



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

# **PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (PAMEC)**

**RUBÉN DARÍO LONDOÑO LONDOÑO**  
**Gerente**

**REDSALUD ARMENIA ESE**

**ARMENIA, QUINDÍO**  
**MARZO 2011**



REDSALUD ARMENIA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT. 801001440-8

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	3
1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL – PORTAFOLIO DE SERVICIOS.....	5
2. MARCO NORMATIVO – OPERATIVO.....	7
3. ALCANCE - OBJETIVO GENERAL .....	11
4. MARCO TEÓRICO.....	12
5. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PAMEC .....	16
BIBLIOGRAFÍA .....	32
ANEXOS .....	33
ANEXO 1. FORMATO CALIFICACIÓN CUALI Y CUANTITATIVA.....	34
ANEXO 2. HOJA RADAR PARA LA CALIFICACION DE ESTANDARES DE ACREDITACION.....	35
ANEXO 3. PAMEC .....	37
ANEXO 4. FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES DE MONITOREO DE LA CALIDAD .....	38



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

## **INTRODUCCIÓN**

Redsalud Armenia ESE establece como política institucional la búsqueda activa de la satisfacción de sus usuarios, ofreciendo servicios de salud con calidad y con un enfoque basado en procesos.

De acuerdo a los lineamientos del decreto 1011 de 2006, se define la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios”

Además según su artículo 32 esta auditoría implica:

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

De acuerdo a lo anterior la entidad ha iniciado el proceso de desarrollo del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, teniendo en cuenta que:

- Su accionar se orientará a la obtención de resultados centrados en los usuarios.
- Sus evaluaciones no se enfocan hacia las unidades administrativas particulares, sino hacia los procesos de atención como un ciclo continuo clínico-administrativo que atraviesa toda la organización.
- Se basará en la evidencia, tanto en la medida que examina si los resultados que busca o consigue sean relevantes y prioritarios, así como la que determina que los métodos que utiliza son válidos, confiables y probados.
- Los recursos que la organización en particular y el sistema general destine a ella, deberán generar retorno.



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

- Se promoverá la organización de las mejoras obtenidas a través de la promoción de la auto-evaluación y el autocontrol.
- Su impacto se orientará hacia la mejora de procesos y no hacia la búsqueda de culpables.
- La auditoria es un proceso técnico, va inmerso en la misma prestación de los servicios y cuyo mecanismo de actuación se da específicamente mediante la retroalimentación al sistema de atención acerca de su desempeño comparado con el marco de estándares óptimo.

Redsalud Armenia E.S.E toma el PAMEC como parte del marco estratégico y gerencial de la empresa, integrándolo a sus acciones permanentes de auditoría y al fortalecimiento de las competencias laborales de su personal, que se traducen en el fomento de la *Cultura de la Calidad* y la identificación de la causa *raíz* de las oportunidades de mejora identificadas, lo que conduce al mejoramiento continuo de la calidad y a la búsqueda permanente de niveles superiores de calidad.



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

## **1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA INSTITUCIONAL – PORTAFOLIO DE SERVICIOS**

### **VISIÓN**

REDSALUD Armenia ESE, será reconocida por la excelente calidad en la prestación de los servicios de salud, modelo en desarrollo e innovación de programas especiales, investigación clínica y servicio al cliente gracias a su avance en tecnología e infraestructura y un equipo humano competente y comprometido con la ética, la eficiencia y la mejora continua, asegurando su rentabilidad social y financiera.

### **MISION**

Atender las necesidades y los problemas de salud de la población de Armenia, mediante la prestación de servicios de baja complejidad, en los diferentes puntos de atención ubicados estratégicamente en toda la ciudad, ofreciendo una amplia cobertura, servicio cálido y un modelo de atención con enfoque preventivo y de gestión del riesgo.

Generar la investigación clínica, mediante un permanente esfuerzo técnico y humano en nuestro Centro de Estudios e Investigación en Salud (CEIS) en conjunto con los patrocinadores públicos o privados, para que se incremente el número y la calidad de los estudios clínicos en la Región.

### **POLITICA DE CALIDAD**

REDSALUD Armenia E.S.E. comprometida con el mejoramiento continuo a través de su gestión basada en procesos, tecnología acorde a sus necesidades y la preservación del medio ambiente, ofrece servicios de salud cálidos, oportunos, seguros, con buenas prácticas clínicas en investigación para los participantes y con un talento humano competente que supera las necesidades y expectativas de los usuarios y sus familias.

### **OBJETIVOS DE CALIDAD**

- Incrementar la ventaja competitiva de la empresa, a través del fortalecimiento de las capacidades organizativas
- Mantener y/o mejorar la tecnología para dar respuesta al modelo de prestación de servicios.



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

- Desarrollar acciones dirigidas a fortalecer la gestión ambiental en la empresa y promover en el personal conductas ambientalmente responsables.
- Mejorar los atributos de calidad en los procesos de atención desprendiendo REDSALUD Armenia E.S.E.
- Acciones de mejoramiento que incremente las posibilidades del usuario de obtener los servicios que requiere.
- Desarrollar el Plan institucional de formación y capacitación de la ESE.
- Incrementar el nivel de satisfacción del cliente frente a la prestación de los servicios de salud
- Mejorar el nivel de satisfacción del usuario en la prestación del servicio, a través de la medición y seguimiento de planes de mejoramiento.
- Incentivar la investigación clínica en REDSALUD Armenia E.S.E al favorecer el entendimiento de ésta disciplina en los equipos de salud, entidades regulatorias, y la comunidad.
- Propiciar el ambiente favorable para el desarrollo de investigación clínica



REDSALUD ARMENIA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT. 801001440-8

## 2. MARCO NORMATIVO – OPERATIVO

La implementación del PAMEC, irá de la mano de la Misión la Visión, Política de Calidad y Operativas, los principios y Valores de la Institución, teniendo como base la siguiente normativa:

### **Constitución Política de Colombia:**

**Artículo 48:** Define la Seguridad Social como un servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

**Artículo 49:** Se establecen como funciones del Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control

### **Ley 100 de 1993:**

**Artículo 153:** Fundamentos del Servicio Público: Dentro de los cuales se encuentran Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre Escogencia, Autonomía de las Instituciones, Descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y calidad, caracterizada como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.

**Artículo 178:** Dentro de las funciones de las Entidades Promotoras de Salud se incluyen: “Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.

**Artículo 227:** Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud: Establece la responsabilidad del Gobierno de definir el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud.

**Decreto 1011 de 2006** por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social y sus resoluciones reglamentarias.

**Resolución 1043 de 2006** por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad y se dictan otras disposiciones.



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

**Resolución 1446 de 2006**, por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan indicadores de monitoreo del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud.

**Resolución 1445 de 2006**, por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones y sus Anexos técnicos 1 y 2.

- Anexo 1 de la Resolución 1445 de 2006, por la cual se expiden los Manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación.
- Anexo 2 de la Resolución 1445 de 2006: Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la Acreditación en Salud.

**Decreto 4295 del 2007**, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003. “Artículo 1o. Norma Técnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen.

**PARÁGRAFO.** El Ministerio de la Protección Social expedirá las guías aplicativas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y ajustará las normas técnicas en el marco de la Ley 872 de 2003”.

**Resolución 2181 de 2008**, por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para las IPS de carácter Público. En sus apartes reza, entre otras:

.....“Implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con **carácter obligatorio**, en lo relacionado con el Ciclo de preparación para la Acreditación o Ciclo de Mejoramiento a que hace referencia el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1445 de 2006. La implementación de este componente exige que los procesos sean descritos, documentados y estandarizados.

.....Implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, de acuerdo a lo establecido en el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006 y en las pautas indicativas de auditoría expedidas por el Ministerio de la Protección Social, que permiten evaluar y cerrar las brechas para el logro de los resultados esperados por los estándares de acreditación.”





**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

**RESOLUCIÓN 1998 DE 2010**, por medio de la cual se definen los lineamientos para la renovación de la habilitación para los Prestadores de Servicios de Salud.

**RESOLUCIÓN 00000715 DE 2010**, por la cual se establece el procedimiento de administración del distintivo de habilitación de que trata el Anexo Técnico No. 2 de la Resolución 1043 de 2006 y el procedimiento para actualizar la denominación de los servicios de salud en estos distintivos.

**RESOLUCIÓN 3061 DE 2010**, por medio de la cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 1998 de 2010.

**LEY 1438 DE 2011**, por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

**ARTÍCULO 107°. GARANTÍA DE CAUDAD Y RESULTADOS EN LA ATENDÓN EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL. DE SALUD.** En desarrollo del principio de calidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud establecido en la presente *Ley*, Yen el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados. Dicho plan contendrá como mínimo:

107.1. la consolidación del componente de habilitación exigible a directores territoriales de salud, a los prestadores de servicios de salud, a entidades promotoras de salud y a administradoras de riesgos profesionales, incluyendo el establecimiento de condiciones de habilitación para la conformación y operación de redes de prestación de servicios de salud;

107.2. El establecimiento de incentivos al componente de acreditación aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud, entidades promotoras de salud y direcciones territoriales de salud; y

107.3. El fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y entidades promotoras de salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva para garantizar al usuario su derecho a la libre elección.

**ARTÍCULO 1080. INDICADORES EN SALUD. B** Ministerio de la Protección Social deberá establecer indicadores de salud tales como indicadores centinela y

---

Unidos para cuidar su salud  
Av. Montecarlos Urbanización Guadales de la Villa  
Commutador: 7371010 Fax: 7475321  
[WWW.redsaludarmenia.gov.co](http://WWW.redsaludarmenia.gov.co)



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

trazadores, así como indicadores administrativos que den cuenta del desempeño de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales y de las Instituciones Prestadoras de Salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva que permita reducir las asimetrías de información y garantizar al usuario su derecho a la libre elección de los prestadores de servicios y aseguradores.

**Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la calidad** de la atención en salud. MPS Versión 2007.

**Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoria** para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. MPS Versión 2007.



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

### **3. ALCANCE - OBJETIVO GENERAL**

#### **ALCANCE DEL PAMEC:**

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad se encamina a implementar, mantener y mejorar la aplicación de los estándares del Sistema Único de Acreditación. Define con precisión las acciones a realizar, a fin de evaluar cada uno de los procesos que se consideren como prioritarios en la entidad y los orienta hacia la detección de desviaciones de la calidad observada frente a la calidad esperada, para promover la construcción de planes de mejoramiento costo-efectivos que permitan superarlas y lograr la modificación de procesos en favor del usuario.

#### **OBJETIVO GENERAL**

Implementar el programa de Auditoria del mejoramiento de la calidad con base en la autoevaluación realizada frente a los estándares de acreditación, buscando el mejoramiento continuo, la minimización de los riesgos en la atención en salud, la optimización de la gestión de la utilización y la satisfacción de clientes y partes interesadas

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Definir mediante la aplicación de la ruta crítica, las estrategias y metas para identificar los problemas identificados, en soluciones para mejorar la calidad.
- Fomentar la cultura del autocontrol en el personal de la ESE, como estrategia de mejoramiento y calidad.
- Implementar una cultura de prevención enfocada a la adecuada administración de riesgos que permitan minimizar o mitigar los mismos durante el proceso de atención realizado.
- Identificar en forma sistemática y periódica oportunidades de mejoramiento dándoles el tratamiento adecuado para corregir las desviaciones detectadas
- Fortalecer la implementación del ciclo PHVA como herramienta de mejoramiento de la organización.
- Centrar la orientación de la Empresa en el usuario y la familia



REDSALUD ARMENIA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT. 801001440-8

#### 4. MARCO TEÓRICO

**Alcance de la auditoría.** Extensión y límites de una auditoría. El alcance de la auditoría incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los procesos, así como el período de tiempo cubierto.

**Atención de salud.** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

**Auditoría interna.** Es uno de los componentes del Sistema de Control Interno, de nivel gerencial o directivo, encargado de medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los controles, asesorando a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos.

**Auditoría externa.** En este tipo de auditoría se prSaludent Colombianta un cambio en la relación entre los participantes. El cliente es una organización separada de la del auditado, lo cual es, por supuesto, el motivo por el que es una auditoría externa.

**Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud:** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

**Calidad de la atención de salud.** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

**Cultura de seguridad y prácticas seguras.** Por cultura organizacional se entiende el conjunto de creencias, valores y actitudes que comparten los miembros de una organización y que se reflejan en sus acciones diarias. De acuerdo con esta definición, resulta lógico pensar que la incidencia diaria de múltiples eventos adversos en clínicas y hospitales, algunos de ellos fatales, es el



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

resultado de la ausencia de una cultura de seguridad que genere rutinariamente en el personal hábitos y prácticas seguras.

**Estándar.** Expresiones desarrolladas profesionalmente de los rangos de variaciones aceptables de una norma o criterio. Nivel alcanzable y contra el cual puede ser comparado el desempeño actual. Hay diferentes tipos de estándares de acuerdo hacia donde estén dirigidos, ya sea, hacia la estructura, el proceso o el resultado.

Los estándares de estructura están aplicados a las cosas que se usan (personas y los recursos financieros y físicos), los estándares de proceso están aplicados a las cosas que se hacen (actividades que constituyen la atención, servicio o gestión) y los estándares de resultado están dirigidos a los resultados (clínicos y no clínicos) de lo que se hace con las cosas que se tienen.

**ESTÁNDARES PARA LA ACREDITACIÓN DE LA INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD:** Se encuentran ordenados de la siguiente manera: una primera sección donde aparecen los **Estándares del Proceso de Atención a los Usuarios** y una segunda sección en la que se hallan los **Estándares de Apoyo Administrativo - Gerencial** a dichos procesos asistenciales. El proceso asistencial cuenta con un gran módulo, uno denominado Estándares del Proceso de Atención al Cliente – Asistencial. En este se encuentra un proceso de atención genérico de un paciente en una institución hospitalaria. La segunda sección de los estándares incluye aquellos **PROCESOS ADMINISTRATIVOS GERENCIALES** que son críticos dentro de la organización para el apoyo de los procesos asistenciales.

Cada una de las secciones de los estándares (tanto asistenciales como administrativos) cuenta con una sección común, el cual es el Proceso de Mejoramiento Continuo. Este proceso se encuentra reflejado en los últimos estándares, los cuales son comunes e idénticos en todas las secciones de estándares.

**Estandarización.** Actividad mediante la cual se implanta un proceso controlado con sistemas de medición que permite que el proceso se repita de manera similar independientemente de las personas que lo operan, con el fin de garantizar un desempeño esperado.

**Evento adverso.** Resultado clínico que es adverso al esperado y debido a error durante el diagnóstico, tratamiento o cuidado del paciente y no al curso natural de la entidad o a condiciones propias del mismo. Puede conducir a la muerte, incapacidad o deterioro del estado, aumento de las estancias hospitalarias,



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

incrementos de costos de la no calidad.

Garantía de calidad. Se entiende por Garantía de Calidad el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar la calidad de un producto o de un servicio. (Donabedian Avedis. Garantía de Calidad)

Mejoramiento continuo de la calidad. El Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC), comprende un conjunto de principios que deben llevar a las organizaciones a pensar más allá de la Evaluación de la Calidad, o de establecer guías o protocolos de seguimiento que sirven únicamente para la Inspección.

El **MCC** 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.

Un enfoque que está en el centro del Mejoramiento Continuo, es el ciclo de mejoramiento ó PHVA. En este método gerencial básico se fundamenta el modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de atención en salud.

Niveles de la auditoría. En cada una de las organizaciones que hacen parte del campo de aplicación del modelo, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud opera en tres niveles:

El nivel óptimo en el que actúa la auditoría es el **AUTOCONTROL**, en el cual cada miembro de la organización planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

El segundo nivel es la **AUDITORÍA INTERNA**, es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura de autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna”

El tercer nivel, la **AUDITORÍA EXTERNA**, es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden”<sup>12</sup>. Para los efectos de este modelo, el



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

nivel de auditoría externa tiene su razón de ser en el ámbito de la mesogestión, con base en acuerdos previamente pactados.

**Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud - PAMEC.** 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". Anexo Técnico N° 2, Resolución 1043 de 2006.

**Tipo de acciones de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud:** En cada una de las organizaciones que hacen parte del campo de aplicación, y para cada uno de los niveles que operan en el modelo, se lleva a cabo tres tipos de acciones de *Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud*:

- **ACCIONES PREVENTIVAS:** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la misma.
- **ACCIONES DE SEGUIMIENTO:** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización, durante la prestación de sus servicios, sobre los procesos definidos como prioritarios para garantizar la calidad técnica e interpersonal de la atención en salud.
- **ACCIONES COYUNTURALES:** Conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados, y a la prevención de su recurrencia.

## **5. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PAMEC**

La implementación del PAMEC se evidencia desde el compromiso de la Alta Dirección, su formulación e implementación, se realiza mediante la aplicación de la metodología establecida en las “Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud 2007”, las orientaciones de la gerencia, el Comité de Calidad y el equipo de trabajo de la ESE.

Para la construcción del PAMEC, se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Adopción formal el PAMEC, mediante resolución no 212 del 15 de marzo de 2011.
- b) Aplicación de PHVA en el Ciclo de preparación para la Acreditación o Ciclo de Mejoramiento.
- c) Consolidar plan de capacitación y aprobación por parte de la Gerencia. Los temas tratados incluyen:
  - Socialización normativa, estandarización de términos, metodología Generalidades PAMEC
  - Estándar ambulatorio
  - Estándar hospitalario
  - Estándar imagenología
  - Estándar de laboratorio clínico
  - Estándar gestión de la información
  - Estándar de tecnología
  - Gerencia y direccionamiento
  - Estándar de recurso humano, metodología de calificación
  - Estándar ambiente físico –Metodología de calificación cualitativa Metodología de Priorización.
  - Definición de calidad esperada y calidad observada (Capacitación y entrega de soporte documental)
  - Elaboración del plan de mejoramiento Institucional
- d) Conformación de los equipos de autoevaluación por grupo de estándares, mediante acto administrativo: resolución 043 de Enero 19 de 2011.

Las siguientes son las reglas básicas que se tuvieron en cuenta para la conformación de los equipos de autoevaluación:



- Contar con la presencia de Colaboradores con poder de tomar decisiones o con la competencia jerárquica para liderar el equipo de autoevaluación correspondiente
- Integración del equipo por Colaboradores **líderes** del proceso evaluado y por Colaboradores **operativos** del proceso en evaluación tanto misionales como de apoyo
- Capacidad de cada integrante de contribuir con sugerencias y críticas para alcanzar las metas y objetivos
- Acompañamiento de cada equipo autoevaluador por un profesional de la oficina líder del proceso de Acreditación.
- Colaboradores comprometidos y motivados por la calidad

**RESOLUCION 043**  
**De Enero 19 de 2011**

**POR MEDIO DE LA CUAL SE CONFORMAN GRUPOS PARA AUTOEVALUACION Y LEVANTAMIENTO DEL PLAN DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC BAJO ESTANDARES DE ACREDITACION**

La suscrita Gerente de Redsalud E.S.E. en uso de sus atribuciones constitucionales y legales y especialmente las establecidas en el acuerdo 006 de 2010 y

**CONSIDERANDO:**

1. Que según lo expuesto en el numeral 2 del Artículo 2, de la Resolución 2181 de 2008 del Ministerio de la Protección Social se debe Implementar el componente de acreditación en salud para el mejoramiento continuo de sus procesos con carácter obligatorio, en lo relacionado con el Ciclo de preparación para la Acreditación o Ciclo de Mejoramiento a que hace referencia el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 1445 de 2006.
2. Que la Resolución 1445 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, presenta los lineamientos instrumentales y expide el Manual de Estándares para la Acreditación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

3. Que el artículo 32 del Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social, dispone implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, para evaluar y cerrar las brechas para el logro de los resultados esperados por los estándares de acreditación.
4. Que la guía practica de preparación para la Acreditación en Salud del Ministerio de la Protección Social dispone establecer equipos de Autoevaluación con el fin de realizar el Ciclo de preparación para la Acreditación

En virtud de lo anterior...

**RESUELVE:**

**Artículo Primero.** Conformar los siguientes equipos interdisciplinarios para realizar la segunda autoevaluación y levantamiento del Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC:

**ESTANDAR DE DIRECCIONAMIENTO**

- Gerente
- Subgerente científico
- Asesor Jurídico
- Auditor Proceso de apoyo
- Líder de planeación
- Auditor de calidad
- Líder atención al usuario

**ESTANDAR GERENCIA**

- Gerente
- Subgerente de planificación institucional
- Líder financiero
- Líder de calidad
- Control interno
- Líder mercadeo
- Auditor calidad
- Asesor jurídico



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

## **ESTANDAR HOSPITALARIO, E IMAGENOLOGIA**

- Director técnico hospitalario
- Enfermera servicio hospitalario
- Líder atención usuario
- Líder de calidad
- Auditor de calidad
- Líder farmacia
- Enfermería urgencias
- Tecnólogo de radiología

## **ESTANDAR AMBULATORIO - IPS EN RED**

- Director técnico ambulatorio
- Coordinadora de enfermería
- Líder de calidad
- Líder de P y D
- Líder salud pública
- Auditora de calidad
- Líder de atención al usuario
- Líder farmacia
- Auditor de odontología

## **ESTANDAR LABORATORIO CLÍNICO**

- Director técnico hospitalario
- Bacteriólogos
- Líder de P y D
- Enfermera
- Líder atención al usuario
- Auditor de calidad

## **ESTANDAR MANEJO DE RECURSO HUMANO**

- Líder salud ocupacional
- P.U. talento humano
- Líder de calidad
- Subgerente de planificación institucional
- Auditor de calidad
- Enfermera



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

## **ESTANDAR INFORMACIÓN**

- Líder de sistemas de información
- Auditor procesos de apoyo
- Líder planeación
- Líder información y registro
- Líder gestión documental
- Líder atención al usuario
- Líder de calidad
- Líder de comunicación

## **ESTANDAR GESTION DE LA TECNOLOGÍA**

- Líder de emergencias y desastres
- Líder de bienes y servicios
- Asesor de control interno
- Líder de calidad
- Líder de gestión ambiental

## **ESTANDAR AMBIENTE FISICO**

- Líder de bienes y servicios
- Epidemióloga
- Líder emergencias y desastres
- Líder servicios generales
- Líder de calidad
- Líder salud ocupacional
- Líder gestión ambiental

**Artículo Segundo.** Designar líderes de los equipos así:

- **Estándar gerencia** : Subgerente de planificación institucional
- **Estándar direccionamiento**: Subgerente científico.
- **Estándar hospitalario, e Imagenología**: Director técnico hospitalario
- **Estándar ambulatorio - IPS en red**: Director técnico ambulatorio.
- **Estándar Laboratorio Clínico**: Director técnico hospitalario.
- **Estándar manejo de recursos humanos**: Líder de talento humano
- **Estándar información**: Líder sistemas de información
- **Estándar gestión de la tecnología**: líder de planeación
- **Estándar ambiente físico**: líder de gestión ambiental



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

**Artículo Tercero.** Realizar la notificación de los equipos al personal que integra cada uno de los equipos.

**Artículo Cuarto.** La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Dada en Armenia, Quindío a los diecinueve (19) días del mes de Enero del año 2011.

**COMUNIQUESE Y CUMPLASE:**  
**BEATRIZ ELENA GIRALDO MONTES**  
**Gerente**

e. Definición de las funciones:

Cada equipo cuenta con un líder y un secretario, quienes tendrán las siguientes funciones:

Funciones del Líder

- Velar por la participación y cumplimiento del equipo de autoevaluación
- Dirimir las dificultades en el consenso del entendimiento del estándar
- Mantener motivado al equipo en el cumplimiento de las tareas generadas
- Velar por el seguimiento y cumplimiento de los planes de mejoramiento
- Consolidar la información del estándar para la postulación y evidencia de autoevaluación

Funciones del Secretario

- Llevar actas de reunión y listado de asistencia del equipo
- Unificar la redacción del informe de autoevaluación de los estándares
- Custodiar la evidencia que generen las actuaciones del equipo
- Recordar la asistencia a las reuniones de autoevaluación
- Consolidar la información del estándar y la evidencia de autoevaluación

Funciones del Participante

- Asistir puntualmente a las reuniones de autoevaluación
- Participar activamente en la discusión y calificación de los diferentes estándares, con la mayor honestidad, siempre soportándose en evidencia física o sistematizada
- Participar en la evaluación externa de acreditación

- Verificar la realización de las mejoras requeridas para cerrar la brecha entre la calidad observada y la evaluada siendo parte de los equipos de mejoramiento que se designen.
- e) **ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN SOPORTE PARA LA AUTOEVALUACIÓN, A CADA LÍDER DE ESTÁNDAR:**
- Metodología a implementar para efectuar la autoevaluación cualitativa.
  - La Autoevaluación incluida en los Pasos de la Ruta de preparación para la acreditación, corresponde a un proceso diferente al de Autoevaluación para Habilitación.
- f) **PROGRAMACIÓN DEL PAMEC**, se tuvo en cuenta el ciclo PHVA, así:



### PLANEAR

1. Realizar autoevaluación.
2. Seleccionar procesos por mejorar.
3. Priorizar procesos de obligatorio monitoreo y procesos con fallas de calidad factores críticos de éxito.
4. Definir la calidad esperada de los procesos priorizados (guías, normas, manuales, etc.).



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

5. Determinar las técnicas de auditoría que deben aplicarse para obtener la información necesaria para monitorear los resultados.
6. Identificar el líder auditor, su equipo de auditoría y cómo aplicarán las técnicas de auditoría seleccionadas.

### **HACER**

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

### **VERIFICAR**

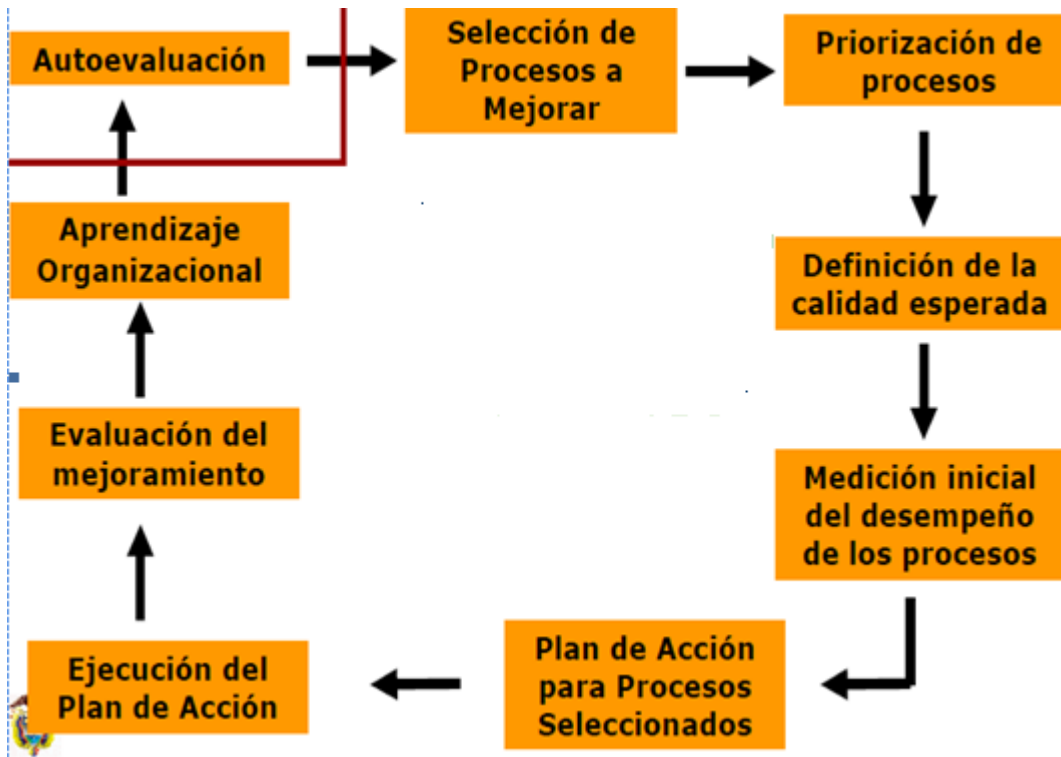
1. Aplicar las técnicas de Auditoría seleccionadas y obtener la información que se requiere (informes estadísticos, indicadores, voz del usuario, etc.).
2. Registrar en los papeles de trabajo la información obtenida.
3. Determinar la necesidad de adquirir información adicional.
4. Verificar la claridad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

### **ACTUAR/AJUSTAR**

1. Socializar los resultados de la Auditoría, los procesos que deben generar Plan de Mejora y recursos.
2. Acompañar al equipo en la aplicación de métodos de análisis y solución de problemas.
3. Soportar al equipo en la formulación del Plan de Mejoramiento.
4. Hacer seguimiento al cumplimiento del Plan de Mejora.

5. Monitorear a través de los indicadores definidos con este fin, si el Plan de mejora es efectivo.
6. Monitorear el aprendizaje organizacional y la estandarización de procesos prioritarios, una vez logrados los resultados esperados.

g) **OPERATIVAMENTE, SE APLICÓ LA SIGUIENTE RUTA CRÍTICA**, identificando nueve (9) pasos para la implementación del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud



h) **REALIZACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN.** Para el desarrollo de esta etapa los equipos de trabajo toman como base los estándares del Sistema Único de Acreditación (Res 1445 de 2006). Se trabajan los estándares de: Laboratorio clínico, imagenología, ambulatoria y hospitalaria, IPS en Red, gerencia, direccionamiento, gerencia del recurso humano, gerencia del ambiente físico, gerencia de sistemas de información y tecnología.





**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

La Autoevaluación con estándares de Acreditación se realiza sistemáticamente en forma: anual con un seguimiento orientado a evidenciar cierre de brechas para las oportunidades de mejora priorizadas.

La siguiente fue la metodología utilizada:

- Lectura de todos los estándares antes de empezar la calificación con el fin de entender la globalidad y facilitar el proceso de calificación del estándar individual.
- Lectura del estándar que se quiere calificar y realizar por consenso del equipo la interpretación del estándar
- Registrar todas las fortalezas que el equipo considere que están relacionadas enfocándose en la frase estándar.
- Una vez discutidas todas las fortalezas hay que determinar qué soportes pueden encontrarse en la IPS.
- Redactar todas las oportunidades de mejora identificadas en el estándar
- Definir acciones de mejoramiento para las oportunidades de mejora de acuerdo a la guía de la mejora continua y PAMEC
- Calificar el estándar por consenso del equipo. Para esta calificación se utilizará la escala de calificación de la hoja radar con la definición del avance del enfoque, implementación y resultados y sus diferentes variables
- El secretario transcribirá el informe final que debe ser entregado en el lapso de diez (10) días hábiles posterior a la autoevaluación

Para cada estándar se identifica la línea base, las fortalezas, los soportes de las fortalezas y las oportunidades de mejora propuestas para lograr el desarrollo de los requisitos de los estándares de acuerdo a los siguientes criterios: **(Anexo 1)**



**Fortaleza:** Característica consistente fácilmente reconocida. Superior a la norma y que genera Valor de cara al usuario.

Su redacción debe realizarse teniendo en cuenta la siguiente estructura: El servicio o proceso que tienen la fortaleza + Cuál ha sido el enfoque y como se ha implementado + Cuantificación de los resultados.

**Oportunidad de Mejora:** Acción a desarrollar, redactada en forma de OBJETIVO (inicia con un verbo en infinitivo, redactada en positivo, orientada a cumplir el enfoque, la implementación y el resultado).

- i) **SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR. CALIFICACIÓN DE LOS ESTÁNDARES DE ACUERDO A LO CONTENIDO EN LA HOJA RADAR** (Una vez finalizada etapa de calificación cualitativa, se procedió a realiza la calificación cuantitativa de cada estándar utilizando como guía los criterios establecidos en la hoja radar del Sistema Único de Acreditación Res 1445 de 2006, (anexo 2), teniendo en cuenta el enfoque, la implementación y el resultado (5, 4, 3, 2,1).

### Variables de cada dimensión

#### Enfoque

- **Sistematicidad:** Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.

- Amplitud: Grado en que el enfoque está presente y orienta a las diferentes áreas de la organización o distintos puntos de capítulo.
- Proactividad: Grado en que el enfoque es preventivo y proactivo.
- Ciclo de evaluación y mejoramiento: Forma en que se evalúa y mejora el enfoque.

### **Implementación**

- Despliegue en la institución: Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización o los distintos puntos del capítulo.
- Despliegue hacia el usuario: Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

### **Resultado**

- Pertinencia: Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área o punto del capítulo y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
- Consistencia: Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.
- Avance de la medición: Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un periodo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área o punto del capítulo, calidad y pertinencia de los mismos.
- Tendencia: Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.
- Comparación: Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de los mismos con respecto de esas comparaciones.

Mediante la técnica estadística de moda se prioriza aquellas que dieron la calificación más baja para continuar a partir de éstos la priorización de las oportunidades de mejoramiento.

- j) Para la **PRIORIZACION DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO** se adoptaron los criterios de valoración para realizar la priorización de los estándares teniendo en cuenta la metodología propuesta por el Ministerio de la Protección Social.

Se realizó la calificación de cada oportunidad de mejora, teniendo en cuenta los criterios definidos:

Riesgo, Costo y Volumen

- **Riesgo:** Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva a cabo el mejoramiento.
  - **Costo:** Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
  - **Volumen:** Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).
- Cada variable se calificó de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor.

### CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

Criterios de Priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.</li> </ul>

- k) En el **anexo 3** se presenta la consolidación del PAMEC, en tabla Excel, el cual contiene variables para:

- **LA CALIDAD ESPERADA.** De acuerdo a la metodología aplicada la calidad esperada es la definida por los estándares de acreditación correspondientes a los procesos priorizados.
- **CUANTIFICAR LA BRECHA EXISTENTE ENTRE LA CALIDAD ESPERADA Y LA OBSERVADA,** las oportunidades de mejoramiento priorizadas fueron aquellas que obtuvieron calificaciones superiores a 80 puntos (algunos con 64, por la criticidad en su no cumplimiento).

Formular del plan de mejoramiento, mediante la aplicación del ciclo PHVA, el cual permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de las oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación

Identificar las barreras que impedirían su realización (Son los factores organizacionales que deben tenerse en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones de mejoramiento)

- **Identificar el Proceso Responsable:** Proceso(s) responsable(s) de implementar la oportunidad según el Mapa de Procesos de la ESE.
- **Persona Responsable:** Cargo y nombre de la(s) persona(s) responsable(s) de implementar la oportunidad según el Mapa de Procesos.
- **Cronograma:** Indica cuando se planea realizar la oportunidad de mejora.
- **Seguimiento(s):** Indica el responsable y las fechas en las cuales se realizara seguimiento a la implementación del Plan. Para definir el estado de cada acción de mejoramiento se determina que la calificación sea dada en los términos de:
  - ❖ Completo
  - ❖ En desarrollo
  - ❖ Atrasado
  - ❖ No iniciado
- **Indicadores de mejoramiento:** Los indicadores que se emplearan para evaluar el impacto del plan de mejoramiento se deben alinear con los atributos de calidad que en conjunto se impactarán positivamente. Se señala que para la medición del PAMEC se utilizan además los indicadores de la Resolución 1446 de 2.006. (Ver anexo 4: **Fichas técnicas de indicadores**)

**I) .ESTRATEGIAS PARA EL DESPLIEGUE DEL PAMEC**



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

Redsalud Armenia E.S.E desarrolla tres (3) tipos de estrategias, las cuales forman un conjunto de lineamientos sinérgicos que permiten orientar los esfuerzos de la organización en la implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad. Se presentan, a continuación, las estrategias aplicadas.

❖ **ESTRATEGIAS DE DIVULGACIÓN**

La implementación y actualización que se realice al PAMEC, requiere que la institución diseñe e implemente una campaña de lanzamiento, con el fin de orientar los esfuerzos de la organización en un mismo sentido para que los responsables conozcan el contenido del PAMEC.

Se garantizará que las versiones actualizadas se encuentren disponibles mediante el control de Documentos, para garantizar así el acceso oportuno a todo el personal de la Empresa.

❖ **ESTRATEGIAS DE CAPACITACIÓN**

Inducción: Se le brindará información al empleado sobre las funciones generales del Estado y las específicas de la Entidad. Se garantiza que en esta modalidad de capacitación, el empleado que ingresa a la institución conozca el funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad de la empresa, del cual hacen parte el PAMEC y los programas relacionados.

Reinducción: Permite actualizar al empleado en las políticas, planes y programas de la entidad y a la vez renovar el compromiso institucional.

Actualización: Orientada a promover nuevos conocimientos relacionados con las funciones y el oficio que desempeña. En cuanto al PAMEC, esta actualización se brindará de acuerdo al plan de capacitación anual y mediante boletín informativo bimestral de avances del Sistema de Gestión de Calidad. Igualmente, en las reuniones de personal se incluirán capacitaciones en temas relacionados con el PAMEC, de acuerdo a las necesidades detectadas.

❖ **ESTRATEGIAS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.** Todas las acciones serán monitoreadas por la alta dirección, quien a través del Comité de Calidad conocerá el avance y estado de la implementación, participando activamente en la asignación de los recursos y las herramientas requeridas para lograr el cumplimiento de las metas establecidas, bajo parámetros de eficacia, eficiencia y efectividad.



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

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

Anualmente, se realizará una jornada de trabajo en la cual se evalúa el impacto del PAMEC como herramienta de mejoramiento continuo y se implementarán los correctivos que sean necesarios.

❖ **ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS**

Para la E.S.E es importante estandarizar los procesos como una estrategia que le permitirá asegurar resultados.

Para llevarlos a cabo tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

- Constituir equipo directivo de estandarización
- Formalizar el proceso de estandarización
- Establecer un ambiente laboral propicio para iniciar y mantener el proceso. Implica reconocer los obstáculos y los facilitadores en la cultura organizacional y trabajar en ellos.
- Reconocer nuevas oportunidades de mejora
- Capacitar al personal en métodos y formatos establecidos.
- Monitorear internamente que se esté trabajando en los procesos estandarizados.



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

## **BIBLIOGRAFÍA**

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

Guía Básica para la acreditación en salud. ICONTEC. 2008.

Guía del Ministerio de la protección Social, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, Auditoria para el mejoramiento de la Atención en Salud 2008.

Guía Básica para la Implementación de las Pautas de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social 2007.

Guía Básica para la acreditación en salud. ICONTEC. 2008.

Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social 2007.

Pautas de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Ministerio de la Protección Social 2007

Resolución 1445 de 2006, por la cual se establecen el Sistema Único de Acreditación.

Resolución 2181 de 2008, por la cual se expide la Guía Aplicativa del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud para las IPS de carácter Público.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Auditoria para el mejoramiento de la atención en salud. Ministerio de la Protección Social. Programa de apoyo a la reforma de salud. Centro de Gestión Hospitalaria. Editorial nuevas ediciones Ltda. 2007.





**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

## **ANEXOS**



**ANEXO 2. HOJA RADAR PARA LA CALIFICACION DE ESTANDARES DE ACREDITACION**

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
<b>ENFOQUE</b>					
<b>Sistematicidad y amplitud</b>	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar en áreas claves	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
<b>Proactividad</b>	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
<b>Ciclo de evaluación y mejoramiento</b>	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento.
<b>Impacto</b>				Existe alguna evidencia que indica que el enfoque está incidiendo en la implementación y en los procesos más importantes	La incidencia del enfoque en la implementación y en los resultados es demostrable.

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
<b>IMPLEMENTACIÓN Y DESPLIEGUE</b>					
<b>Despliegue en la institución</b>	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
<b>Despliegue al cliente interno y/o externo (según la naturaleza y propósito del estándar)</b>	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente

Variables	Escala de Calificación				
	1	2	3	4	5
<b>RESULTADOS</b>					
<b>Pertinencia</b>	Los datos presentados <b>no</b> responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a <b>unos pocos</b> factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de <b>algunas</b> áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados .	La <b>mayoría</b> de los resultados referidos se relacionan con el área , factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	<b>Todos</b> los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
<b>Consistencia</b>	Solo existen <b>ejemplos anecdóticos</b> de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados <b>todavía incipientes</b> de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que <b>algunos</b> logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	<b>La mayoría</b> de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	<b>Todos</b> los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
<b>Avance de la medición</b>	<b>No existen</b> indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	<b>Existen algunos indicadores</b> que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y <b>muestran ya tendencias positivas</b> de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	Existen procesos sistemáticos de medición <b>para la mayoría</b> de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización <b>y la información se utiliza para la toma de decisiones</b> y el mejoramiento de los procesos



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

**ANEXO 3. PAMEC**



**REDSALUD ARMENIA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
NIT. 801001440-8**

**ANEXO 4. FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES DE MONITOREO DE LA CALIDAD**

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>OPORTUNIDAD EN LA ATENCION DE URGENCIAS</b>
<b>JUSTIFICACION</b>	La oportunidad de la atención en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolución es vital para la seguridad y efectividad de la atención de los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel constituye la disminución de mortalidad, incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de la atención. El tiempo de respuesta es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de los servicios que recibe, orientar las decisiones para el mejoramiento, reducir las fallas con relación a la organización de la oferta de los servicios.
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Sumatoria del número de minutos transcurridos entre la solicitud de atención en la consulta de urgencias y el momento en el cual es atendido el paciente en consulta por parte del médico
<b>DENOMINADOR</b>	Total de usuarios atendidos en la consulta de urgencias
<b>UNIDAD DE MEDICION</b>	Minutos
<b>FACTOR</b>	1
<b>FORMULA DE CALCULO</b>	Divide numerador entre el denominador
<b>VARIABLES</b>	
<b>FUENTE PRIMARIA</b>	Formato tiempos de espera en urgencias
<b>RESPONSABLE DE OBTENCION INFORMACION</b>	Subgerencia Científica y Auditor Médico, Coordinador de Urgencias.
<b>PERIODICIDAD DE GENERACION INFORMACION</b>	Mensual
<b>ESTÁNDAR META</b>	Triage 1: atención inmediata. Triage 2: 30 minutos,

Triage 3: 60 minutos

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>TASA DE SATISFACCION GLOBAL DE PACIENTES</b>
<b>JUSTIFICACION</b>	La percepción de Satisfacción de los usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de seleccionar instituciones prestadoras de servicios de salud. La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Número total de pacientes que se consideran satisfechos con los servicios recibidos por la IPS
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de pacientes encuestados por la IPS
<b>UNIDAD DE MEDICION</b>	Relación porcentual
<b>FACTOR</b>	100
<b>FORMULA DE CALCULO</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por 100
<b>VARIABLES</b>	
<b>FUENTE PRIMARIA</b>	Encuesta de Satisfacción
<b>RESPONSABLE DE OBTENCION INFORMACION</b>	Coordinación SIAU
<b>PERIODICIDAD DE GENERACION INFORMACION</b>	Mensual
<b>ESTÁNDAR META</b>	92%

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACION DE CITAS EN ODONTOLOGIA</b>
<b>JUSTIFICACION</b>	La atención por el odontólogo en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección temprana de la enfermedad. El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda.
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita y la fecha para la cual se asigna la cita
<b>DENOMINADOR</b>	N° total de consultas de Odontología asignadas en el mes
<b>UNIDAD DE MEDICION</b>	días
<b>FACTOR</b>	1
<b>FORMULA DE CALCULO</b>	Divide numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
<b>VARIABLES</b>	
<b>FUENTE PRIMARIA</b>	Registro de asignación de citas odontológicas
<b>RESPONSABLE DE OBTENCION INFORMACION</b>	Líderes de Centros y puesto De salud y líderes de procesos implicados
<b>PERIODICIDAD DE GENERACION INFORMACION</b>	Mensual
<b>ESTÁNDAR META</b>	5 días



<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>OPORTUNIDAD DE LA ASIGNACIÓN DE CITA EN LA CONSULTA MÉDICA GENERAL</b>
<b>JUSTIFICACION</b>	El tiempo de respuesta en los prestadores es útil para medir la suficiencia institucional para atender la demanda de servicios que recibe, orientando decisiones de mejoramiento, puede servir para la evaluación contractual entre las entidades promotoras de salud y los prestadores Su monitorización puede proveer al usuario de información relevante para su decisión de acudir a un determinado proveedor de servicios de salud y para la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud puede representar además un trazador indirecto de la capacidad resolutive de los procesos de atención y de la suficiencia de la oferta en las IPS de baja complejidad.
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta médica general y la fecha para la cual es asignada la cita.
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de consultas médicas generales asignadas en la Institución
<b>UNIDAD DE MEDICION</b>	Días
<b>FACTOR</b>	1
<b>FORMULA DE CALCULO</b>	Divide numerador entre el denominador y el resultado se presenta con una cifra decimal
<b>VARIABLES</b>	
<b>FUENTE PRIMARIA</b>	Formato asignación de citas médicas
<b>RESPONSABLE DE OBTENCION INFORMACION</b>	Líderes de Centros y puesto De salud y líderes de procesos implicados
<b>PERIODICIDAD DE GENERACION INFORMACION</b>	Mensual
<b>ESTÁNDAR META</b>	3 días



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>TASA DE REINGRESO DE PACIENTE HOSPITALIZADO, ANTES DE 20 DÍAS, POR LA MISMA CAUSA</b>
<b>JUSTIFICACION</b>	El reingreso de los pacientes a los servicios de hospitalización se presenta con frecuencia como consecuencia de un deficiente abordaje y solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	
<b>NUMERADOR</b>	Número total de pacientes que reingresan al servicio de hospitalización, en la misma institución, antes de 20 días por la misma causa en el período
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de egresos vivos en el período
<b>UNIDAD DE MEDICION</b>	Relación porcentual
<b>FACTOR</b>	100
<b>FORMULA DE CALCULO</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor
<b>VARIABLES</b>	
<b>FUENTE PRIMARIA</b>	RIPS hospitalización
<b>RESPONSABLE DE OBTENCION INFORMACION</b>	Coordinador DIR
<b>PERIODICIDAD DE GENERACION INFORMACION</b>	Mensual
<b>ESTÁNDAR META</b>	3%



**REDSALUD ARMENIA**  
**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**  
**NIT. 801001440-8**

<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>		<b>PROPORCIÓN DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS</b>
<b>JUSTIFICACION</b>		Los Eventos Adversos son lesiones o complicaciones involuntarias que son causadas con mayor probabilidad por la atención en salud, que por la enfermedad subyacente del paciente, y que conducen a la muerte, la inhabilidad a la hora del alta o a la hospitalización prolongada. Muchos de estos eventos pueden ser prevenibles. Existe evidencia que demuestra la asociación entre la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. La monitorización de este indicador debe impactar en la eficiencia y efectividad clínica.
<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>		
<b>NUMERADOR</b>	Número total de eventos adversos detectados y gestionados	
<b>DENOMINADOR</b>	Número total de eventos adversos detectados	
<b>UNIDAD DE MEDICION</b>	Relación porcentual	
<b>FACTOR</b>	100	
<b>FORMULA DE CALCULO</b>	Divide numerador entre el denominador y multiplica por el factor	
<b>VARIABLES</b>		
<b>FUENTE PRIMARIA</b>	Registro de atenciones inseguras	
<b>RESPONSABLE DE OBTENCION INFORMACION</b>	Oficina calidad	
<b>PERIODICIDAD DE GENERACION INFORMACION</b>	Mensual	
<b>ESTÁNDAR META</b>	100%	