorehabilitacion, en la ciudad de Popayán, año 2015 ?

5. ANTECEDENTES

Dentro de la revisión bibliográfica realizada, se hallaron investigaciones relacionadas con las variables a estudio, las cuales serán nombradas a continuación, estas son presentadas en orden cronológico.

El primero es del año 2010 y corresponde a la “evaluación del proceso de planeación y autoevaluación del segundo ciclo de preparación para la acreditación en salud en el servicio de imagenología del instituto nacional de cancerología E. S. E. desarrollado por Charco Barbosa Angélica, Ruiz Gonzales Lucy y Novoa Villamil Katherine a través de una lista de verificación que se elaboró según la guía práctica de preparación para la acreditación en salud (2007). Entre los resultados más notorios se evidencio la falta de personal para desarrollar y garantizar los ciclos de autoevaluación, el plan de mejoramiento y ejecución. Así mismo se encontró un déficit en la utilización y aprovechamiento de las áreas y recurso físico disponible para la preparación para la acreditación. Entre otras cosas también se reflejó una preocupante desmotivación de parte del personal y desconocimiento respecto al proceso de acreditación, la razón de la carga laboral, desinterés y falta de sentido de pertenencia y compromiso con la institución; lo que impedía asistir a las actividades planteadas para alcanzar la acreditación. Ante ello, cabe relucir desde nuestra perspectiva, que a pesar del esfuerzo de este proyecto por incentivar el mejoramiento continuo hacia la acreditación, existe un déficit de cultura corporativa en la institución, reflejada en la personalidad de la organización puesto que en parte su recurso humano se desinteresa e ignora la importancia del PAMEC en el papel de la acreditación.

Otro proyecto investigativo que se halló fue el de Evaluación de Procesos Asistenciales y Análisis del PAM EC Institucional para Miocardio SAS año 2011, cuyo objetivo fue evaluar y analizar los procesos asistenciales de Miocardio SAS para formular el Plan de Mejoramiento de la Calidad de la institución. El estudio fue de tipo descriptivo y buscó diagnosticar, identificar y formular los mecanismos necesarios para el diseño del PAM EC en la IPS como herramienta para mejorar el servicio hacia los usuarios. Los mecanismos empleados para dicha evaluación fueron la autoevaluación de la Resolución 1043 anexo 1 del 2006 y la entrevista al personal que labora en la institución acerca de conocimiento respecto al cumplimiento de algunos los criterios de habilitación en la institución para establecer la situación de la IPS. Ello permitió la detección de no conformidades en los criterios del estándar 9 seguimientos riesgos, y consecuentemente determinar debilidades, fortalezas y oportunidades de mejora respecto al seguimiento a riesgos para definir la situación actual del proceso de Cuidados Intensivos y Coronarios de la clínica Miocardio S.A.S.

En ese orden de ideas, se dicha institución, cuenta con un sustento normativo para la elaboración del PAM EC que en este caso es la resolución 1043 de 2006 la cual está orientada a los procesos de habilitación, si bien, es importante aclarar que el mejoramiento continuo de la calidad es un proceso lícitado por el decreto 1011 de 2006 del SOGCS que gestiona el mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada, tras la evaluación de la atención que se le realiza a los usuarios en salud; siendo así un paso intermedio para alcance la excelencia y por tanto del sistema único de acreditación. Consecuentemente, la resolución 1043 se encarga de impartir las condiciones mínimas y de obligatorio cumplimiento para la habilitación de los servicios; basarse en esta norma evaluar a los empleados si la conocen o no, no es una garantía para la construcción de un PAM EC pues

en este tipo proceso se impera por la cultura de la calidad más que el cumplimiento de un requisito.

Se encontró un estudio denominado “cumplimiento de los estándares de acreditación en la E.S.E. centro 1, punto atención Cajibío, año 2012.” Realizado por Benavidez Kelly, Ortiz Marlen Stella, Urbano Ruiz Astrid Lorena, 2012, el objetivo de este estudio fue evaluar el cumplimiento de los estándares de acreditación en el ámbito hospitalario del Punto de Atención Cajibío de la E.S.E. Centro I, durante el primer periodo del año 2012, esta investigación fue un estudio descriptivo que se desarrolló partiendo de una evaluación cualitativa en la cual se identificaron fortalezas y oportunidades de mejora para cada estándar; posteriormente se realizó la evaluación cuantitativa en la que se toma como el rango más alto 5 y el más bajo 1, las oportunidades de mejora fueron priorizadas, con las de prioridad alta se elaboró el PAMEC en la cual se encontró que la ESE Centro I Punto de Atención Cajibío, aún no cuenta con una calificación global para acreditarse, los estándares se encuentran por debajo del promedio.

Esto se relaciona con nuestro estudio, ya que se evaluó cual fue el método diseño e implementación del PAMEC de la institución, además de esto en este estudio se utilizó como instrumento la guía práctica de preparación para la acreditación en salud del Ministerio de Protección Social, Instrumento que tomaremos de base para analizar el grado de cumplimiento de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) de nuestro estudio, por ultimo concluyen que la ESE aún no cuenta con una calificación para obtener la acreditación, conclusiones que al finalizar nuestro estudio podemos comparar con el cumplimiento encontrado en las IPS del mismo departamento.

Otro estudio que también se realizó en el mismo año 2012 fue el proyecto titulado “Plan De Mejoramiento Continuo Para Una IPS desarrollado por Carreño Beltrán Diana Marcela, Castro Quilaguy Ruz Dary, Ochoa Sánchez Sandra Patricia, que consistió en un análisis descriptivo, para la creación de un Modelo de Programa para el mejoramiento de la calidad en las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud – IPS que garantizara el cumplimiento de la normatividad vigente; el resultado fue la elaboración de una guía práctica para la realización del PAMEC en las IPS, permitiendo identificar procesos administrativos y asistenciales claves, ruta crítica, aplicación de la autoevaluación definiendo los procesos prioritarios, estableciendo el tipo de medición para el diseño de un plan de mejoramiento continuo en forma clara, practica, y dinámica, para que de este modo usuario de la institución lo pudiese interpretar.

Este estudio se relaciona con el nuestro ya que se ejecuta un plan de mejoramiento para una IPS, en el cual podemos comparar las variables, además de utilizar una rejilla que nos puede facilitar la verificación en cuanto al grado de cumplimiento que queremos analizar.

6. JUSTIFICACIÓN

El decreto 1011 de 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud y sus componentes: Sistema único de habilitación, sistema de información para los usuarios, sistema único de acreditación y auditoría para el mejoramiento de la calidad.

Dentro de las actividades para el mejoramiento de la calidad se encuentra el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad en la atención PAMEC, plan poco socializado y de gran importancia para alcanzar estándares altos de calidad, pero que por su estructura y por ser un elemento obligatorio pierde su objetivo de mejora continua y pasa a ser un instrumento para cumplir a las entidades territoriales y lograr una certificación del sistema único de habilitación.

Por lo anterior, este estudio contribuirá a las entidades de salud que prestan el servicio de neurorehabilitación en la ciudad de Popayán al analizar el grado de cumplimiento de los lineamientos establecidos para el PAMEC e identificar si este plan favorece a las entidades a lograr estándares altos de calidad, genera mayor confusión o solo es usada como un instrumento para el cumplimiento del sistema único de habilitación.

Al mismo tiempo, este proyecto aportará a la literatura local y nacional siendo el primer estudio sobre el análisis del grado de cumplimiento de los lineamientos establecidos para el PAMEC. Asimismo este estudio ayudará en la formación integral de los investigadores y futuros especialistas en administración en salud, brindándoles una formación académica e investigativa de nuestro SOGCS y más exactamente de su componente de mejoramiento continuo.

A demás de esto el grupo investigador cuenta con: perfiles humanos de rehabilitación, administrativos y de auditoría, además cuenta con las autorizaciones de las 4 instituciones de salud del departamento del Cauca que tienen habilitado el servicio neurorehabilitación y finalmente cuenta con el instrumento de verificación del PAMEC, elaborado por el Ministerio de Salud y Seguridad Social 2014 para poder desarrollar la investigación.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el grado de cumplimiento de los lineamientos empleados para la construcción de los PAMEC, en las IPS que prestan el servicio neurorehabilitación, en la ciudad de Popayán, año 2015.

7.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar los planes de auditoria para el mejoramiento de la calidad PAMEC de las IPS que prestan el servicio neurorehabilitación, en la ciudad de Popayán, año 2015.
- Validar la estructura empleada para la construcción del Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC

8. MARCO TEORICO

8.1. CALIDAD

Calidad: El Decreto 1011 de 2006 establece la Calidad de la Atención en Salud como "la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios", para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGC deberá cumplir con las siguientes características:

Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad. Es la 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. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Continuidad. Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”⁵

8.2. NORMATIVIDAD ASOCIADA AL PAMEC

Acorde con la normativa que rige en el sistema de seguridad social en salud, y que pretende proteger al usuario de servicios de salud, la ley 100 instaura 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. Todo con el fin de que los usuarios tengan acceso a servicios de calidad acorde con las necesidades que requieran.

En el Decreto 1011 de 2006 define Auditoria para el Mejoramiento como “El mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada de la atención de la salud que reciben los usuarios. Los programas de auditoria deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación”. Y en el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006 establece que el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, PAMEC “es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.”

En los procesos de habilitación se debe orientar la construcción y desarrollo del PAMEC a los servicios que preste la entidad de salud, todo según las disposiciones que se establezcan en la normativa vigente para este proceso, para lograrlo se necesita de una herramienta que debe desarrollarse de tal forma que se articule con el funcionamiento de la institución.

El Programa para el Mejoramiento de la Calidad en Salud mejor conocido como PAMEC es una herramienta documental que deben implementar obligatoriamente todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y las Entidades de Transporte Especial de Pacientes, que contribuye a brindar una atención en salud con excelencia, a que se fomente la cultura de la seguridad y el autocontrol en la organización, garantizando así el cumplimiento de estándares superiores a los de habilitación, que son de carácter obligatorio.

8.3. GARANTIA DE LA CALIDAD

Se entiende por garantía de la calidad todo aquello que los individuos y una sociedad llevan a cabo para generar, mantener y mejorar la calidad¹. La definición integra dos componentes, el diseño del sistema, que hace referencia a las características del sistema de salud que contribuyen a la calidad; y la evaluación del desempeño del sistema²

Es un conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes, por cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoria, diseño, desarrollo y cambios organizacionales.³ La definición implica que la evaluación y monitoria debe ser entendida como la medición sistemática y periódica de una o más variables durante un punto en el tiempo, lo que nos da la oportunidad de mejorar en el tiempo. El diseño organizacional es la suma de una serie de elementos estructurales y de trabajo que buscan garantizar el desempeño de la institución. El desarrollo son las estrategias de educación continuada que permiten a los funcionarios de la organización entender el papel que desempeñan en el esquema organizacional. Por último, no hay mejoramiento sin cambio, por eso hay que entender que se necesitan estrategias para lograr este cambio el diseño de un Sistema de garantía de calidad implica la generación de múltiples instrumentos

congruentes, acorde con las necesidades y prioridades definidas en el país e incluye: defender a los usuarios al establecer requisitos indispensables para funcionar va asegurar que los ciudadanos y empleados de una institución de salud no estén expuestos a desechos contagiosos u otros riesgos; y verificar que se cumplan las especificaciones en equipos e insumos que se utilicen en la atención.⁴

8.4. GENERALIDADES SOBRE LOS COMPONENTES DEL SOGSC

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.⁵

8.5. COMPONENTES DEL SOGCS

8.5.1. El Sistema Único de Habilitación

El Sistema Único de Habilitación se configura como la puerta de entrada al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

La habilitación, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.

La habilitación se entiende como el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las

condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa indispensables para la entrada y permanencia en el sistema. La habilitación busca dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la atención en salud. La habilitación es de carácter obligatorio para:

1. Prestadores de Servicios de Salud
2. Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
3. Las redes integradas de Servicios de Salud

8.5.2. El Sistema Único de Acreditación

La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las entidades que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

Es una estrategia para ser utilizada por aquellas entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, que voluntariamente quieran demostrar el cumplimiento de niveles superiores de calidad, a través de una herramienta de gestión gerencial que impacta de manera notable la resolución de muchos de sus problemas críticos. El Sistema Único de Acreditación es una estrategia y una metodología de mejoramiento continuo de la calidad específica para las entidades de salud, de larga trayectoria y desarrollo conceptual y metodológico a escala mundial y de probada efectividad. En nuestro Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, establecido mediante el Decreto 1011 de 2006, la acreditación en salud está planteada como uno de los componentes para obtener el objetivo del mejoramiento continuo de la calidad; consecuentemente, para que una entidad pueda

aplicar ante el ente acreditador para optar al otorgamiento del título de “acreditado en salud” debe estar previamente habilitada, verificado su cumplimiento por el ente correspondiente y no estar sujeta a ninguna sanción en el último año, como mínimo. En el mundo esta metodología aparece por primera vez a comienzos del siglo XX cuando Ernest A. Codman propone el “Standard Mínimo”, base del primer programa de estandarización hospitalares (1918), muchas décadas antes de que se propusieran estrategias similares (convergentes) en el modelo industrial. Durante este tiempo la metodología se ha refinado y madurado llegando a las técnicas modernas actuales de acreditación basadas en los conceptos y métodos del mejoramiento continuo de la calidad, que miran a la organización de manera integral, enfocan la estrategia de mejoramiento en la búsqueda de resultados centrados en el cliente. El desarrollo del proceso en nuestro país incluyó la revisión de experiencias internacionales y de los diferentes modelos aplicados en algunos países, lo cual permitió incorporar en el diseño del sistema algunos de los elementos que caracterizan las más avanzadas experiencias de calidad en el mundo. Nuestro modelo además incorpora algunas características muy propias nuestras como: 1. Es operado por un ente acreditador único el cual lidera el sistema en ejercicio de una concesión del Estado, implementando las políticas de calidad del país y bajo la supervisión del concedente, en este caso el Ministerio de la Protección Social. 2. La acreditación se encuentra completamente integrada en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Este modelo nos garantizará procesos únicos, eficientes y transparentes para la etapa de evaluación y otorgamiento del Certificado de Acreditación en Salud y le brindarán al sistema una imagen de credibilidad, solidez y transparencia que han demostrado ser claves en el desarrollo de la estrategia. 3. En el caso específico de ICONTEC, sus funciones como ente acreditador mientras dure la concesión otorgada por el Estado están claramente diferenciadas y funcionan independientemente de su rol como ente certificador, normalizador o institución educativa. Lo anterior significa que si una institución

eventualmente ha sido certificada en un proceso ISO, el hecho de que ICONTEC sea su ente certificador o no, no le brinda ninguna posición preferencial para ser acreditado en salud. Igualmente, en el caso de las actividades educativas, haber recibido capacitación por parte del área educativa de ICONTEC tampoco le brinda ninguna ventaja adicional en el proceso de obtención del certificado de acreditado en salud. El sistema de acreditación se constituye en una oportunidad para que las entidades sean competitivas en el plano internacional, dado que nuestro modelo de acreditación cuenta con el reconocimiento de ISQua, la Sociedad Internacional de Calidad en Salud y su Federación Internacional a nuestro ente acreditador, encontrándose en proceso la estandarización internacional de nuestros estándares, de esta forma se continúa incrementando la competitividad de nuestras entidades para la exportación de servicios de salud. Asimismo, el sistema incorpora incentivos de prestigio que generan competencia entre las entidades para ofrecer mejores servicios, lo cual redundará directamente en beneficio de los usuarios, quienes tendrán la opción de escoger entre aquellas instituciones que presenten más altos estándares de calidad.

8.5.3. El Sistema de Información para la Calidad.

El sistema de información para la calidad, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los prestadores de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Sistema de Información para la Calidad (SIC) definido por el título VI del Decreto 1011 de 2006 y la resolución 1446/06, tiene como filosofía la obtención de información generada en los otros componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad SOGC e incentivar su utilización para desarrollar gestión basada en hechos y datos, estimular la referenciación competitiva basada en la calidad de los servicios y permitir a los usuarios la selección informada de sus proveedores de servicios de salud en el ejercicio de sus derechos y deberes. Adicionalmente, se dispone de Información de indicadores de Calidad en el Decreto 2193 del año 2004 donde se establecen “las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud”

8.6. LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. (PAMEC)

La auditoría para el mejoramiento de la calidad, se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro Sistema, identificado como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.

A través del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) se dirige éste componente el PAMEC entonces es la forma a través de la cual la institución implementa el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el cual se define como un componente de mejoramiento continuo, en el sistema obligatorio de garantía de calidad, entendida como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios”.

8.6.1. Objetivos del PAMEC

Elaboración del diagnóstico básico para establecer cuáles son los principales problemas de calidad que la institución presenta, así como los procesos involucrados en su generación, los que serán objeto del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad. Para ello es necesario que se identifiquen fortalezas, carencias y oportunidades de mejoramiento.

8.6.2. Autoevaluación

El primer paso para que la organización pueda desarrollar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud consiste en establecer qué es lo que puede mejorarse, para ello debe realizar una autoevaluación interna, es decir, un diagnóstico básico general de la institución, que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan vigorosamente al usuario. En ese orden de ideas, los aspectos objeto de mejoramiento de la calidad son, especialmente, todos aquellos procesos, momentos de verdad y resultados que, por razón de su relación con la calidad de la atención alcanzan gran importancia, como quiera que no responden a las necesidades o expectativas de los usuarios.

Es relevante precisar que un diagnóstico básico general de fallas de calidad nos arroja principalmente un inventario de problemas de calidad, para que en una etapa posterior se identifiquen los procesos que están interviniendo en su generación.

8.6.3. Selección de procesos a mejorar

A partir de la identificación de las oportunidades de mejoramiento se debe establecer a qué procesos pertenecen. Las oportunidades de mejoramiento que pueden afectar los resultados de la atención pueden ser funciones organizacionales como son la comunicación, la información, partes del proceso en el ciclo PHVA o un proceso como tal. Es importante concentrarse en el mejoramiento de los procesos organizacionales para garantizar atacar las causas raíz de los problemas, evitando quedarse en la solución de síntomas. Se sugiere que la selección de los procesos objeto de mejoramiento se realice con los equipos que

participaron en el ejercicio de autodiagnóstico, con el propósito de continuar la participación activa de los miembros de la institución en la implementación del componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

8.6.4. Priorización de procesos

El inventario de los procesos objeto de mejoramiento puede resultar extenso y probablemente la institución no podrá mejorarlos todos simultáneamente, como quiera que implementar los siguientes pasos de la ruta crítica con cada proceso requiere esfuerzos importantes, aunado a que los recursos organizacionales son limitados.

Para seleccionar adecuadamente aquellos procesos que impactan con más fuerza al usuario se puede utilizar la matriz de priorización, la jerarquización y los gráficos de Pareto entre otros, siempre y cuando la metodología seleccionada sea clara y explícita.

En esta guía se aborda la matriz de priorización, que es una herramienta para evaluar opciones basándose en una determinada serie de criterios explícitos que el grupo ha decidido como importantes para tomar una decisión adecuada y aceptable. Se propone que estos criterios sean los factores críticos de éxito de la institución. Los factores críticos de éxito son entendidos como aquellos aspectos que si todos los miembros de la institución contribuyen a cumplir, permitirán el logro de los objetivos y metas institucionales. Son aquellos aspectos o variables que, estando bajo el control de la institución y siendo medibles en el tiempo, se requiere controlar para el logro de los resultados esperados. Ejemplos de ellos son:

- Sostenibilidad financiera (resaltando los costos de la no calidad).
- Rentabilidad social.
- Satisfacción del cliente externo.
- Satisfacción del cliente interno.

- Calidad de la atención.

Finalmente, es importante que los miembros de la organización entiendan el factor de la misma manera, por lo que se sugiere que se realice un documento donde se defina cada uno de los factores antes de la realización del ejercicio de priorización. En el mismo taller planteado para cumplir con el propósito de identificar los procesos que harán parte del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede realizarse el ejercicio de priorización

8.6.5. Definición de la calidad esperada

Forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, sistemas), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo que finalmente tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

8.6.6. Calidad observada

Nivel de desempeño de los procesos en la institución, para así poder identificar la brecha existente (la diferencia entre lo esperado y lo observado).

8.6.7. Formulación de planes de mejoramiento

La etapa de planeación tiene como objetivo conseguir los insumos indispensables para la elaboración de los planes de mejoramiento para el cierre de las brechas o diferencia que existe entre la calidad esperada y la calidad observada, como son: Programa de capacitación para los equipos de mejoramiento, que se entiende son los responsables de los procesos objeto de mejora y aquellos que se encuentran relacionados con ellos. Programa de

comunicación con el propósito de que la institución conozca cómo se van adelantando el mejoramiento, las dificultades, los logros alcanzados, el mejoramiento en los resultados de los indicadores. Definición de los aspectos logísticos que se requieren para el mejoramiento, como son sitios de las reuniones, registro de las reuniones realizadas y necesidades para la implementación de los mejoramientos.

8.6.8. Implementación de planes de mejoramiento

Los planes de mejoramiento de calidad definidos son el primer paso del ciclo PHVA. El paso siguiente, HACER, consiste en capacitar y entrenar a los implicados, tanto en el método por aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan. Pero para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR o hacer seguimiento permanente y ACTUAR correctivamente en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas. Para ello son necesarias dos condiciones: Que se realice la medición de los indicadores definidos para cada meta, de forma sistemática y con una periodicidad definida, para saber oportunamente si se está logrando o no la meta deseada. Que se establezca una forma de comunicación y seguimiento de las actividades, entre cada responsable y su equipo. Este lo debe presentar cada responsable de un proyecto a su superior inmediato, con la periodicidad que la institución determine, para identificar y solucionar oportunamente problemas que puedan impedir el logro de la meta final.

8.6.9. Evaluación de la ejecución del plan de mejoramiento

Evaluación realizada periódicamente al plan de mejoramiento con el fin de consolidar e ir desarrollando el mejoramiento continuo en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

8.6.10. Aprendizaje organizacional

Generar aprendizaje organizacional significa entrenar y capacitar las personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realice seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada. En este sentido, la ruta establecida por la auditoría para el mejoramiento de la atención en salud ha surtido claramente las etapas previas a la estandarización. Lo que se pretende, entonces, es mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo. Los ejecutores de los procesos, junto con el equipo de auditoría facilitador en la apropiación de estas metodologías, serán los responsables de proponer los procedimientos estándar de operación que aseguren el mantenimiento y mejora de la calidad esperada, si esto no ocurre es necesario entrenar y capacitar a los ejecutores en la metodología escogida por la organización para estandarización de los procesos prioritarios, una vez han logrado los resultados esperados.

8.6.11. El ciclo Planificar - Hacer- Verificar - Actuar

Es un conjunto de principios que lleva a la organización a pensar más allá de la Evaluación de la Calidad, debe ser visto como un proceso de Autocontrol, que involucra al cliente y sus necesidades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

La aplicación del ciclo es un continuo en el tiempo así:

CICLO PHVA

PHVA	FASE	OBJETIVO
P	Identificación del problema	Definir claramente el problema y reconocer su importancia, definir el objetivo
	Observación	Investigar las características específicas del problema (datos y procesos)
	Análisis	Buscar las causas fundamentales
	Plan de Acción	Crear un plan para el bloqueo de las causas fundamentales
H	Ejecución	Bloquear las causas fundamentales
V	Verificación	Verificar si el bloqueo fue efectivo
A	Estandarización	Prevenir la recurrencia del problema
	Conclusión	Recapitular todo el proceso para el trabajo futuro

9. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo, cuantitativo, de corte transversal.

9.2 POBLACION:

4 instituciones prestadoras de servicios de salud que tienen el servicio habilitado de neurorehabilitación en la ciudad de Popayán, año 2015.

9.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Entidad de salud
2. Tener habilitado el servicio de neurorehabilitación
3. Contar con plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad
4. Tener autorización para el acceso al plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad

9.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Entidades con objetos sociales diferentes a la salud
2. No tener habilitado el servicio de neurorehabilitación
3. No contar con el plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad
4. No tener autorización para el acceso al plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad
5. No encontrarse en el municipio de Popayán, Cauca

9.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

“Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud” fecha de elaboración: 19 de Septiembre de 2014, creado por Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria; Ministerio de Salud y Protección Social

9.6 PLAN DE ANÁLISIS:

Paquete estadístico: SPSS versión 19.0 para Windows.

9.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
CARACTERISTICAS					
Objetivo	Planteamiento de una meta o un propósito a alcanzar.	Descripción de la meta a cumplir mediante la implementación del pamec	Cualitativo	Nominal	CUMPLE, NO CUMPLE
Alcance del mejoramiento continuo de la calidad	Propósito del mejoramiento de la calidad emprendido por la Entidad	Norma en la que se basan las entidades para la realización del PAMEC	Cualitativo	Nominal	Res 1446 de 2006 Res 0123 de 2012
RUTA CRITICA					
Autoevaluación	Diagnóstico básico general de la institución, que pretende	Evaluación inicial de la entidad en sus procesos de calidad	Cualitativo	Nominal	CUMPLE, NO CUMPLE

	identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización				
Procesos a mejorar	Oportunidades de mejoramiento que pueden afectar los resultados de la atención	Posibilidades de mejorar en sus atención y calidad de los servicios	Cualitativo	Nominal	CUMPLE, NO CUMPLE
Priorización de procesos	Jerarquización clara y precisa de los procesos a mejorar	Selección de los procesos a mejorar según escalar o metodología seleccionada	Cualitativo	Nominal	CUMPLE, NO CUMPLE
Calidad esperada	Forma como se espera que se realice los procesos de atención	Calificación de los servicios según norma	Cualitativo	Nominal	CUMPLE, NO CUMPLE

	(normas técnicas, guías y sistemas)				
Calidad observada	Nivel de desempeño de los procesos en la institución según clientes internos y externos	Nivel de satisfacción y resultados de las auditorías según clientes internos y externos	Cualitativo	Nominal	CUMPLE, NO CUMPLE
Formulación de planes de mejora	Cierre de las brechas o diferencia que existe entre la calidad esperada y la calidad observada	Aspectos logísticos que se requieren para el mejoramiento	Cualitativo	Nominal	CUMPLE, NO CUMPLE
Implementación de planes	Ciclo Planear, Hacer,	Metodología usada para llevar a cabo el	Cualitativo	Nominal	CUMPLE, NO CUMPLE

de mejoramiento	Verificar, Actuar.	mejoramiento continuo			
Evaluación de la ejecución de planes de mejoramiento	Evaluación realizada periodicame nte con el fin de consolidar y desarrollar el mejoramient o continuo	Analisis cualificable del Ciclo Planear, Hacer, Verificar, Actuar.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE, NO CUMPLE
Aprendizaje organizacional	Seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada.	Entrenamiento y capacitación a las personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realice seguimiento.	Cualitativo	Nominal	CUMPLE, NO CUMPLE

9.8 ANÁLISIS DE VARIABLES

UNIVARIADO

- Autoevaluación
- Selección de procesos a mejorar
- Priorización de procesos
- Definición de la calidad esperada
- Calidad observada
- Formulación de planes de mejoramiento
- Implementación de planes de mejoramiento
- Evaluación de la ejecución del plan de mejoramiento
- Aprendizaje organizacional

Tabla 1. Alcance del mejoramiento continuo de la calidad

Alcance del mejoramiento continuo de la calidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Resolución 0123 de 2012	4	100,0	100,0

Se observa que las cuatro instituciones de salud del municipio de Popayán que prestan el servicio de neuro-rehabilitación, desarrollaron sus Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) según la resolución 0123 de 2012; cumpliendo en un 100% el alcance al dirigir sus planes al Sistema Único de Acreditación.

Tabla 2. Autoevaluación

Autoevaluación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Cumple	4	100,0	100,0

Se identifica un porcentaje de cumplimiento del 100% en la autoevaluación, pues las cuatro instituciones de salud del municipio de Popayán que prestan el servicio de neuro-rehabilitación, generaron grupos de calidad y diligenciaron la matriz de autoevaluación de la resolución 0123 de 2012

Tabla 3. Procesos a Mejorar

Procesos a mejorar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Cumple	1	25,0	25,0
No cumple	3	75,0	75,0
Total	4	100,0	100,0

Solo una de las cuatro instituciones de salud del municipio de Popayán que presta el servicio de neuro-rehabilitación, demostró en su PAMEC, correlación de los grupos de estándares de acreditación, con el mapa procesos de la institución según la autoevaluación; por el contrario, las tres instituciones restantes, aunque desarrollaron la autoevaluación, no establecieron un análisis de los procesos a mejorar.

Tabla 4. Priorización de procesos

Priorización de procesos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Cumple	3	75,0	75,0
No cumple	1	25,0	25,0
Total	4	100,0	100,0

La priorización busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes tenga como consecuencia un mayor beneficio en las entidades. Tres de las cuatro instituciones de salud del municipio de Popayán que prestan el servicio de

nuero-rehabilitación, generaron espacios de conocimiento, discusión y participación, con el fin de jerarquizar y priorizar procesos.

La cuarta entidad no cumplió con los pasos de la ruta crítica y determino para su institución el paso directo desde la autoevaluación a la calidad observada generando en todos los procesos métodos de medición sin necesidad de priorizar pues la alta dirección determino que todos los procesos eran igual de importantes y que se debían desarrollar actividades para cada proceso de la institución.

Tabla 5. Calidad esperada

Calidad esperada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
No cumple	4	100,0	100,0

En la calidad esperada se debe evidenciar el nivel de calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que aplican para llegar a la implementación del PAMEC, en las instituciones evaluadas no se evidenciaron indicadores de salud ni se propusieron metas, por lo que se calificó a las 4 entidades con incumplimiento.

Tabla 6. Calidad observada

Calidad observada	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
No cumple	4	100,0	100,0

Debido a que ninguna de las 4 entidades desarrollo el parámetro de calidad esperada, la calidad observada no se pudo determinar, dando un incumplimiento del 100% en este parámetro.

Tabla 7. Formulación de planes de mejora

Formulación de planes de mejora	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Cumple	1	25,0	25,0
No cumple	3	75,0	75,0
Total	4	100,0	100,0

Las 4 entidades utilizaron la herramienta 5W la cual determina las cinco razones para implementar los planes de mejoramiento y así poder desarrollar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad. Por lo anterior, solamente una entidad cumple con la herramienta 5W y de esta forma establece la formulación del plan de mejora.

Tabla 8. Implementación de planes de mejoramiento

Implementación de planes de mejoramiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Cumple	4	100,0	100,0

En las cuatro instituciones de salud del municipio de Popayán que prestan el servicio de número-rehabilitación Se evidencio la implementación de actividades relacionadas con los procesos de la resolución 0123 de 2012, que se tuvieron en cuenta para el momento de la autoevaluación.

Tabla 9. Evaluación de la ejecución de planes de mejoramiento

Evaluación de la ejecución de planes de mejoramiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Cumple	1	25,0	25,0
No cumple	3	75,0	75,0
Total	4	100,0	100,0

De las cuatro instituciones de salud del municipio de Popayán que prestan el servicio de número-rehabilitación, solo una de ellas cumplió con la evaluación de la ejecución de planes de mejoramiento, pues evaluó, los indicadores y metas propuestas; las otras tres instituciones no han documentado este proceso.

Tabla 10. Aprendizaje organizacional

Aprendizaje organizacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Cumple	1	25,0	25,0
No cumple	3	75,0	75,0
Total	4	100,0	100,0

Solo uno de los grupos de calidad documentó el entrenamiento y capacitación de las personas de la institución; además, de mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo las otras tres instituciones no han documentado este proceso.

Tabla 11. Porcentajes de cumplimiento

Entidades	Porcentaje de cumplimiento del PAMEC
Entidad de salud 1	80 %
Entidad de salud 2	40 %
Entidad de salud 3	50 %
Entidad de salud 4	40 %

Se identifica que solo uno de las instituciones cumple con el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de Calidad; enfocada en la preparación para la acreditación, ya que obtuvo un 80% en el grado de cumplimiento.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta los resultados del estudio investigativo, se retom an en la discusión los aspectos más relevantes, para relacionar el análisis con investigaciones nacionales y locales; además, de la revisión bibliográfica de diferentes autores.

Entre los referentes se encuentran diversos estudios acerca de la formulación y evaluación de los Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, donde se relaciona con el estudio al investigar la creación y la evaluación de los procesos hasta medir su cumplimiento dirigido a la acreditación; sin embargo, no se encontraron estudios internacionales que relacionen la creación, evaluación y/o implementación de planes de mejoramiento en calidad en salud con el servicio de neuro-rehabilitación. En las investigaciones nacionales se evidenció la formulación de planes de mejoramiento y a nivel local la evaluación del cumplimiento de los estándares dirigido a la acreditación, mientras que en la investigación desarrollada en las cuatro instituciones de salud del municipio de Popayán que prestan el servicio de neuro-rehabilitación se evaluó el grado de cumplimiento de los lineamientos empleados para la construcción de los Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

La Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria, del Ministerio de Salud y Protección Social, establece la “Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud” con el fin de medir el grado de cumplimiento de los programas; en nuestra investigación se desarrolló un análisis en las cuatro instituciones de salud del municipio de Popayán que prestan el

servicio de neuro-rehabilitación, con la lista de chequeo para investigar el grado de cumplimiento.

En los estudios encontrados se observaron diferentes relaciones con la investigación, identificando en el estudio de Beltrán y colaboradores¹ “Evaluación de Procesos Asistenciales y Análisis del PAMEC Institucional para Miocardio SAS año 2011”, el incumplimiento del estándar 9 seguimientos riesgos, sus debilidades, fortalezas y oportunidades de mejora; para definir la situación actual del proceso de la entidad, este PAMEC tuvo un sustento normativo de elaboración según la resolución 1043 de 2006 la cual está orientada a los procesos de habilitación y no permite alcanzar altos estándares de salud; sin embargo, realizan una matriz similar utilizando los conceptos de “cumple” y “no cumple” como lo realiza nuestra investigación; no obstante, en las cuatro instituciones de salud del municipio de Popayán que prestan el servicio de neuro-rehabilitación se desarrollaron Programas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), basados en la resolución 0123 de 2012 con la cual las instituciones puede generar mejoramiento continuo y dirigir sus procesos hacia el sistema único de acreditación.

Otro estudio que se relaciona con nuestra investigación es el realizado, por Carreño² y colaboradores en el año 2012, donde al igual que en nuestro estudio se realizó un análisis descriptivo de los programas de auditoria para el mejoramiento de la calidad, donde se realizan un programa para el mejoramiento de la calidad; aplicando algunos pasos de la ruta

¹ EDITH JOHANNA BELTRAN DIAZ, DIANA LORENA PRADA MONROY, LIZA SANJUAN ROLONG (2011), EVALUACION DE PROCESOS ASISTENCIALES Y ANALISIS DEL PAMEC INSTITUCIONAL PARA MIOCARDIO S.A.S, BOGOTA

² DIANA MARCELA CARREÑO BELTRAN, RUZ DARY CASTRO QUILAGUY, SANDRA PATRICIA OCHOA SÁNCHEZ (2012), PLAN DE MEJORAMIENTO CONTINUO PARA UNA IPS, BOGOTÁ D.C

crítica, los cuales fueron: Autoevaluación, plan de mejoramiento, estandarización procesos y aprendizaje organizacional. En nuestro estudio el resultado final fue determinar el grado de cumplimiento de los lineamientos empleados para la construcción de los PAMEC, en las IPS que prestan el servicio neurorehabilitación, en la ciudad de Popayán, año 2015 en la investigación de Carreño y colaboradores tuvieron como resultado la elaboración de una guía práctica para la realización del PAMEC en las IPS, en nuestro estudio se observó que la mayoría de las instituciones, no cumplió con todos los pasos de la ruta crítica, aplicando solo tres o cuatro procesos de los nueve planteados, al igual que la propuesta del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad creada por los investigadores Carreño y colaboradores donde solo aplicaron cuatro procesos de la ruta crítica.

Por otra parte Charco³ y Colaboradores evaluaron el proceso de planeación y autoevaluación del segundo ciclo de preparación para la acreditación en salud del servicio de imagenología, para ello utilizaron una lista de verificación elaborada según la guía práctica de preparación para la acreditación en salud (2007), no obstante en nuestro estudio se utilizó la “Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud”, creada por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social; la cual a diferencia de la guía práctica que mide el nivel de preparación para acreditación, nuestra investigación evalúa la ruta crítica del programa para el mejoramiento de la calidad. Finalmente en nuestro estudio se identificó que ninguna de las cuatro instituciones de salud del municipio de Popayán que prestan el servicio de neuro-rehabilitación la cumplió con la totalidad de los pasos de la ruta crítica, lo que al igual que en el estudio de Charco y Colaboradores, evidencia

³ ANGÉLICA MARIA CHARCO BARBOSA, LUCY RUIZ GONZÁLEZ, KETHERINE DEL PILAR NOVOA VILLAMIL (2010). EVALUACIÓN DEL PROCESO DE PLANEACIÓN Y AUTOEVALUACIÓN DEL SEGUNDO CICLO DE PREPARACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN EN SALUD EN EL SERVICIO DE IMAGENOLOGÍA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA E.S.E., BOGOTÁ D.C

una preocupante desmotivación de parte del personal y desconocimiento respecto al proceso de acreditación y cumplimiento de la normativa vigente.

En el estudio realizado por Urbano⁴ y Colaboradores se puede observar que tanto ella como los demás investigadores evaluaron el cumplimiento de los estándares de acreditación en el ámbito hospitalario del Punto de Atención Cajibío de la E.S.E. Centro I, durante el primer periodo del año 2012, en el cual se evaluaron con el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad PAMEC, el uso de la ruta crítica iniciando con su autoevaluación hasta llegar a la priorización para identificar si el punto de atención de Cajibío podría llegar a acreditarse, en nuestra investigación las cuatro instituciones de salud del municipio de Popayán que prestan el servicio de neuro-rehabilitación, también iniciaron con la autoevaluación y trataron de alcanzar todo el proceso de la ruta crítica, ya que por el contrario de la investigación de urbano no trataban de medir su nivel para la acreditación sino lograr acercarse a ella y finalizar en la priorización de procesos.

Además, se identificó en el estudio de Urbano⁵ y Colaboradores, el seguimiento continuo de la ruta crítica hasta llegar al paso de priorización de procesos, mientras que en nuestras cuatro instituciones evaluadas solo una de ellas cumplió con todos los pasos de la ruta crítica hasta llegar a la priorización de procesos y de allí ninguna de las cuatro instituciones logró continuar con el planteamiento que creó el del Ministerio de Salud y Protección Social.

⁴ KELLY BENAVIDEZ, MARLEN STELLA ORTIZ, ASTRID LORENA URBANO RUIZ (2012), CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA E.S.E. CENTRO I, PUNTO ATENCIÓN CAJIBÍO, AÑO 2012. POPAYÁN

⁵ KELLY BENAVIDEZ, MARLEN STELLA ORTIZ, ASTRID LORENA URBANO RUIZ (2012), CUMPLIMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN LA E.S.E. CENTRO I, PUNTO ATENCIÓN CAJIBÍO, AÑO 2012. POPAYÁN

Finalmente, a partir de los resultados ya analizados es posible establecer que las cuatro instituciones de salud del municipio de Popayán que prestan el servicio de neuro-rehabilitación desarrollaron los Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad con el fin de conseguir la certificación del Sistema Único de Habilitación, y no dirigido a alcanzar el Sistema Único de Acreditación.

CONCLUSIONES

- En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social determinó los pasos de la ruta crítica descritos en las pautas indicativas, con el objetivo de orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar procesos y promover en el país la calidad, en las instituciones evaluadas que prestan los servicios de neurorehabilitación en el municipio de Popayán no se evidencia el seguimiento estricto de los pasos de la ruta crítica establecidas por el ministerio de salud y protección social.
- Al aplicar la “lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud”, planteado por el ministerio de salud y protección social, se evidencia que la mayoría de las instituciones no alcanzan un grado de cumplimiento para llegar a estándares altos de calidad, evidenciando que el PAMEC es utilizado para lograr la certificación en el SUH y no para el cumplimiento de estándares altos de calidad.
- Todas las instituciones basan su PAMEC en el decreto 0123 del 2012 el cual va dirigido hacia el sistema único de acreditación, sin embargo se evidencia que solo una de las instituciones al obtener un 80% del grado de cumplimiento podrá llegar a la acreditación si se siguen el enfoque sistémico del PAMEC.
- El no establecer metas o no definir la calidad esperada dificulta la mejora continua pues se hace imposible determinar la brecha entre lo deseado y lo que se observa.

RECOMENDACIONES

- Es importante que el personal gerencial administrativo y asistencial de las instituciones, se capaciten en la aplicación de la Guía Básica del Ministerio para la elaboración del PAMEC, con el propósito de evidenciar tanto la ejecución de la ruta crítica como su interrelación con el enfoque sistémico, es decir relacionando cada uno de sus procesos con la institución en su totalidad y así aportar al aprendizaje organizacional y la retroalimentación.
- Se recomienda seguir las indicaciones dadas en el informe que se presentará, ya que se realiza con el propósito de orientar a las instituciones, respecto a las falencias encontradas y a la realización de un adecuado PAMEC.
- Se recomienda promover la realización de estudios analíticos para obtener resultados comparables entre sí y con la presente investigación, beneficiando principalmente a las instituciones de salud.
- Fomentar la cultura de la calidad para el paciente, mediante la educación prioritaria de Identidad institucional y el sentido de pertenencia, a funcionarios y profesionales; para la prestación de servicios atentos y eficientes, que definan el comportamiento y la imagen de la empresa.

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD PAMEC									
CRITERIO	INSTITUCION I		INSTITUCION II		INSTITUCION III		INSTITUCION IV		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD									
<p>El alcance del mejoramiento de la calidad de la entidad, debe ser explícito y se debe orientar en uno o varios de los siguientes temas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema Único de Acreditación 2. Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad 3. Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales 4. Fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente. En todo caso, el PAMEC, debe ser superior al cumplimiento de estándares de Habilitación. Duración de la implementación del PAMEC, evidenciando el periodo en el que se estará implementando el plan de compromiso de la entidad en el mejoramiento continuo de la calidad 									
1. AUTOEVALUACION									
<p>Si el enfoque es el Sistema Único de Acreditación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares 2. La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA. 3. Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación 4. Los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA si hay una previa <p>Resultado de las auditorías Internas que realiza la IPS, que deben tener el objetivo de monitorizar y verificar el avance de la entidad en el aseguramiento de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo. Los resultados de dichas auditorías proveerán información para cada uno de los procesos sobre la consistencia del mejoramiento implementado</p> <p>Resultado de las Auditorías externas que proveen información de las partes interesadas y/o clientes y que reflejan la medición objetiva de aspectos claves en la prestación de servicios de salud de índole legal que también orientan a la IPS en la mejora continua de la calidad</p> <p>Resultados de la gestión de los Comités Institucionales a partir de sus planes de acción definidos para cada vigencia. El cumplimiento de dichos planes reflejará el compromiso de la entidad en el mejoramiento continuo de la calidad</p> <p>Análisis de los resultados de los indicadores reglamentarios y de los institucionales que reflejen el estado de los mismos frente a unos estándares o metas definidas.</p> <p>Análisis de la escucha de la voz del cliente que arroja resultados sobre el impacto en el usuario y su familia de todas las acciones de mejoramiento emprendidas en la institución y es el medidor por excelencia del enfoque en el cliente de una entidad</p>									
2. PROCESOS A MEJORAR									
<p>Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar la correlación de los grupos de estándares de acreditación con los procesos del mapa de procesos de la entidad, a fin de evidenciar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de calidad superior que apliquen.</p> <p>Si el alcance del PAMEC no es acreditación, la entidad debe contar con una evidencia del listado de los procesos, que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y</p>									

con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta crítica del PAMEC									
3. PRIORIZACION DE PROCESOS									
Si el alcance del PAMEC es acreditación, se debe evidenciar la priorización. De oportunidades de mejoramiento para cada uno de los grupos y subgrupos de estándares de acreditación. Se sugiere utilizar el documento ABC de planes de mejoramiento de la calidad. Si el alcance del PAMEC no es acreditación, se debe evidenciar una metodología validada de priorización de procesos, como la matriz de factor crítico de éxito.									
4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA									
Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar en él, a qué nivel de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que le apliquen se espera llegar en el período de implementación de dicho PAMEC. Si el alcance del PAMEC no es la acreditación, se debe evidenciar a dónde se espera llegar con la implementación del PAMEC en la vigencia así: 1. Si el alcance es el Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad, indicar la meta a cumplir 2. Si el alcance es el fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales, indicar el nivel deseado de riesgo al que se espera llegar 3. Si el alcance es el fortalecimiento del Programa de Seguridad de paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente, indicar el logro esperado									
5. CALIDAD OBSERVADA									
Si el enfoque es la preparación para la acreditación, además de lo anterior, evidencia de los resultados de la autoevaluación de estándares de acreditación si en el periodo se realizó la misma									
6. FORMULACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA									
Evidencia documental de la formulación de planes de mejoramiento tendientes a alcanzar la calidad esperada. Si el alcance del PAMEC es la acreditación, se debe contar con planes de mejoramiento para cada grupo de estándares de acreditación, a saber, direccionamiento, gerencia, proceso de atención al cliente asistencial, gerencia de la información, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de la tecnología y mejoramiento de la calidad.									
7. IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA									
Evidencia documental de la implementación de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramientos formulados para alcanzar la calidad esperada									
8. EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA									
Evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada. Incluye el seguimientos desde el autocontrol y de la auditoría interna									
9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL									
Documento que evidencie el análisis de la ejecución del PAMEC, luego de finalizado el periodo de implementación definido, con el fin de identificar las acciones que deben estandarizarse en la entidad									

ANEXO 2. INFORMES A LAS INSTITUCIONES

PERFIL DE LA EMPRESA :

NIT:	900 XXX XXX - X	NATURALEZA JURIDICA:	PRIVADA
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	POPAYÁN
NUMERO DE SEDES:	TRES (3)	CERTIFICADO POR S.U.H:	NO
PERSONAL ADMINISTRATIVO:	DOCE PERSONAS (12)		
PERSONAL ASISTENCIAL:	VEINTINUEVE PERSONAS (29)		
PERSONAL DE APOYO:	CUATRO PERSONAS (4)		

SERVICIOS :

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	NOMBRE	SERVICIO
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 1	327- MEDICINA FÍSICA Y REH
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 1	344- PSICOLOGÍA
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 1	356- NEUROREHABILITACIÓN
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 1	725- ELECTRODIAGNÓSTICO
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 1	728- TERAPIA OCUPACIONAL
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 1	739- FISIOTERAPIA
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 1	740- FONOAUDIOLOGÍA

INTRODUCCION :

El presente documento, se constituye en una herramienta para contribuir al mejoramiento continuo de los servicios que presta La INSTITUCIÓN 1 y hace parte de la estrategia de mejoramiento de la eficiencia y eficacia de sus procesos de atención consagrada en la política de calidad, hacia la búsqueda de la satisfacción del usuario.

Este informe se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuestos por el Ministerio de la Protección Social.

Lo importante de la ejecución del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad es el proceso de cambio en La INSTITUCIÓN 1, por lo que se desarrollan en este informe las soluciones con el fin de cumplir con la "Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud", creada por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y

Protección Social para que la INSTITUCIÓN 1, logre realizar un adecuado mejoramiento continuo y así alcanzar altos estándares de calidad.

OBJETIVO: Brindar soluciones a la INSTITUCIÓN 1 con el fin de alcanzar el cumplimiento de la ruta crítica exigida por el ministerio de salud y de la protección social en la lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud y así promover el desarrollo de planes de mejoramiento que conduzcan a la INSTITUCIÓN 1 al logro de niveles superiores de calidad en sus procesos de atención.

JUSTIFICACION:

Este informe contribuirá a la INSTITUCIÓN que presta el servicio de neurorehabilitación en la ciudad de Popayán al analizar el grado de cumplimiento de los lineamientos establecidos para el PAMEC y Brindar soluciones con el fin de lograr estándares altos de calidad.

RUTA CRÍTICA:

Autoevaluación

Diagnóstico básico general de la institución, que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan vigorosamente al usuario.

Selección de procesos a mejorar

A partir de la identificación de las oportunidades de mejoramiento se debe establecer a qué procesos pertenecen. Las oportunidades de mejoramiento que pueden afectar los resultados de la atención pueden ser funciones organizacionales como son la comunicación, la información, partes del proceso en el ciclo PHVA o un proceso como tal.

Priorización de procesos

Para seleccionar adecuadamente aquellos procesos que impactan con más fuerza al usuario se puede utilizar la matriz de priorización, la jerarquización y los gráficos de Pareto entre otros, siempre y cuando la metodología seleccionada sea clara y explícita.

Definición de la calidad esperada

Forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, sistemas), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo que finalmente tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

Calidad observada

Nivel de desempeño de los procesos en la institución, para así poder identificar la brecha existente (la diferencia entre lo esperado y lo observado).

Formulación de planes de mejoramiento

La etapa de planeación tiene como objetivo conseguir los insumos indispensables para la elaboración de los planes de mejoramiento para el cierre de las brechas o diferencia que existe entre la calidad esperada y la calidad observada

Implementación de planes de mejoramiento

Los planes de mejoramiento de calidad definidos son el primer paso del ciclo PHVA. El paso siguiente, HACER, consiste en capacitar y entrenar a los implicados, tanto en el método por aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan. Pero para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR o hacer seguimiento permanente y ACTUAR correctivamente en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas.

Evaluación de la ejecución del plan de mejoramiento

Evaluación realizada periódicamente al plan de mejoramiento con el fin de consolidar e ir desarrollando el mejoramiento continuo en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

Aprendizaje organizacional

Generar aprendizaje organizacional significa entrenar y capacitar las personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realice seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada.

EVALUACIÓN Y SOLUCIONES PARA LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAMEC:

Definición de la Calidad Esperada

La entidad debe realizar indicadores de salud donde se establezcan metas; y donde se pueda evidenciar la implementación del PAMEC.

Calidad Observada

La entidad debe desarrollar el parámetro de calidad esperada para compararla con el nivel de desempeño de la calidad observada.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Es importante que el personal gerencial administrativo y asistencial de las instituciones, se capaciten en la aplicación de la Guía Básica del Ministerio para la elaboración del PAMEC, con el propósito de evidenciar tanto la ejecución de la ruta crítica como su interrelación con el enfoque sistémico, es decir relacionando cada uno de sus procesos con la institución en su totalidad y así aportar al aprendizaje organizacional y la retroalimentación.

Se recomienda seguir las indicaciones dadas en el informe, ya que se realiza con el propósito de orientar a las instituciones, respecto a las falencias encontradas y a la realización de un adecuado PAMEC.

PERFIL DE LA EMPRESA :

NIT:	900 XXX XXX - X	NATURALEZA JURIDICA:	PRIVADA
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	POPAYÁN
NUMERO DE SEDES:	UNA (1)	CERTIFICADO POR S.U.H:	NO
PERSONAL ADMINISTRATIVO:	TRECE PERSONAS (13)		
PERSONAL ASISTENCIAL:	TREINTA PERSONAS (30)		
PERSONAL DE APOYO:	DOS PERSONAS (2)		

SERVICIOS :

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	NOMBRE	SERVICIO
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 2	327- MEDICINA FÍSICA Y REH
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 2	356- NEUROREHABILITACIÓN
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 2	728- TERAPIA OCUPACIONAL
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 2	739- FISIOTERAPIA
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 2	740- FONOAUDIOLOGÍA

INTRODUCCION :

El presente documento, se constituye en una herramienta para contribuir al mejoramiento continuo de los servicios que presta La INSTITUCIÓN 2 y hace parte de la estrategia de mejoramiento de la eficiencia y eficacia de sus procesos de atención consagrada en la política de calidad, hacia la búsqueda de la satisfacción del usuario.

Este informe se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuestos por el Ministerio de la Protección Social.

Lo importante de la ejecución del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad es el proceso de cambio en La INSTITUCIÓN 2, por lo que se desarrollan en este informe las soluciones con el fin de cumplir con la "Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud", creada por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social para que la INSTITUCIÓN 2, logre realizar un adecuado mejoramiento continuo y así alcanzar altos estándares de calidad.

OBJETIVO: Brindar soluciones a la INSTITUCIÓN 2 con el fin de alcanzar el cumplimiento de la ruta crítica exigida por el ministerio de salud y de la protección social en la lista de

chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud y así promover el desarrollo de planes de mejoramiento que conduzcan a la INSTITUCIÓN 2 al logro de niveles superiores de calidad en sus procesos de atención.

JUSTIFICACION:

Este informe contribuirá a la INSTITUCIÓN que presta el servicio de neurorehabilitación en la ciudad de Popayán al analizar el grado de cumplimiento de los lineamientos establecidos para el PAMEC y Brindar soluciones con el fin de lograr estándares altos de calidad.

RUTA CRÍTICA:

Autoevaluación

Diagnóstico básico general de la institución, que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan vigorosamente al usuario.

Selección de procesos a mejorar

A partir de la identificación de las oportunidades de mejoramiento se debe establecer a qué procesos pertenecen. Las oportunidades de mejoramiento que pueden afectar los resultados de la atención pueden ser funciones organizacionales como son la comunicación, la información, partes del proceso en el ciclo PHVA o un proceso como tal.

Priorización de procesos

Para seleccionar adecuadamente aquellos procesos que impactan con más fuerza al usuario se puede utilizar la matriz de priorización, la jerarquización y los gráficos de Pareto² entre otros, siempre y cuando la metodología seleccionada sea clara y explícita.

Definición de la calidad esperada

Forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, sistemas), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo que finalmente tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

Calidad observada

Nivel de desempeño de los procesos en la institución, para así poder identificar la brecha existente (la diferencia entre lo esperado y lo observado).

Formulación de planes de mejoramiento

La etapa de planeación tiene como objetivo conseguir los insumos indispensables para la elaboración de los planes de mejoramiento para el cierre de las brechas o diferencia que existe entre la calidad esperada y la calidad observada

Implementación de planes de mejoramiento

Los planes de mejoramiento de calidad definidos son el primer paso del ciclo PHVA. El paso siguiente, HACER, consiste en capacitar y entrenar a los implicados, tanto en el método por aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan. Pero para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR o hacer seguimiento permanente y ACTUAR correctivamente en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas.

Evaluación de la ejecución del plan de mejoramiento

Evaluación realizada periódicamente al plan de mejoramiento con el fin de consolidar he ir desarrollando el mejoramiento continuo en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

Aprendizaje organizacional

Generar aprendizaje organizacional significa entrenar y capacitar las personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realice seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada.

EVALUACIÓN Y SOLUCIONES PARA LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAMEC:

Procesos a mejorar

La entidad debe correlacionar su mapa de procesos con el grupo de estándares de acreditación para cumplir con la ruta crítica.

Definición de la calidad esperada

La entidad debe realizar indicadores de salud donde se establezcan metas; y donde se pueda evidenciar la implementación del PAMEC.

Calidad observada

La entidad debe desarrollar el parámetro de calidad esperada para compararla con el nivel de desempeño de la calidad observada.

Plan de mejoramiento

Se debe completar el plan de mejoramiento según la matriz que establezca la entidad, pues solo se evidencia el ¿qué? y el ¿cuándo?

Evaluación

La entidad debe reunir el grupo de implementación del PAMEC para crear los indicadores y metas con el fin de poder evaluarlos.

Aprendizaje organizacional

El grupo de calidad debe soportar el entrenamiento y capacitación de las personas, además de mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Es importante que el personal gerencial administrativo y asistencial de las instituciones, se capaciten en la aplicación de la Guía Básica del Ministerio para la elaboración del PAMEC, con el propósito de evidenciar tanto la ejecución de la ruta crítica como su interrelación con el enfoque sistémico, es decir relacionando cada uno de sus procesos con la institución en su totalidad y así aportar al aprendizaje organizacional y la retroalimentación.

Se recomienda seguir las indicaciones dadas en el informe, ya que se realiza con el propósito de orientar a las instituciones, respecto a las falencias encontradas y a la realización de un adecuado PAMEC.

PERFIL DE LA EMPRESA :

NIT:	900 XXX XXX - X	NATURALEZA JURIDICA:	PRIVADA
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	POPAYÁN
NUMERO DE SEDES:	TRES (2)	CERTIFICADO POR S.U.H:	NO
PERSONAL ADMINISTRATIVO:	DOCE PERSONAS (12)		
PERSONAL ASISTENCIAL:	VEINTINUEVE PERSONAS (18)		
PERSONAL DE APOYO:	CUATRO PERSONAS (4)		

SERVICIOS :

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	NOMBRE	SERVICIO
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 3	344- PSICOLOGÍA
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 3	356- NEUROREHABILITACIÓN
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 3	728- TERAPIA OCUPACIONAL
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 3	739- FISIOTERAPIA
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 3	740- FONOAUDIOLOGÍA

INTRODUCCION :

El presente documento, se constituye en una herramienta para contribuir al mejoramiento continuo de los servicios que presta La INSTITUCIÓN 3 y hace parte de la estrategia de mejoramiento de la eficiencia y eficacia de sus procesos de atención consagrada en la política de calidad, hacia la búsqueda de la satisfacción del usuario.

Este informe se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuestos por el Ministerio de la Protección Social.

Lo importante de la ejecución del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad es el proceso de cambio en La INSTITUCIÓN 3, por lo que se desarrollan en este informe las soluciones con el fin de cumplir con la "Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud", creada por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social para que la INSTITUCIÓN 3, logre realizar un adecuado mejoramiento continuo y así alcanzar altos estándares de calidad.

OBJETIVO: Brindar soluciones a la INSTITUCIÓN 3 con el fin de alcanzar el cumplimiento de la ruta crítica exigida por el ministerio de salud y de la protección social en la lista de

chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud y así promover el desarrollo de planes de mejoramiento que conduzcan a la INSTITUCIÓN 3 al logro de niveles superiores de calidad en sus procesos de atención.

JUSTIFICACION:

Este informe contribuirá a la INSTITUCIÓN que presta el servicio de neurorehabilitación en la ciudad de Popayán al analizar el grado de cumplimiento de los lineamientos establecidos para el PAMEC y Brindar soluciones con el fin de lograr estándares altos de calidad.

RUTA CRÍTICA:

Autoevaluación

Diagnóstico básico general de la institución, que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan vigorosamente al usuario.

Selección de procesos a mejorar

A partir de la identificación de las oportunidades de mejoramiento se debe establecer a qué procesos pertenecen. Las oportunidades de mejoramiento que pueden afectar los resultados de la atención pueden ser funciones organizacionales como son la comunicación, la información, partes del proceso en el ciclo PHVA o un proceso como tal.

Priorización de procesos

Para seleccionar adecuadamente aquellos procesos que impactan con más fuerza al usuario se puede utilizar la matriz de priorización, la jerarquización y los gráficos de Pareto³ entre otros, siempre y cuando la metodología seleccionada sea clara y explícita.

Definición de la calidad esperada

Forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, sistemas), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo que finalmente tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

Calidad observada

Nivel de desempeño de los procesos en la institución, para así poder identificar la brecha existente (la diferencia entre lo esperado y lo observado).

Formulación de planes de mejoramiento

La etapa de planeación tiene como objetivo conseguir los insumos indispensables para la elaboración de los planes de mejoramiento para el cierre de las brechas o diferencia que existe entre la calidad esperada y la calidad observada

Implementación de planes de mejoramiento

Los planes de mejoramiento de calidad definidos son el primer paso del ciclo PHVA. El paso siguiente, HACER, consiste en capacitar y entrenar a los implicados, tanto en el método por aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan. Pero para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR o hacer seguimiento permanente y ACTUAR correctivamente en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas.

Evaluación de la ejecución del plan de mejoramiento

Evaluación realizada periódicamente al plan de mejoramiento con el fin de consolidar e ir desarrollando el mejoramiento continuo en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

Aprendizaje organizacional

Generar aprendizaje organizacional significa entrenar y capacitar las personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realice seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada.

EVALUACIÓN Y SOLUCIONES PARA LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAMEC:

Procesos a mejorar

La entidad debe realizar un análisis de la matriz de autoevaluación y correlacionarlo con el mapa de procesos de la entidad para dar cumplimiento al tercer parámetro de la matriz del Ministerio de Protección Social

Definición de la calidad esperada

La entidad debe realizar indicadores de salud donde se establezcan metas; y donde se pueda evidenciar la implementación del PAMEC.

Calidad observada

La entidad debe desarrollar el parámetro de calidad esperada para compararla con el nivel de desempeño de la calidad observada.

Plan de mejoramiento

Se debe completar el plan de mejoramiento según la matriz que establezca la entidad, pues solo se evidencia el ¿qué? y el ¿cuándo?

Evaluación

La entidad debe reunir el grupo de implementación del PAMEC para crear los indicadores y metas con el fin de poder evaluarlos.

Aprendizaje organizacional

El grupo de calidad debe soportar el entrenamiento y capacitación de las personas, además de mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Es importante que el personal gerencial administrativo y asistencial de las instituciones, se capaciten en la aplicación de la Guía Básica del Ministerio para la elaboración del PAMEC, con el propósito de evidenciar tanto la ejecución de la ruta crítica como su interrelación con el enfoque sistémico, es decir relacionando cada uno de sus procesos con la institución en su totalidad y así aportar al aprendizaje organizacional y la retroalimentación.

Se recomienda seguir las indicaciones dadas en el informe, ya que se realiza con el propósito de orientar a las instituciones, respecto a las falencias encontradas y a la realización de un adecuado PAMEC.

PERFIL DE LA EMPRESA :

NIT:	900 XXX XXX - X	NATURALEZA JURIDICA:	PRIVADA
DEPARTAMENTO:	CAUCA	MUNICIPIO:	POPAYÁN
NUMERO DE SEDES:	TRES (1)	CERTIFICADO POR S.U.H:	NO
PERSONAL ADMINISTRATIVO:	DOCE PERSONAS (12)		
PERSONAL ASISTENCIAL:	DIESIOCHO (18)		
PERSONAL DE APOYO:	TRES (3)		

SERVICIOS :

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	NOMBRE	SERVICIO
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 4	356- NEUROREHABILITACIÓN
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 4	728- TERAPIA OCUPACIONAL
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 4	739- FISIOTERAPIA
CAUCA	POPAYÁN	INSTITUCION 4	740- FONOAUDIOLOGÍA

INTRODUCCION :

El presente documento, se constituye en una herramienta para contribuir al mejoramiento continuo de los servicios que presta La INSTITUCIÓN 4 y hace parte de la estrategia de mejoramiento de la eficiencia y eficacia de sus procesos de atención consagrada en la política de calidad, hacia la búsqueda de la satisfacción del usuario.

Este informe se documentó siguiendo los pasos de la ruta crítica para el desarrollo de la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud propuestos por el Ministerio de la Protección Social.

Lo importante de la ejecución del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad es el proceso de cambio en La INSTITUCIÓN 4, por lo que se desarrollan en este informe las soluciones con el fin de cumplir con la "Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en la salud", creada por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social para que la INSTITUCIÓN 4, logre realizar un adecuado mejoramiento continuo y así alcanzar altos estándares de calidad.

OBJETIVO: Brindar soluciones a la INSTITUCIÓN 4 con el fin de alcanzar el cumplimiento de la ruta crítica exigida por el ministerio de salud y de la protección social en la lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la

calidad en la atención en la salud y así promover el desarrollo de planes de mejoramiento que conduzcan a la INSTITUCIÓN 4 al logro de niveles superiores de calidad en sus procesos de atención.

JUSTIFICACION:

Este informe contribuirá a la INSTITUCIÓN que presta el servicio de neurorehabilitación en la ciudad de Popayán al analizar el grado de cumplimiento de los lineamientos establecidos para el PAMEC y Brindar soluciones con el fin de lograr estándares altos de calidad.

RUTA CRÍTICA:

Autoevaluación

Diagnóstico básico general de la institución, que pretende identificar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización o aquellos aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad son relevantes, por cuanto impactan vigorosamente al usuario.

Selección de procesos a mejorar

A partir de la identificación de las oportunidades de mejoramiento se debe establecer a qué procesos pertenecen. Las oportunidades de mejoramiento que pueden afectar los resultados de la atención pueden ser funciones organizacionales como son la comunicación, la información, partes del proceso en el ciclo PHVA o un proceso como tal.

Priorización de procesos

Para seleccionar adecuadamente aquellos procesos que impactan con más fuerza al usuario se puede utilizar la matriz de priorización, la jerarquización y los gráficos de Pareto⁴ entre otros, siempre y cuando la metodología seleccionada sea clara y explícita.

Definición de la calidad esperada

Forma como se espera que se realicen los procesos de atención (normas técnicas, guías, sistemas), los instrumentos (indicadores) y el resultado (metas) de los mismos, lo que finalmente tiene como propósito monitorear y hacer seguimiento al logro de los resultados esperados.

Calidad observada

Nivel de desempeño de los procesos en la institución, para así poder identificar la brecha existente (la diferencia entre lo esperado y lo observado).

Formulación de planes de mejoramiento

La etapa de planeación tiene como objetivo conseguir los insumos indispensables para la elaboración de los planes de mejoramiento para el cierre de las brechas o diferencia que existe entre la calidad esperada y la calidad observada

Implementación de planes de mejoramiento

Los planes de mejoramiento de calidad definidos son el primer paso del ciclo PHVA. El paso siguiente, HACER, consiste en capacitar y entrenar a los implicados, tanto en el método por aplicar para el conocimiento y análisis de los problemas presentados como en las posibles soluciones planteadas para resolverlos, con el fin de que los diferentes responsables lleven a cabo las actividades definidas de acuerdo con el plan. Pero para que los planes se cumplan y lleven a las metas deseadas, es necesario VERIFICAR o hacer seguimiento permanente y ACTUAR correctivamente en tiempo real, es decir, que tan pronto sea detectado un problema, se identifiquen las causas y se busquen soluciones oportunas.

Evaluación de la ejecución del plan de mejoramiento

Evaluación realizada periódicamente al plan de mejoramiento con el fin de consolidar he ir desarrollando el mejoramiento continuo en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)

Aprendizaje organizacional

Generar aprendizaje organizacional significa entrenar y capacitar las personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realice seguimiento permanente para prevenir que se produzca una nueva brecha entre la calidad esperada y la observada.

EVALUACIÓN Y SOLUCIONES PARA LOGRAR EL CUMPLIMIENTO DEL PAMEC:

Procesos a mejorar

La auditora de la entidad informa verbalmente del proceso que se tuvo para el análisis de procesos a mejorar, sin embargo, el plan de auditoría de la entidad no se registra. Por lo tanto la empresa debe documentarlo.

Priorización De Procesos

La auditora informo verbalmente la decisión de la alta dirección en la cual se estableció el paso directo desde la autoevaluación a la calidad observada pues la gerente determino que todos los procesos eran igual de importantes y que se debían desarrollar actividades para cada proceso de la institución. Por lo anterior, aunque tomo esta decisión se requiere realizar un acto administrativo para soportar el cumplimiento del parámetro establecido en la matriz del Ministerio de Protección Social

Definición de la calidad esperada

La entidad debe realizar indicadores de salud donde se establezcan metas; y donde se pueda evidenciar la implementación del PAMEC.

Calidad observada

La entidad debe desarrollar el parámetro de calidad esperada para compararla con el nivel de desempeño de la calidad observada.

Plan de mejoramiento

Se debe establecer en el cronograma, ¿quién lo debe realizar?, ¿cómo se debe realizar?, ¿cuándo hacerlo? y ¿para qué?

Evaluación

La entidad debe reunir el grupo de implementación del PAMEC para crear los indicadores y metas con el fin de poder evaluarlos.

Aprendizaje organizacional

El grupo de calidad debe soportar el entrenamiento y capacitación de las personas, además de mantener y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Es importante que el personal gerencial administrativo y asistencial de las instituciones, se capaciten en la aplicación de la Guía Básica del Ministerio para la elaboración del PAMEC, con el propósito de evidenciar tanto la ejecución de la ruta crítica como su interrelación con el enfoque sistémico, es decir relacionando cada uno de sus procesos con la institución en su totalidad y así aportar al aprendizaje organizacional y la retroalimentación.

Se recomienda seguir las indicaciones dadas en el informe, ya que se realiza con el propósito de orientar a las instituciones, respecto a las falencias encontradas y a la realización de un adecuado PAMEC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de la protección social (2006), decreto 1011, Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>
2. Recuperado el 3 de febrero de 2014 de <http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
3. Diana Marcela Carreño beltran, Ruz Dary Castro Quilaguy, Sandra Patricia Ochoa Sánchez (2012), Plan de mejoramiento continuo para una ips, Bogotá d.c
4. Ministerio de la protección social (2006), decreto 1043, recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=20268>
5. Edith Johanna Beltrán Díaz, Diana Lorena Prada Monroy, Liza Sanjuan Rolong (2011), Evaluación de procesos asistenciales y análisis del PAM EC institucional para miocardio S.A.S, Bogotá
6. Kelly Benavidez, Marlen Stella Ortiz, Astrid Lorena Urbano Ruiz (2012), Cumplimiento de los estándares de acreditación en la e.s.e. centro 1, punto atención cajibío, año 2012. Popayán
7. Angélica Maria Charco Barbosa, Lucy Ruiz González, Ketherine del Pilar Novoa Villamil (2010), Evaluación del proceso de planeación y autoevaluación del segundo ciclo de preparación para la acreditación en salud en el servicio de imagenología del instituto nacional de cancerología e.s.e., bogotá d.c
8. Dra. Lucia Díaz Pérez, Dr. Israel Díaz Roig, Dra. Xiomara Fernández Bernal, Caracterización y evaluación de la calidad de la consulta de urgencia en el policlínico norte de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., recuperado de [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.1.\(3\)_03/p3.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.1.(3)_03/p3.html)
9. Beatriz Zurita Garza, Calidad de la Atención de la Salud recuperado 3 de octubre de 2014 http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v58_n1/casalud.htm

10. Ernest A. Codman propone, 1918, "Standard M ínimo", recuperado el 5 de noviembre de 2014
11. Ministerio de la proteccion social, 2004, Guía práctica de preparación para la acreditación en salud, Bogota D.C. recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Gu%C3%A1da_de_preparacion_para_la_Acreditaci%C3%B3n.pdf
12. Ministerio de la Protección Social, 2006, Resolución 1446 de 2006, Bogota D.C.
13. Ministerio de la Protección Social, 2004, Decreto 2193 del año 2004, art 1, Bogota D.C.
14. Ministerio de la Protección Social, 2006, Decreto 1011 del año 2006, art 2, Bogota D.C.
15. Ministerio de la Protección Social, 2007, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud, Bogota D.C.
16. Ministerio de la protección; ley 100; Art. 153. Núm. 9
17. Ministerio de salud y de la proteccion social, 19 de Septiembre de 2014, lista de chequeo para el pam ec 2014