

	GESTIÓN DE SERVICIOS ACADÉMICOS Y BIBLIOTECARIOS	CÓDIGO	FO-GS-15	
		VERSIÓN	02	
	ESQUEMA HOJA DE RESUMEN		FECHA	03/04/2017
			PÁGINA	1 de 1
ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ		
Jefe División de Biblioteca	Equipo Operativo de Calidad	Líder de Calidad		

RESUMEN TRABAJO DE GRADO

AUTOR(ES):

NOMBRE(S): EVER ADRIAN

APELLIDOS: BECERRA GELVEZ

NOMBRE(S): XANDRO MIGUEL

APELLIDOS: CABALLERO BOTELLO

FACULTAD: INGENIERÍA

PLAN DE ESTUDIOS: INGENIERÍA INDUSTRIAL

DIRECTOR:

NOMBRE(S): CLARA PAOLA

APELLIDOS: BARRETO PEDRAZA

TÍTULO DEL TRABAJO (TESIS): PROPUESTA PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD ENFOCADA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL, UBICADA EN EL BARRIO CAOBOS, CÚCUTA-NORTE DE SANTANDER CON BASE EN EL DECRETO 780 DE 2016.

RESUMEN

La empresa SSOAR IPS es un establecimiento comercial, ubicada en la calle 13ª # 1e-113 Caobos, Cúcuta - Norte de Santander, que presta los servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo como audiometría, espirometría, optometría, toma de muestras de laboratorio, psicología y exámenes médico-ocupacionales a trabajadores en proceso de ingreso, periódico y retiro laboral. El SOGC de Calidad de la Atención en Salud estructurado en el Decreto 780 de 2016, obliga a las Instituciones de Salud la elaboración de un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, que incluya mínimo la autoevaluación del proceso de atención en salud en cuanto a accesibilidad, oportunidad y la evaluación sistemática de la satisfacción del usuario, por ende, se propuso el desarrollo de acciones para mejorar la calidad de la IPS SSOAR, con enfoque en la seguridad del paciente, por medio de buenas prácticas aplicables a los procesos misionales, con aplicación de encuestas que describen su percepción y conocimiento sobre los procesos además la satisfacción del usuario proponiéndose 11 acciones que mejoraran la seguridad del paciente y la calidad a través de formatos de evaluación para cada acción.

PALABRAS CLAVE: Calidad, salud, PAMEC, mejoramiento continuo, seguridad del paciente.

CARACTERÍSTICAS:

PÁGINAS: 141 **PLANOS:** **ILUSTRACIONES:** **CD ROOM:**

PROPUESTA PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA
EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD ENFOCADA EN LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL,
UBICADA EN EL BARRIO CAOPOS, CÚCUTA-NORTE DE SANTANDER CON
BASE EN EL DECRETO 780 DE 2016

XANDRO MIGUEL CABALLERO BOTELLO

EVER ADRIÁN BECERRA GELVEZ

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD DE INGENIERÍA

PLAN DE ESTUDIOS DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2021

PROPUESTA PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD ENFOCADA EN LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL,
UBICADA EN EL BARRIO CAOBS, CÚCUTA-NORTE DE SANTANDER CON
BASE EN EL DECRETO 780 DE 2016

XANDRO MIGUEL CABALLERO BOTELLO

EVER ADRIÁN BECERRA GELVEZ

Proyecto de grado presentado como requisito para obtener el título de Ingeniero
Industrial

Directora

Clara Paola Barreto Pedraza
Ing. Industrial
Especialista en Salud Ocupacional

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

FACULTAD DE INGENIERÍA

PLAN DE ESTUDIOS DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

SAN JOSÉ DE CÚCUTA

2021

ACTA DE SUSTENTACIÓN

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE GRADO

FECHA: 07 de Octubre, 2021

HORA: 10:00 am.

LUGAR: GOOGLE MEET – CORREO INSTITUCIONAL UFPS

PLAN DE ESTUDIOS: INGENIERIA INDUSTRIAL

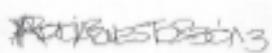
TÍTULO DE LA TESIS: "PROPUESTA PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD ENFOCADA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL, UBICADA EN EL BARRIO CAOBOS, CÚCUTA NORTE DE SANTANDER CON BASE EN EL DECRETO 780 DE 2016"

JURADOS: YANETH PATRICIA ARMESTO PABÓN
PEDRO ANTONIO GARZON AGUDELO

DIRECTOR: CLARA PAOLA BARRETO PEDRAZA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	CÓDIGO LETRA	CALIFICACIÓN	NÚMERO
EVER ADRIAN BECERRA GELVEZ	1192693	cuatro, cero	4,0
XANDRO MIGUEL CABALLERO BOTELLO	1192695	cuatro, cero	4,0

APROBADA





YANETH PATRICIA ARMESTO PABÓN

PEDRO ANTONIO GARZON AGUDELO


Vo.Bo. GAUDY CAROLINA PRADA BOTÍA
Director Plan de Estudios
Ingeniería Industrial
Magda H.

DEDICATORIA

Primeramente, a DIOS, que es quien me brinda sabiduría y me orienta por el buen camino, para seguir adelante, a pesar de las adversidades de la vida.

A mi familia, en especial a mis padres, María Magaly y José Fabio, quienes han sido mi apoyo incondicional en este proyecto.

Ever Adrián Becerra Gelvéz

Dedico este trabajo de grado, principalmente a DIOS, por haberme dado la vida y la fortaleza en los momentos difíciles, y por permitirme llegar a este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres, Clara Belén y José Pastor, por ser el mejor ejemplo siempre, para salir adelante; ustedes me han dado todo lo que soy como persona.

A mi hermana, Janes Fernanda, quien siempre ha estado brindándome su apoyo, inspirándome a ser mejor cada día.

Xandro Miguel Caballero Botello

AGRADECIMIENTOS

A la directora Clara Paola Barreto Pedraza, por su colaboración incondicional en la elaboración de este proyecto.

A la Biblioteca Eduardo Cote Lamus de la Universidad Francisco de Paula, por el servicio de información prestada.

A la IPS SSOAR por permitir desarrollar el proyecto en sus instalaciones y proveer toda la información crucial para la ejecución de la investigación.

A cada una de las personas que apoyaron en la realización del proyecto.

Tabla de Contenido

	Pág.
Introducción	15
1.El problema	17
1.1 Título	17
1.2 Planteamiento del problema	17
1.3 Formulación del problema	20
1.4 Justificación	21
1.4.1 A Nivel de la organización.	21
1.4.2 A nivel del estudiante.	22
1.5 Objetivos	22
1.5.1 Objetivo general.	22
1.5.2 Objetivos específicos.	22
1.6 Alcances y limitaciones	23
1.6.1 Alcance.	23
1.6.2 Limitaciones.	23
2. Marco referencial	24
2.1 Antecedentes	24
2.1.1 Antecedentes internacionales.	24
2.1.2 Antecedentes nacionales.	25
2.1.3 Antecedentes regionales.	30
2.2 Marco contextual	31
2.2.1 Identidad institucional.	31
2.2.2 UEN (Unidad Estratégica De Negocios).	34
2.3 Marco teórico	38
2.3.1 Calidad.	38

2.3.2 Modelos implementados internacionalmente para el aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud.	39
2.3.3 Prestación del servicio de salud.	40
2.3.4 Auditoria En Salud.	42
2.3.4.1 Principios de la auditoría.	42
2.3.5 Ciclo de mejoramiento PHVA.	57
2.3.6 Tipos De Acciones.	59
2.4 Marco conceptual	61
2.5 Marco legal	63
3. Diseño metodológico	67
3.1 Tipo de investigación	67
3.2 Población y muestra	68
3.2.1 Población.	68
3.2.2 Muestra.	68
3.3 Métodos e instrumentos para la recolección de información	69
3.3.1 Fuentes primarias.	69
3.3.2 Fuentes secundarias.	70
3.3.3 Análisis de la información.	70
4. Resultados y análisis	71
4.1 Diagnóstico estratégico de la IPS SSOAR Salud Ocupacional	71
4.1.1 Análisis de la encuesta a los trabajadores de la IPS.	71
4.1.2 Encuestas a los usuarios de la IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL.	76
4.1.3 Diagnostico de los procesos con base en las guías de Buenas prácticas en los servicios asistenciales.	78
4.1.4 Consolidación de las falencias encontradas.	89
4.2 priorizar los procesos de mayor influencia en la seguridad del paciente	91

4.2.1 Priorización de los estándares a intervenir.	91
4.3 Establecimiento del nivel de calidad de los procesos que facilite la formulación de un plan de mejoramiento.	108
4.3.1 Identificación de oportunidades de mejora y fortalezas de cada estándar	108
4.3.1. Formulación del plan de mejoramiento.	112
4.3.2 Umbral de calidad requerida para las acciones.	116
5. Conclusiones	140
6. Recomendaciones	142
Bibliografía	148
Anexos	150

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Criterios para establecer la priorización de las prácticas a intervenir.	35
Tabla 2. Diseño de la herramienta de planeación 5 WH.	48
Tabla 3. Portafolio de servicios de la IPS SSOAR Salud Ocupacional.	55
Tabla 4. Marco normativo relacionado con la atención y seguridad del paciente.	63
Tabla 5. Población relevante para el desarrollo del proyecto.	67
Tabla 6. Resultados de la encuesta a profesionales de los servicios asistenciales de la IPS SSOAR Salud Ocupacional.	71
Tabla 7. Resultados encuesta aplicada a usuarios de la IPS SSOAR Salud Ocupacional.	76
Tabla 8. Estándares de calidad con enfoque en la seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de la Protección Social en las Guías de buenas prácticas.	81
Tabla 9. Matriz para la priorización de estándares según costo, volumen y riesgo.	105
Tabla 10. Procesos a los que impacta cada uno de los estándares priorizados.	107
Tabla 11. Brecha de calidad entre las practicas desarrolladas en la IPS y los estándares establecidos por el Ministerio de la Protección Social.	109
Tabla 12. Definición de las acciones según Enfoque, Implementación o Resultados.	112
Tabla 13. Plan de acción para la ejecución de las acciones diseñadas.	114
Tabla 14. Formato del simulacro en caso de evento adverso por paciente con falla cardiaca.	117
Tabla 15. Eventos adversos presentados en la realización de ayudas diagnosticas.	127
Tabla 16. Formato del indicador propuesto para verificar las imágenes diagnosticas.	128
Tabla 17. Procedimiento propuesto para determinar la capacidad instalada para la atención en los exámenes ocupacionales.	130

Tabla 18. Formato del indicador propuesto para verificar la aplicación del consentimiento informado.	134
Tabla 19. Procedimiento propuesto para la realización de capacitaciones.	135
Tabla 20. Formato del indicador propuesto para medir la proporción de capacitaciones desarrolladas del total propuesta en un año.	136
Tabla 21. Formato del indicador propuesto para la medición de la proporción de personas capacitadas.	137

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Estructura Organizacional	34
Figura 2. Mapa de Procesos.	34
Figura 3. Consulta del Registro Especial de Prestadores de Servicios – REPS	37
Figura 4. Servicios habilitados por Minsalud de la IPS SSOAR - REPS.	37
Figura 5. Modelos para Evaluar la Calidad en los servicios de Salud.	40
Figura 6. Clasificación de las Acciones Según su Direccionamiento.	46
Figura 7. Matriz de Priorización.	48
Figura 8. Ciclo PHVA.	59
Figura 9. Fórmula para calcular la muestra representativa de usuarios.	76
Figura 10. Diagrama de causa-efecto para los problemas que afectan la seguridad del paciente en la IPS SSOAR Salud Ocupacional.	90
Figura 11. Parte anterior de la escarapela para la utilización en pacientes cardiovasculares.	120
Figura 12. Parte posterior de la escarapela para la utilización en pacientes cardiovasculares.	120
Figura 13. Parte anterior de la escarapela para la utilización en pacientes cardiovasculares y de alergia.	121
Figura 14. Parte anterior de la escarapela para la utilización en pacientes cardiovasculares y de alergia.	121
Figura 15. Propuesta de política de atención prioritaria a los usuarios de la IPS SSOAR.	122
Figura 16. Ayuda visual para motivar al paciente a decir la verdad en la consulta médico-ocupacional.	123

Figura 17. Ayuda visual para motivar al paciente a tomar conocer la importancia de firmar el consentimiento informado.	124
Figura 18. Ayuda visual para informar al personal interno y externo de la IPS SOSAR sobre el significado de un evento adverso.	125
Figura 19. Ayuda visual para informar al usuario la importancia de acudir con un acompañante en caso de ser menores de edad, adulto mayor o en condición de discapacidad.	126
Figura 20. Formato de encuesta semiestructurada aplicada al personal de exámenes ocupacionales.	132

Lista de anexos

	Pág.
Anexo 1. Formato Acta de reunión del comité PAMEC.	151
Anexo 2. Matriz cuantitativa de priorización de los procesos a intervenir.	152
Anexo 3. Formato encuesta a usuarios de la IPS SSOAR Salud Ocupacional.	154
Anexo 4. Formato matriz de priorización.	154
Anexo 5. Formato herramienta de planeación 5Wh.	155

Introducción

En vista de los acontecimientos negativos reportados por los pacientes en cuanto a los procedimientos adelantados por las organizaciones prestadoras de servicios de salud y su importancia frente al bienestar de sus usuarios, el gobierno en coordinación con los entes territoriales y organismos de control promueven la generación de distintas iniciativas que a nivel nacional se trabaja por el mejoramiento y la seguridad del paciente, lo que implica acciones y cambios culturales en las organizaciones, que permitan el uso de herramientas efectivas que beneficien tanto al paciente como el personal de la salud, apoyándose en las normativas vigentes establecidas por el Ministerio de la Protección integrado en el Reglamento Único del sector Salud, Decreto 780 del 2016.

En este sentido la empresa INESO/SSOAR SALUD OCUPACIONAL IPS, ubicada en la calle 13ª # 1e-113 Caobos, Cúcuta - Norte de Santander, de carácter privado y de baja complejidad donde presta los servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo tales como audiometría, espirometría, optometría, toma de muestras de laboratorio y exámenes médico-ocupacionales a trabajadores que se encuentran en proceso de ingreso, periódico o de retiro laboral. Desde sus inicios la empresa está obligada a estructurar e implementar un Sistema de Garantía de la Calidad que permitiera la evaluación constante y el mejoramiento continuo de indicadores y estándares; procesos y en especial de los resultados.

El compromiso con el servicio de salud de la población de la región y la importancia de que su prestación sea de calidad, la empresa para estar en concordancia con la reglamentación y al tiempo de actualizar el programa de mejoramiento de la calidad ya implementado requiere el análisis completo de los procesos de atención en salud que resalten las desmejoras en cuanto a la seguridad del paciente por medio de la guía de buenas prácticas en la atención en salud de la

política de la seguridad del paciente hacia el cual se enfoca el PAMEC (Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Atención en Salud), que busca el mejoramiento continuo, como un mecanismo sistemático de evaluación de la calidad observada, respecto de la calidad esperada del servicio de salud ocupacional que reciben los usuarios. (López M & Velásquez M, 2011)

Por lo anterior, en el presente documento se propuso una metodología para el desarrollo de acciones que permitieron mejorar la calidad de la empresa SSOAR Salud Ocupacional IPS, con enfoque en la seguridad del paciente, de acuerdo a las buenas prácticas aplicables a los procesos misionales, siguiendo los pasos de la ruta crítica, la cual se resume en autoevaluar los procesos, detectar las fallas más relevantes, evaluar su impacto en cuanto a volumen, riesgo o costo, seguidamente se define el estado de mejora al que se quieren llevar dichos procesos, después diseñar y aplicar un plan de acción y finalmente evaluar el cumplimiento de lo propuesto, por lo que esta propuesta se constituye en un nuevo ciclo de aplicación del PAMEC, el cual está basado en el ciclo Deming o PHVA.

1. El problema

1.1 Título

PROPUESTA PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD ENFOCADA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL, UBICADA EN EL BARRIO CAOBS CÚCUTA-NORTE DE SANTANDER CON BASE EN EL DECRETO 780 DE 2016.

1.2 Planteamiento del problema

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud estructurado en el Decreto 780 de 2016, obliga a todas las Instituciones Prestadoras de Salud la elaboración e implementación de un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, que incluya como mínimo la autoevaluación del proceso de atención en salud en cuanto a accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad y la evaluación sistemática de la satisfacción del usuario. Teniendo en cuenta que la auditoría implica un accionar orientado a la obtención de resultados centrados en el paciente, sin dejar aparte la correlación con la estructura y los procesos, manteniendo la búsqueda de resultados prioritarios y relevantes, los cuales deben basarse en métodos válidos, confiables y aprobados, con el fin de procurar la contención de costos asociados a la no calidad, a que su orientación e impacto se haga hacia el mejoramiento de los procesos y no a la búsqueda de culpables; a la promoción de la autoevaluación y el autocontrol; la operativización de los comités institucionales como espacios propicios para la evaluación y al mejoramiento continuo.

La empresa SSOAR IPS Salud Ocupacional es un establecimiento comercial de INESO Ltda., está ubicada en la calle 13ª # 1e-113 Caobos, Cúcuta - Norte de Santander, presta los servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo tales como audiometría, espirometría, optometría, toma de muestras de laboratorio, psicología y exámenes médico-ocupacionales a trabajadores que se encuentran en proceso de ingreso, periódico o de retiro laboral. Desde sus inicios la empresa adquirió el compromiso de estructurar e implementar un Sistema de Garantía de la Calidad que permitiera la evaluación constante y el mejoramiento continuo de indicadores y estándares; procesos y en especial de los resultados.

La institución por ser un componente del Sistema General de Seguridad Social en Salud debe cumplir con los requisitos mínimos para la prestación del servicio, que es soportado mediante su certificación del Sistema Único de Habilitación, y a su vez, a la organización se le exige adoptar un documento PAMEC, que ha venido adelantando y busca mejorar en aras de implantar el Sistema Único de Acreditación de acuerdo al Decreto 780 de 2016, en el libro 2, parte 5, título 1 (Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de la Atención en Salud). Debido a que el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad es un integrante del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), la institución actualmente requiere actualizar dicho programa a la versión 2021 por ser un requisito obligatorio para la IPS, además con dicha herramienta es posible revisar el nivel de ejecución de las actividades planteadas en anteriores programas de auditoría y actualizar los requisitos legales y de funcionamiento establecidos, que disminuya los riesgos a los usuarios y su descontento con los servicios, para lo cual es necesario realizar procesos de mejora continua a través de una evaluación del estado en el que se encuentra frente a la satisfacción de usuarios, la actualización de los requerimientos y el desarrollo de acciones de mejoramiento de los procesos que se tengan como prioritarios en el Programa de Auditoría, para lo cual considera la aplicación del PAMEC con enfoque en la seguridad del paciente tomando como base la guía de buenas

prácticas en la atención en salud, lo cual implica la revisión de los estándares aplicables, y el contraste con lo adelantado por la institución en enfoque, estructura o resultados en los procesos misionales de la organización aplicables.

Bajo los procesos misionales desarrollados por la IPS se encuentra lo relacionado con la atención directa al usuario y la consulta externa, sin embargo existen los procesos estratégicos y los procesos misionales, este último se encarga de la gestión de los recursos financieros, del recurso humano y de los profesionales de la salud, del desarrollo tecnológico y de comunicación; la gestión del ambiente físico, recursos logísticos y de la información, los cuales son principales para la prestación del servicio. El comité de calidad es el encargado de recibir, gestionar y emitir acciones en procura de mejorar la calidad del servicio, así mismo existen canales de comunicación electrónicos como también formatos POR (preguntas, quejas y reclamos) con los clientes internos y externos pueden manifestar sus inconformidades, así mismo, la IPS cuenta con un software para el manejo de las historias clínicas, que garantiza la seguridad y confidencialidad de los datos. De igual manera, cuenta con personal idóneo y con buena experiencia en el área de aplicación, a los que a su vez la organización remunera correctamente, teniendo en cuenta que de estos depende en gran parte el nivel de calidad del servicio, a quienes se les hace auditorías internas y se someten a calificación mediante el diligenciamiento del formato de satisfacción por parte del paciente.

Es importante resaltar que desde el 2012 en que se inició la organización, se viene implementando el ciclo de auditoría, con una interrupción en el periodo 2019-2020 debido a la pandemia por COVID -19 en la cual quedaron estancados varios procesos, por lo que a la fecha se hace necesario la aplicación de la herramienta en su totalidad, sin embargo, varias de las acciones estandarizadas se han integrado a la cultura organizacional.

La ausencia del desarrollo del proyecto impactaría negativamente en todos los procesos desarrollados por la IPS, por el impedimento de reconocer el nivel de calidad en el que se encuentran los procesos y por consiguiente, no resultarían propuestas que contribuyan con la misión y visión de la institución lo que finalmente perjudicaría la seguridad del paciente y su satisfacción con los servicios, del mismo modo no se cumpliría con lo propuesto por el SOGC, que establece la responsabilidad que tienen las Instituciones Prestadora de Servicios de Salud, el ser objeto de auditoría por parte del Ministerio de Salud y Protección o entidades de control que lo requieran, por lo que el proyecto busca realizar una propuesta de diseño de un programa de auditoría enfocada a la seguridad del paciente, que parte con el diagnóstico de los procesos desarrollados por la organización donde permita identificar las falencias y situaciones adversas con posibles oportunidades de mejora y mediante la formulación de un plan de acción proponer alternativas de solución.

1.3 Formulación del problema

¿Cómo se podría comprometer la institución de Salud Ocupacional SSOAR con acciones que le permitan mejorar la prestación del servicio, fortalecer lo relacionado con la seguridad del paciente y además cumplir con la normatividad vigente?

1.4 Justificación

1.4.1 A Nivel de la organización. Las unidades de atención de salud son de alto riesgo, y las cuales para prevenir eventos adversos o incidentes o eventos casi-adversos deben plantear retrospectivamente un análisis, generar etapas que se puedan cumplir sistemáticamente y sirvan de barreras de seguridad, todas las medidas adoptadas siempre hacia la seguridad del paciente, pertinentes en la información frente a una falencia y de apoyo en la mitigación de sus consecuencias, siendo este el objeto del PAMEC como herramienta que protege al paciente; que busca meticulosamente priorizar fuentes de trabajo de gran impacto, desplegar metodologías que pongan en manifiesto las causas y las fallas específicas, para disponer de acciones efectivas de mejoramiento, que conlleve a la generación de una cultura organizacional autocrítica y solidaria con los usuarios, del mismo modo adoptar criterios, indicadores, estándares para obtener la calidad esperada y que produzcan acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes con la evaluación continua dando cumplimiento con lo exigido en el Decreto 780 de 2016 y de esta forma identificar, satisfacer y exceder las expectativas y requerimientos de los usuarios.

Por lo anterior, para la organización es necesario contar con herramientas que faciliten la evaluación de los procesos e identifiquen la brecha de calidad frente a los estándares utilizados, que permitan adoptar estrategias de mejoramiento y conlleven a estándares más altos tanto de estructura, procesos como resultados, con la finalidad de mejorar la calidad en la atención en salud con enfoque en la seguridad del paciente.

1.4.2 A nivel del estudiante. Como profesionales a puertas de entrar al entorno laboral, es de suma importancia y de gran enriquecimiento cualquier experiencia que permita empalmar los conocimientos teóricos con la aplicación en el campo. Los profesionales de Ingeniería industrial tienen conocimiento en Sistemas de Gestión de la Calidad con enfoque en actividades distintas a las de salud, esto se convierte en una fortaleza para el perfil profesional, el ser conocedor de esta rama de la calidad, con el que además permite establecer un reto académico y profesional, ya que adquiere nuevo conocimiento, ampliando los posibles campos a desempeñar como profesionales, además de consolidar un trabajo que contribuya con la consecución de los objetivos de la organización y también con el cumplimiento de los estatutos establecidos por la Universidad Francisco de Paula Santander.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general. Proponer el diseño de un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud enfocada en la seguridad del paciente de la IPS SSOAR salud ocupacional, ubicada en el barrio Caobos, Cúcuta- Norte de Santander, con base en el Decreto 780 de 2016.

1.5.2 Objetivos específicos. Identificar las fallas de calidad mediante la autoevaluación de los procesos, que facilite la selección de aquellos que impactan negativamente a la organización.

Priorizar los procesos de mayor incidencia en la seguridad del paciente que posibilite la asignación de la meta esperada por la organización.

Establecer el nivel de calidad actual de los procesos que contribuya con la formulación de un plan de mejoramiento de los problemas de calidad detectados en la IPS SSOAR.

1.6 Alcances y limitaciones

1.6.1 Alcance. Para cumplir con los objetivos del proyecto se documentó la situación actual de la institución en cuanto al cumplimiento de estándares que promuevan la seguridad del paciente (Autoevaluación), de acuerdo a las guías técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social, lo que fueron las bases para el desarrollo de la ruta crítica del PAMEC, seguidamente se estableció con la matriz técnica de priorización con los procesos que se intervinieron en el punto de calidad al que se quisieron elevar, según lo solicitado en cada estándar y su brecha con lo identificado, finalmente se desarrollaron acciones de mejoramiento que por medio de indicadores se evaluó su nivel de ejecución.

1.6.2 Limitaciones. La obtención de la información debido a la ocupación de los actores principales que generaron los resultados, como son los profesionales y asistentes de salud, quienes disponen de poco tiempo por su labor, también es un factor de impedimento la situación de pandemia por COVID-19 que afecta y modificó las formas de comunicarse.

2. Marco referencial

2.1 Antecedentes

A continuación, se citan algunos proyectos que fueron desarrollados con el fin de dar solución a problemas asociados con la calidad del servicio que reciben los usuarios en distintas instituciones, dedicadas tanto a la prestación de servicios hospitalarios, ambulatorios, de salud ocupacional o de optometría, que buscaron detectar fallas en la calidad de la atención y mediante la aplicación del PAMEC propusieron soluciones.

r2.1.1 Antecedentes internacionales. A continuación, se muestran estudios internacionales realizados en el ámbito de la seguridad del paciente y se aborda los principales aportes.

Lara, E. (2015). *Diseño de una propuesta para Mejora de la Calidad de la Clínica del Deportista de Guayaquil*. Sistema de posgrado Maestría en Administración de Empresas. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Ecuador.

El presente proyecto de tesis presenta el Diseño de una Propuesta de Mejora para la Clínica del Deportista, empresa que brinda los servicios de fisioterapia y rehabilitación en la ciudad de Guayaquil, con el objetivo de evaluar aspectos de la calidad de atención brindada a los pacientes e identificar las mejoras por medio de la aplicación de un Modelo de Gestión, donde se realizó una presentación de estándares, elementos de medición y un diagnóstico del cumplimiento de los mismos, así también se recopiló información por medio de entrevistas y encuestas, logrando conocer la situación de la institución a fin de proponer un plan de mejoramiento.

Se basará en el proyecto para escoger variables que permita analizar la satisfacción del paciente con respecto al servicio prestado, teniendo en cuenta que el modelo JCAHO analiza

los estándares centrados en el paciente, como son la accesibilidad y continuidad en la atención, sus derechos y la de su familia; y su conocimiento respecto a la intervención en su salud.

Valdivieso, V y Nívea, K. (2016). *Plan de Mejoramiento de la Calidad de Atención de Salud del Área de Consulta Externa de Dermatología del “Hospital IESS Manta”*. (Tesis de grado para la obtención del título Magister en Gerencia en Servicios de Salud). Guayaquil, Ecuador.

En la ciudad de Manta se realizó la investigación titulada “Plan de Mejoramiento de la calidad de atención de salud del área de Consulta Externa de Dermatología del Hospital IESS Manta” cuyo objetivo principal fue identificar los aspectos que determinan la calidad de atención que reciben los pacientes que acuden al Área de Consulta Externa de Dermatología, donde los objetivos específicos estuvieron encaminados a analizar la capacidad instalada, determinar el grado de satisfacción del usuario, a través de las dimensiones de calidad (Accesibilidad, Estructura, Proceso, Resultado).

Se basará en el proyecto aplicando una metodología descriptiva enfocada en el método cuantitativo y cualitativo realizando encuestas y entrevistas a los usuarios de la IPS, logrando una propuesta de impacto positivo para la unidad de salud pues no solo se beneficiará los usuarios que asisten diariamente a la organización sino también el personal asistencial.

2.1.2 Antecedentes nacionales. De igual manera se presentan los antecedentes nacionales que abordan propuestas para el mejoramiento de la calidad en salud de los usuarios acogiéndose a normativa estipulada por el Ministerio de la Protección Social.

Giraldo, N., Páez, L., y Valencia, C. (2016). *Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC IPS Mas Visión Medellín*. (Tesis de especialización. Universidad Cooperativa de Colombia. Antioquia, Colombia).

En el trabajo se generó una propuesta de herramienta (matriz) para el despliegue del PAMEC con la finalidad de establecer una manera acertada y coordinada el cumplimiento de este componente; realizando la identificación de los problemas de calidad institucional mediante un proceso de autoevaluación con enfoque en seguridad del paciente y en búsqueda de la acreditación institucional. Para lograr realizar nuestra propuesta consideramos utilizar una matriz como herramienta ya que por medio de esta se puede realizar una relación entre los procesos evaluados, los problemas u oportunidades de mejora encontrados, las causas, las actividades o planes de mejora con los métodos y sus objetivos, además se hicieron seguimiento a los resultados por medio de indicadores y diferentes actividades realizadas, todo partiendo de un cronograma previamente establecido.

Este proyecto es una base fundamental para el desarrollo estructural del presente proyecto, ya que condensa el procedimiento de ejecución de la ruta crítica del PAMEC y sirve como referencia para la estructuración de los indicadores de medición de la calidad esperada.

Vergel, L., Calderón, M., y Carreño, G. (2018). *Planeación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) en la fundación avanzar FOS, sede Floridablanca, basados en la autoevaluación del grupo de estándares pacas del manual de acreditación (Resolución 123 de 2012)*. (Tesis de especialización). Universidad de Santander. Bucaramanga, Colombia.

En el trabajo de grado, se planteó a través de un alcance propuesto, elaborar los planes de mejoramiento siguiendo la Ruta Crítica del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) para la Fundación Avanzar FOS, en la sede de Floridablanca. El Objetivo general fue elaborar la planeación del PAMEC en la Fundación Avanzar FOS, sede Floridablanca, basados en la autoevaluación del grupo de estándares del Proceso de Atención al Cliente Asistencial (PACAS) del Manual de Acreditación ambulatorio y hospitalario (Resolución 123, 2012) hasta la formulación del plan de mejoramiento. En cuanto a la metodología se trabajó coordinados con el equipo de líderes institucionales seleccionados previamente entre el Coordinador de la Sede y la Coordinadora de Calidad de la institución, se realizó la autoevaluación y priorización de los estándares de acreditación para generar un plan de mejoramiento, a partir del método PHVA y la ruta crítica del PAMEC, que permitirá el mejoramiento continuo de la calidad de los procesos de atención al cliente asistencial en la Fundación Avanzar FOS, Sede Floridablanca. Resultados: Se obtuvieron 11 estándares priorizados a los cuales se les realiza plan de mejora de acuerdo a disponibilidad de recursos y decisión de la gerencia.

El documento PAMEC elaborado sirve de guía metodológica en la elaboración, ya que realiza la autoevaluación en base a los estándares de acreditación y a los paquetes instruccionales, los cuales permiten evaluar la calidad de las actividades, a su vez ayuda a diseñar estrategias de mejora de la calidad, que es uno de los objetivos de este trabajo. Del mismo modo, apoya y sustenta el marco normativo que rige la seguridad en la prestación del servicio de salud.

Olaya, S., y Camacho, D. (2018). *Evaluación y seguimiento del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención de salud de una Institución Prestadora de Servicios de Salud en un municipio del departamento de Santander* (Tesis especialización). Universidad de Santander-UNDES. Bucaramanga, Colombia.

La Auditoría en salud es el proceso continuo que pretende un mejoramiento de la calidad de las instituciones de salud, a través de la verificación de actividades estandarizadas y normadas en los cuales se tiene relación directa con el cliente externo desde que inicia la atención hasta que finaliza con el fin de llenar sus expectativas. Este proyecto de grado tiene como objetivo principal evaluar el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención de salud de una Institución Prestadora de Servicios de Salud en un municipio de Santander para plantear propuestas de mejora y así contribuir en el fortalecimiento de la gestión de la Calidad en la institución. Para cumplirlo, se plantearon cuatro objetivos específicos: en primer lugar, diagnosticar el proceso de Autoevaluación de la IPS de un municipio de Santander, mediante la implementación de una lista de chequeo; en segundo lugar, identificar las fortalezas, carencias y oportunidades de mejora de la IPS, y de acuerdo a los resultados obtenidos, proponer acciones de mejora para que la Institución Prestadora de Servicios de Salud con sede en un municipio de Santander pueda lograr altos nivel de calidad; en tercer lugar, medir el desempeño de los procesos a través de la aplicación de la matriz de priorización; por último, proponer acciones de mejora que permitan optimar la calidad en la prestación del servicio para satisfacción del usuario.

Se tuvo en cuenta una metodología de tipo cuantitativo observacional descriptivo. Se llevó a cabo un trabajo de campo basado en revisión documental y entrevistas. Como resultados se identificaron 24 estándares priorizados, de los cuales el estándar con mayores elementos de priorización fue el de Direccionamiento. Posteriormente se plantearon catorce propuestas de mejora a la Institución teniendo en cuenta los aspectos evaluados.

En este proyecto de grado en auditoría se desarrollaron herramientas prácticas que facilitan la evaluación y el seguimiento de las acciones a aplicar, las cuales sirvieron para

proponer acciones de mejoramiento de los estándares de atención y seguridad del paciente que se consideraron claves para la organización, que son importantes y de apoyo en la consecución del tercer objetivo del proyecto. El proyecto además propone una eficaz herramienta para hacer seguimiento a los estándares de mejoramiento, la cual será ajustada para la IPS.

Restrepo, M., y Mora, M. (2019). *Autoevaluación de PAMEC con enfoque en seguridad del paciente realizado en una institución de tercer nivel de Armenia “Clínica Sagrada Familia”*. (Tesis de posgrado). Repositorio Institucional UCC. Gerencia de la Calidad y Auditoría en Salud. Universidad Cooperativa de Colombia.

En el proyecto se planteó trabajar con la política de seguridad del paciente, teniendo en cuenta estándares como los procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas, prevención de úlceras por presión, atención segura madre-hijo y prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre en transfusión Sanguínea. De acuerdo con lo anterior se contó con un programa de Seguridad del Paciente donde se detecta, previene y reduce los riesgos de infecciones asociadas a la atención de la Salud.

Con esta investigación se buscará prestar apoyo a la institución IPS SSOAR con la implementación del PAMEC, con base en el Decreto 780 de 2016, apoyándose en la metodología de la ruta crítica aplicada por el proyecto, en el que a través de una serie de actividades encadenadas se elabora el plan de acción, lo que junto con el formato propuesto para evaluar la idoneidad del personal asistencial ante la atención del usuario, serán insumos para el desarrollo del proyecto.

2.1.3 Antecedentes regionales. Por último se relaciona los antecedentes regionales los cuales tienen en común las condiciones socio-políticas del lugar y que tratan de cerca problemas asociados al mejoramiento de la calidad en salud.

Carrero, C., y Torres, D. (2018). *Diseño del Programa de Auditoría para el mejoramiento de la Calidad (PAMEC) en la Clínica Medical Duarte ZF S.A.S. de la ciudad de San José de Cúcuta. Norte de Santander.*

El presente trabajo de grado tuvo como objetivo el diseño del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) en la Clínica Medical Duarte ZF S.A.S., en la ciudad de San José de Cúcuta. Para ello fue necesario desarrollar un diagnóstico básico, para identificar los problemas y fallas de calidad que afectan a la clínica, a partir de los estándares de Acreditación, según la resolución 1445 del año 2006, con la finalidad de generar una propuesta de mejoramiento, a través del método PHVA, que le permitió a la Clínica reducir las brechas, estandarizar los procesos y procedimientos establecidos como prioritarios y definir la calidad a la que espera llegar.

El proyecto abarca un análisis con propósitos de Acreditación apoyándose en la resolución 1445 del año 2006 que para lograrlo adopta un método de análisis cuantitativo-cualitativo de las variables que permiten diagnosticar la calidad en los servicios de salud y concluir en aquellos procesos prioritarios que tienen afección directa en la calidad e impiden el cumplimiento de la normativa, lo cual es logrado a partir de la conformación del comité PAMEC que integra distintas partes involucradas en la atención y seguridad del usuario y conforme a un cronograma de reunión y actuación emiten acciones de mejora, lo cual aporta para el proyecto una guía de aplicación y la metodología para llevar a cabo dichos encuentros de la IPS SSOAR, y de esta manera hacer que las decisiones tomadas sean eficientes.

2.2 Marco contextual

La organización SSOAR IPS reportada ante la Cámara de Comercio con un establecimiento comercial de INESO-LTDA, presenta un amplio portafolio de servicios a todos los Cucuteños de manera presencial, y de forma remota a algunos Municipios Norte Santandereanos, entre los que se encuentra capacitación en el SG-SST, análisis de puestos de trabajo para la prevención de problemas ergonómicos, capacitaciones en manipulación de alimentos y jornadas de vacunación.

2.2.1 Identidad institucional.

2.2.1.1 Reseña histórica de la IPS. La IPS SSOAR Salud Ocupacional, ofrece sus servicios a la población afiliada al régimen contributivo y subsidiado, empresas, trabajadores y familias de la región, en lo concerniente a exámenes de salud ocupacional, tanto de ingreso, de seguimiento como de egreso del trabajador.

La experiencia, infraestructura y calidad profesional del recurso humano de la institución, ha contribuido al fortalecimiento en los últimos cuatro años que lleva prestando el servicio, siendo siempre el propósito de promover el bienestar de los trabajadores y las familias del departamento, para lo cual, la entidad asume con total responsabilidad el compromiso de mejorar la oferta de servicios y complementar sus estrategias para así garantizar que la totalidad de los aliados cuenten con servicios de salud que cumplan con sus expectativas (SSOAR, 2020).

La IPS es una sucursal de la empresa INNESO LTDA, por lo que ante la cámara de comercio esta reportada con el mismo NIT. En estas instalaciones de la empresa dedicada al diseño, construcción y mantenimiento de redes eléctricas, se puso en servicio la IPS SSOAR, con la prestación del servicio de salud ocupacional para los cucuteños y regiones aledañas, para lo cual ha mantenido su ubicación y a la fecha no tiene más sedes. La IPS cucuteña está ubicada estratégicamente, en un sector equidistante que asegura comodidad en el acceso y desplazamiento del paciente y su grupo familiar.

2.2.1.2 Misión. INESO LTDA - SSOAR Ocupacional IPS, es una empresa dedicada a la prestación de servicios de ingeniería Eléctrica (diseño, construcción y mantenimiento de las redes eléctricas) y Servicios de Salud en el Trabajo (SST) con calidad, confiabilidad, eficiencia y seguridad, contando con talento humano calificado y comprometido con sus clientes y partes interesadas. (SSOAR IPS, 2020)

2.2.1.3 Visión. La empresa busca para el 2025 ser altamente competitiva y líder en servicios de ingeniería Eléctrica, de seguridad y Salud en el Trabajo, reconocida por sus altos estándares de calidad, seguridad y de fácil accesibilidad. (SSOAR IPS, 2020)

2.2.1.4 Principios y valores corporativos. Los valores son el pilar más importante de cualquier organización, con ellos se define el actuar institucional y es la respuesta a los usuarios y clientes. La IPS SSOAR promueve y establece los valores de; responsabilidad, respeto, honestidad, trabajo en equipo y servicio. (SSOAR IPS, 2020)

2.2.1.5 Objetivo corporativo. Mejorar los niveles de Seguridad y Calidad de la atención en salud, con el fin de disminuir la generación de eventos adversos e incrementar la satisfacción de los clientes y los resultados financieros. (SSOAR IPS, 2020)

2.2.1.6 Política de calidad. Prestar servicios competitivos que garanticen la satisfacción de los clientes y el logro de los objetivos de la organización, mediante la mejora continua de los procesos, el cumplimiento de los requisitos, la eficaz administración de los riesgos; el desarrollo integral de los funcionarios, el mantenimiento de ambientes de trabajo saludables y seguros, el uso eficiente de los recursos la preservación del medio ambiente y la responsabilidad social empresarial. (SSOAR, 2020)

2.2.1.7 Estructura organizacional (Organigrama). En la figura 1 se muestra la estructura organizacional de la empresa INESO/SSOAR Salud Ocupacional.

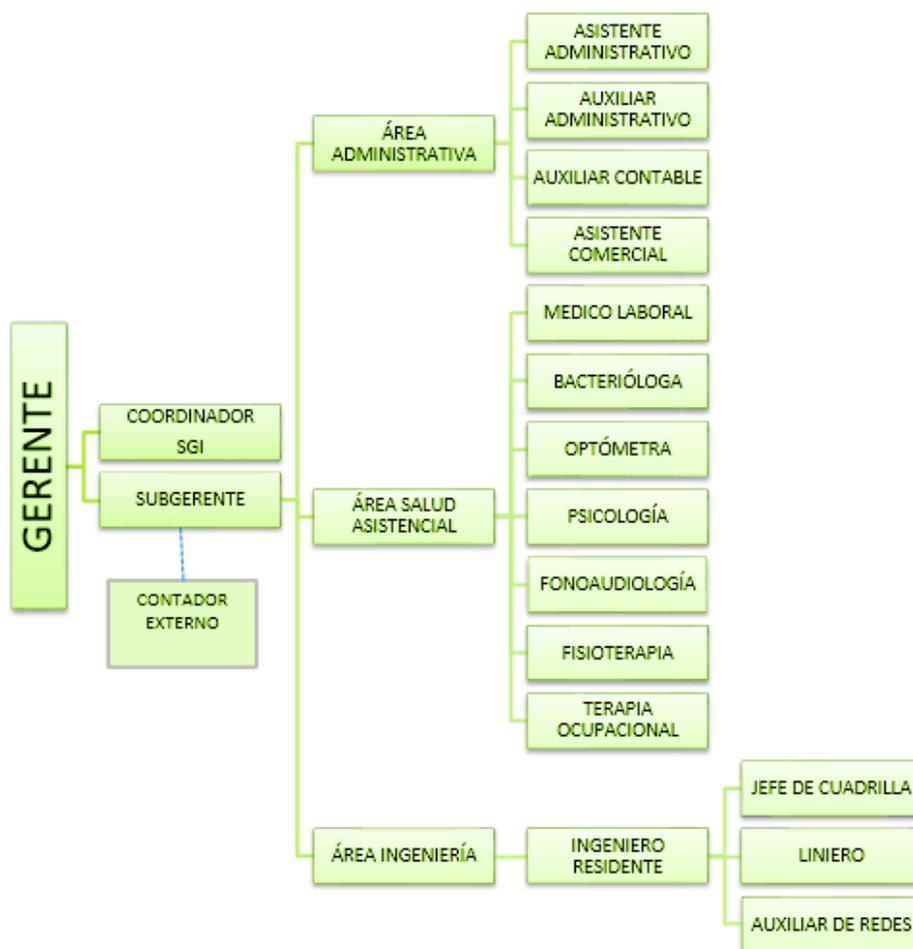


Figura 1. Estructura Organizacional

Fuente: SSOAR (2020).

2.2.1.8 Mapa de procesos. En la figura 2 se observa el mapa de procesos de la empresa INESO/SSOAR Salud Ocupacional.



Figura 2. Mapa de Procesos.

Fuente: (SSOAR, 2020)

2.2.2 UEN (Unidad Estratégica De Negocios).

2.2.2.1 Portafolio de servicios SSOAR salud ocupacional. El portafolio de servicios incluye la atención de servicios de primer nivel, los cuales cumplen con todos los requisitos de normatividad. En la tabla 1 se muestran los servicios actualmente ofrecidos por la institución.

Tabla 1.

Portafolio de Servicios de la IPS SSOAR Salud Ocupacional.

Servicio	Sub-servicio
Evaluaciones medicas ocupacionales (Ingreso, retiro- cambio de ocupación y/o post-incapacidad).	<ul style="list-style-type: none"> - Con énfasis osteomuscular - Con énfasis en trabajo en alturas y espacios confinados - Con énfasis para manipulación de alimentos Exámenes de apoyo diagnostico - Imágenes Diagnosticas (aliados estratégicos) - Laboratorio clínico - Audiometría - Visiometría - Optometría - Espirometría - Evaluación psicológica-aplicación de batería de riesgo psicosocial - Prueba psicosenométrica (aliados estratégicos)
Vacunación (Aliados estratégicos).	<ul style="list-style-type: none"> - Hepatitis - Tétano - Fiebre amarilla - Influenza - Otros
Asesoría, diseño e implementación del SG-SST basados en el ciclo PHVA	(Planear, Hacer, Verificar, Actuar). <ul style="list-style-type: none"> - Fase 1. Evaluación Inicial - Fase 2. Plan de mejoramiento - Fase 3. Ejecución - Fase 4. Seguimiento y plan de mejora. - Fase 5. Inspección, Vigilancia y Control
Auditorías Internas	
Diseño e implementación de programas de vigilancia epidemiológica (PVE)	<ul style="list-style-type: none"> - PVE en desordenes Osteomusculares - PVE en prevención Riegos Cardiovasculares - PVE en prevención de enfermedades visuales - PVE en riegos psicosocial - Otros

Diseño e implantación de estilos de vida saludable

- Bailoterapia
- Yoga
- Talleres nutricionales
- Tamizaje cardiovascular

Cursos y/o capacitaciones

- Curso para manipulación de alimentos (Habilitado por la secretaria de salud)
- Curso básico, avanzado y coordinador en trabajo seguro en alturas (Aliados estratégicos)
- Higiene postural y manipulación de cargas
- Pausas activas
- Riesgo eléctrico
- Primeros auxilios
- Manejo de extintores
- Brigadas de emergencia
- Entrenamiento y/o simulacro de emergencia
- Estilos de vida saludable
- Otros

Análisis de puestos de trabajo y/o inspecciones biomecánicas (método RULA, WAS-ANSI Z_365)

Medición de iluminación:
RETIE_RETILAP.

Fuente: Adaptación del Portafolio de Servicios de SSOAR Salud Ocupacional.

2.2.2.2 Portafolio de Servicios habilitados en el REPS.

De igual manera, la institución cuenta con los servicios habilitados por el REPS aprobados por Minsalud, como lo muestra las figuras 3 y 4.

REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato dígitelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en [Buscar](#) para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
Nit:NI Cédula ciudadanía:CC <input type="text" value="NI"/> <input type="text" value="900364101"/> - <input type="text" value="2"/> Cédula extranjería:CE Naturaleza Jurídica <input type="text" value="Privada"/>					
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Departamento <input type="text" value="Norte de Santander"/>		Municipio <input type="text" value="CÚCUTA"/>			
Código de Prestador <input type="text" value="5400102079"/> - <input type="text" value="01"/>		Nombre del Prestador <input type="text" value="INESO LTDA"/>			
Clase de Prestador <input type="text" value="Instituciones - IPS"/>		Empresa Social del Estado <input type="text" value=""/>			
Dirección <input type="text" value="CALLE 13A N° 1E-113 BARRIO CAOBS"/>					
Teléfono(s) <input type="text" value="5740418"/>					
Fax <input type="text" value=""/>					
Correo Electrónico <input type="text" value="clapamepa25@hotmail.com"/>					
Razón Social <input type="text" value="INESO LTDA"/>					
Representante Legal <input type="text" value="ANTONIO ESTEBAN MEZA BERMON"/>					
Nivel Atención Prestador <input type="text" value=""/>		Carácter Territorial <input type="text" value=""/>			
Fecha de Inscripción <input type="text" value="20120410"/>		Fecha de Vencimiento <input type="text" value="20210831"/>			
<p>Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: miércoles 07 de abril de 2021 (9:33 p. m.)</p>					

Figura 3. Consulta del Registro Especial de Prestadores de Servicios – REPS

Fuente: Minsalud.

DATOS DE LA SEDE						
Departamento <input type="text" value=""/>	Municipio <input type="text" value=""/>					
Código de la Sede <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/>	Nombre de la Sede <input type="text" value=""/>					
SERVICIO						
Grupo <input type="text" value=""/>	Número Distintivo de Habilitación del Servicio <input type="text" value=""/>					
Servicio <input type="text" value=""/>						
Modalidad <input type="checkbox"/> Intramural: Ambulatorio <input type="checkbox"/> Intramural: Hospitalario <input type="checkbox"/> Extramural: Unidad Móvil <input type="checkbox"/> Extramural: Domiciliario <input type="checkbox"/> Extramural: Otras Extramural <input type="checkbox"/> Telemedicina: Centro Referencia <input type="checkbox"/> Telemedicina: Institución Remisora						
Complejidad <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta						
Fecha apertura del servicio <input type="text" value=""/> AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD: Día.						
<p>Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: miércoles 07 de abril de 2021 (9:35 p. m.)</p>						
<input type="button" value="Excel"/> <input type="button" value="Word"/> <input type="button" value="Texto"/> ;						
(6) registros encontrados.						
1						
Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102079	01	SSOAR SALUD OCUPACIONAL IPS	337 -OPTOMETRÍA	DHS057955
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102079	01	SSOAR SALUD OCUPACIONAL IPS	407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	DHS057957
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102079	01	SSOAR SALUD OCUPACIONAL IPS	712 -TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO	DHS057958
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102079	01	SSOAR SALUD OCUPACIONAL IPS	728 -TERAPIA OCUPACIONAL	DHS057959
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102079	01	SSOAR SALUD OCUPACIONAL IPS	739 -FISIOTERAPIA	DHS057960
Norte de Santander	CÚCUTA	5400102079	01	SSOAR SALUD OCUPACIONAL IPS	740 -FONOAUDIOLOGÍA Y/O TERAPIA DEL LENGUAJE	DHS057961
1						
<input type="button" value="Inicio"/> <input type="button" value="Nuevo"/> <input type="button" value="Buscar"/> <input type="button" value="Eliminar"/> <input type="button" value="Ayuda"/>						

Figura 4. Servicios habilitados por Minsalud de la IPS SSOAR - REPS.

Fuente: Minsalud.

2.3 Marco teórico

2.3.1 Calidad. Esta es entendida como las propiedades inherentes a un producto o servicio que garantizan su funcionalidad y superan las exigencias que satisfacen al cliente, sin embargo, la calidad es la percepción que el productor, proveedor y cliente tienen del mismo, en la que, según la experiencia del servicio recibido, se toma una perspectiva de calidad diferente. Así, se puede tomar la calidad como un aspecto subjetivo del usuario, en el que, si se supera o no sus expectativas, se le atañe un nivel de calidad. (Organización Internacional de Normalización [ISO] 9001, 2000)

2.3.1.1 Gestión de la calidad. Al gestionarse la calidad, se pretende mediante la planificación, el control, el aseguramiento y la mejora del sistema de gestión, dar enfoque a las actividades, políticas y objetivos que se desplieguen. (ISO 9001, 2000)

En efecto, la calidad debe entenderse como una gestión de continua evaluación y mejoramiento, en el que se rechacen las actividades que no aporten valor al proceso y se vuelva más efectiva la gestión.

2.3.1.2 Mejoramiento continuo. El mejoramiento continuo de la calidad (MMC) es una filosofía y un sistema gerencial acoplado de la industria, como resultado de herramientas y métodos de calidad de la salud primeramente en China por los trabajos de Donald Berwick. (Suñol & Rosa, 1998). La MMC involucra tanto a la alta dirección como al nivel operativo de la organización, para satisfacer las necesidades y requerimientos de los usuarios y sus familias, mediante el uso de herramientas estadísticas y gerenciales que reduzcan el trabajo innecesario e incrementen la productividad y efectividad en los procesos, para pasar de un estado de desmejora a uno de calidad, creando una cultura de liderazgo, compartir el conocimiento, de empoderamiento de la información y coordinación del trabajo.

Sin lugar a dudas el entorno laboral contribuye en gran medida a mejorar o debilitar la calidad de la prestación, es decir, existe relación directa entre clima organizacional y la calidad de los servicios prestados, si bien, factores como el liderazgo, prácticas de dirección, estructura organizacional y toma de decisiones evocan la percepción del clima organizacional y repercuten en la productividad, satisfacción, rotación y adaptación del personal asistencial, que además influye en la opinión de las personas y se puede entender como las características percibidas en el área de trabajo, que producen un efecto en el comportamiento, las relaciones y las actitudes de los miembros. (Bernal et al., 2014)

2.3.2 Modelos implementados internacionalmente para el aseguramiento de la calidad en la prestación de servicios de salud. El SOGC es el sistema regulatorio de la calidad en Colombia, el cual tiene a nivel internacional similares como el modelo de excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), que según Ferrándiz, Pardo, Navarro, Moreno y Prados (2018) es “un instrumento práctico y no prescriptivo que permite a las organizaciones evaluar su camino hacia la excelencia ayudando a identificar las fortalezas clave y posibles carencias con relación a su visión y misión” (p. 299) quiere decir que comparten su orientación hacia los resultados, hacia el cliente, con el liderazgo y coherencia, en continua aplicación, con innovación, responsabilidad social. Los siguientes autores a continuación se refieren a la prestación del servicio y señalan que:

La calidad de los servicios de salud contempla elementos como otorgar seguridad a los pacientes, reducir el riesgo en los procedimientos médicos, llevar a cabo una gestión eficiente de los recursos, aumentar la probabilidad de lograr los resultados sanitarios deseados y responder en forma pronta y satisfactoria las demandas y cuestionamientos de los usuarios. (Bernal, Pedraza y Sánchez, 2014, p.6)

Los homónimos a nivel internacional además del modelo EFQM son el modelo ISO, el JCAHO y el SERVQUAL, que tienen como fin evaluar los servicios de calidad y velar por la satisfacción de los usuarios orientándose en el mismo propósito como se observa en la figura 5. (Bernal et al., 2014)

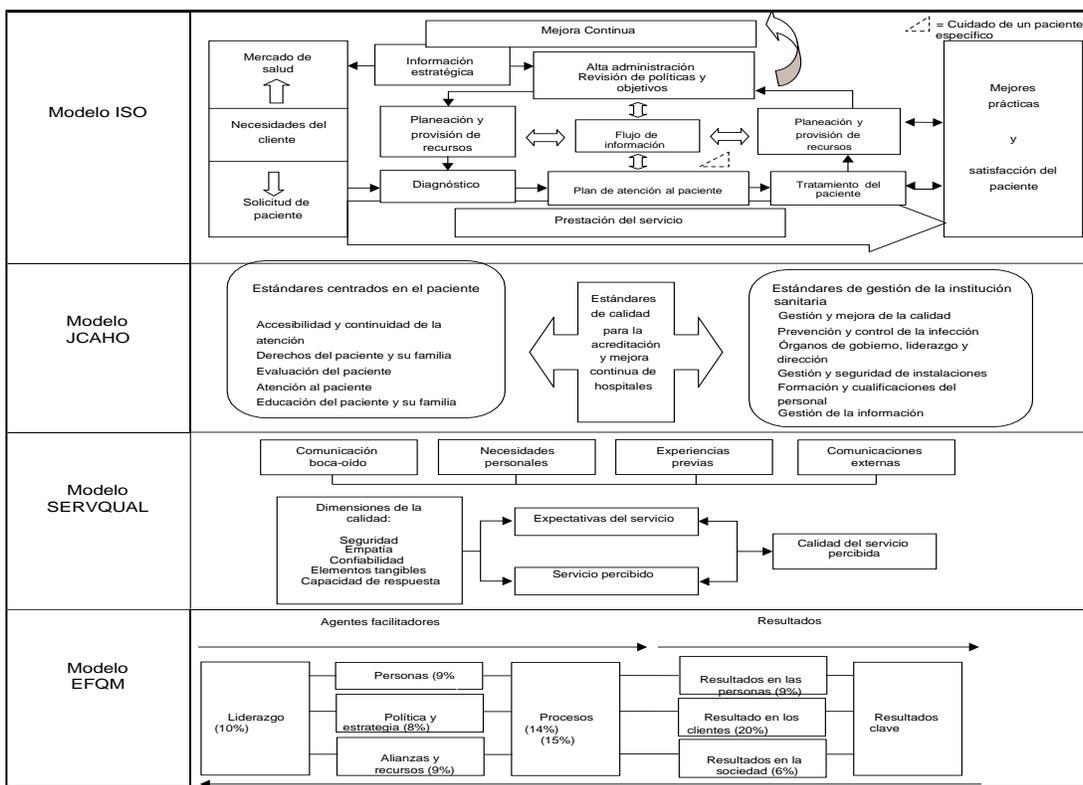


Figura 5. Modelos para Evaluar la Calidad en los servicios de Salud.

Fuente. (Bernal et al., 2014)

2.3.3 Prestación del servicio de salud. Los errores en calidad representan costos tanto de oportunidad, que se ven reflejados en el capital invertido para remediar eventos adversos o para reprocesar pruebas que impiden su inversión en otras áreas, pero también conlleva a costos por la insatisfacción de los usuarios, representado en desconfianza y disminución de

su asistencia junto a la desalentadora frustración de los profesionales por pérdida de la moral.

(Kohn, Corrigan & Donaldson, 1999)

Todos los elementos del sistema que prestan servicios de salud deben contar con recurso humano hábil en las prácticas de mejoramiento como la planificación en la atención y su puesta en práctica, modelo que está cimentado desde los valores de la organización; del trabajo en equipo, liderazgo, diversidad, respeto, atención enfocada en la familia, confidencialidad, mejoramiento continuo de la gestión en los procesos y ética, que acompañado de los conocimientos, las costumbres y el grado de desarrollo de la organización rigen su comportamiento y conforman la cultura y la forma en como ésta actúa. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2008)

Por otro lado, el estado colombiano en su afán por contribuir especialmente al Sistema de Salud, mediante el Decreto 3257 de 2008 produjo la independencia del Subsistema Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Competitividad y el SOGC, para lo cual la Unidad Sectorial de Normalización en Salud (USN) fue el organismo encargado de articular técnicamente los dos sistemas (Unidad Sectorial de Normalización en Salud [USN], 2010).

El SOGC es un conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos sistemáticos y deliberados que desarrolla el sector salud con el fin de mantener y mejorar los servicios de salud, consolidado en la Parte 5 (Reglas para aseguradores y prestadores de servicios de salud) del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016, el cual contiene al Sistema Único de Acreditación, Sistema de Información para la calidad y con el artículo 32 se establece la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de los servicios de salud, programas que son concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los de habilitación que permite mantener un sistema continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad.

2.3.4 Auditoria En Salud. Se define como un componente de mejoramiento del SOGC, entendida como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad, por medio de una serie de métodos de investigación y análisis con el objetivo de producir la revisión y evaluación profunda de la gestión efectuada. (Sandoval Barros, 2015)

Igualmente, según el Decreto 780 de 2016, su proceso se enmarca en las etapas de identificación del tema a auditar, elaboración de estándares, medición de la situación actual y verificación de los resultados frente a los objetivos fijados, para implantar estrategias y monitorizar los cambios realizados, sin ser tomada como una actividad fiscalizadora, ya que provoca reducción en su verdadero propósito. (Norman & Redfern, 1996)

Concordando con lo anterior, Llanos Zavalaga (2000) afirma: “(...), los trabajadores y directivos ven en las auditorias acciones de fiscalización las que casi siempre terminan interfiriendo en sus actividades cotidianas” (p.108). Por lo que debe ser elaborado, sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva, con el fin de determinar el nivel de cumplimiento de los criterios. (ISO 9001, 2000)

Es importante adoptar la evaluación de la calidad como un mecanismo estratégico de mejora, donde a través del análisis de factores claves, se eleva la calidad de los servicios médicos que se ofrecen y que a su vez estos repercutirán positivamente en la motivación y desempeño de los empleados, lo cual conlleva a la productividad, satisfacción, compromiso y calidad del servicio. (Segredo & Perez, 2004)

2.3.4.1 Principios de la auditoría. Según el Ministerio de protección social en su documento “Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la Atención en Salud,

los principios que orientan la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los servicios de salud son:

- Autocontrol: la auditoría debe contribuir a que cada miembro de la institución logre adquirir la destreza para planear, ejecutar, verificar y ajustar los procedimientos en los cuales participa, para que sean realizados acordes con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la propia organización. (Giraldo N, Páez L y Valencia C. 2016)

Según los autores (Giraldo N, Páez L y Valencia C. 2016) definen preventivo como: “La auditoría debe buscar prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que en algún momento pueden servir como obstáculo para que los resultados no sean los esperados” p 30.

Según los autores (Giraldo N, Páez L y Valencia C. 2016) definen Confianza y respeto como: “La auditoría debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso para desarrollar procesos de mejoramiento continuo y de la autonomía institucional dentro de los términos pactados con los compradores de servicios de salud” p 30.

Según los autores (Giraldo N, Páez L y Valencia C. 2016) definen Sencillez como: “La auditoría debe buscar que sus mecanismos y acciones sean claros, entendibles y de fácil aplicación por cada miembro de la institución en cada proceso que corresponda” p 30.

Según los autores (Giraldo N, Páez L y Valencia C. 2016) definen Confiabilidad como: “Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de la persona que ejecute la medición” p 30.

Y por último los autores (Giraldo N, Páez L y Valencia C. 2016) definen Validez como: “Los resultados obtenidos de los procesos de auditoría deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables evaluadas” p 30.

En el documento elaborado por la Universidad de Harvard, “err is human, se consignan los pasos recomendados para concretar una política de mejoramiento, que indica el deber de la organización de iniciar una actitud de liderazgo, a la par de implementar herramientas y protocolos en base a conocimientos probados, seguido de identificar y aprender de las falencias, con esfuerzos voluntarios, inmediatos y contundentes para contrarrestarlos, siempre planteando expectativas y estándares más rigurosos sin dejar de lado la supervisión y evaluación. (Kohn et al., 1999)

2.3.4.2 PAMEC. Otro componente crítico de una estrategia integral para mejorar la seguridad del paciente es crear un entorno que aliente a las organizaciones a identificar los errores, evaluar las causas y adoptar las medidas adecuadas para mejorar el rendimiento en el futuro. Los sistemas externos de presentación de informes representan un mecanismo para mejorar nuestra comprensión de los errores y los factores subyacentes que contribuyen a ellos. (Kohn et al., 1999)

Por otro lado, para realizar la evaluación de los estándares de calidad superior del PAMEC con enfoque en Seguridad del Paciente, se toma como referencia la Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud” y los Paquetes Instruccionales del Ministerio de Salud y la Protección Social; teniendo en cuenta la Política de Seguridad del Paciente de la Institución, que permite enfocar el mejoramiento e impactar la calidad de la prestación del servicio en todas las áreas de la organización, con lo que resulta pertinente que se adecúe a los planteamientos formulados en los diversos protocolos establecidos para garantizar la seguridad del paciente, como aporte al proceso de mejoramiento continuo de la institución, a través de la medición de cada uno de los procesos.

En este orden de ideas, la guía técnica establece los requisitos para incentivar, promover y gestionar la implementación de prácticas seguras de la atención en salud para hacer los procesos institucionales y asistenciales seguros, promover prácticas que mejoren la actuación de los

profesionales e involucrar a pacientes y a sus familias en la seguridad, para lo cual se debe hacer uso de los paquetes instruccionales que evalúan procesos asistenciales seguros, con el fin de identificar las fortalezas y oportunidades de mejora.

2.3.4.2.1 Ruta crítica del PAMEC. Para implementar el componente de auditoría, el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido una ruta crítica, que permiten, de manera ordenada, avanzar hacia estándares superiores de calidad.

2.3.4.2.1.1 Autoevaluación de los estándares sobre seguridad del paciente y selección de estándares con oportunidades de mejora. Identificar qué se puede mejorar, es realizar una autoevaluación, es decir, se realiza un diagnóstico para identificar problemas o fallas de calidad que afectan a la organización, que pueden estar en la fase de enfoque, implementación o resultados. Explícitamente, tras la autoevaluación se pueden observar en los prácticas de la organización fortalezas, que son aquellos mecanismos, políticas, procedimientos o procesos que han sido implementados por la organización donde se han conseguido resultados y se constituyen en factores de éxito ante el entorno, del mismo modo se pueden observar oportunidades de mejora, que son las estrategias y mecanismos que deberán ser implementados para bloquear los vacíos encontrados relacionados con el enfoque, la implementación o los resultados esperados de la práctica. (Ministerio de Protección Social, 2007)

En la Figura 6 se muestra la forma de clasificarse las acciones a implementar según el avance que se tenga de la práctica evaluada.

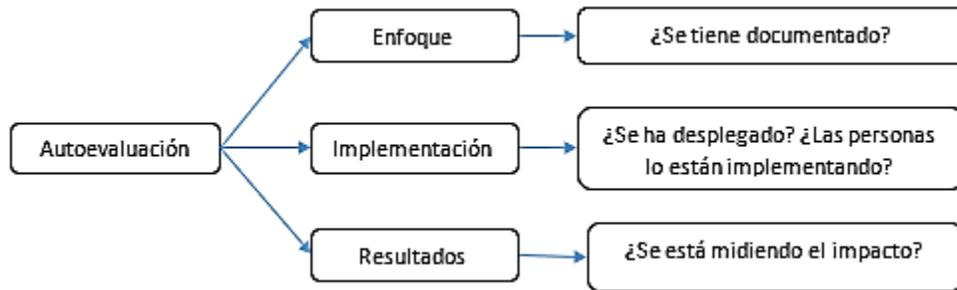


Figura 6. Clasificación de las Acciones Según su Direccionamiento.

Fuente. (Ministerio de Protección Social, 2007)

En el marco del SOGC la autoevaluación deberá realizarse tomando como base:

1. Los estándares definidos por el Sistema Único de Acreditación (Resolución 1445 de 2006).
2. Los Indicadores para el monitoreo del sistema y lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores. (Resolución 1446 de 2006)
3. La Política de Seguridad del Paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
4. Los Indicadores de seguimiento a riesgos del estándar del Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006):

El resultado de la autoevaluación es establecer los procesos a mejorar y que sean factibles de intervenir por parte de la organización, que pueden a corto, mediano o largo plazo ser objeto de la o las auditorías operativas. (Ministerio de Protección Social, 2007)

Es de precisar que la identificación de los procesos a mejorar, resultado de este primer paso no es una función de la auditoría interna, sino del nivel gerencial de la organización en conjunto con los responsables de implementar el nivel de autocontrol. El papel de la auditoría interna, en aquellas organizaciones donde exista, es promover la aplicación de una metodología unificada en

la totalidad de la organización que promueva el diseño, implementación y seguimiento de planes de mejoramiento frente a los problemas de calidad identificados, utilizando el mecanismo al mejor que se adapten, que le permita conocer el estado de sus procesos y facilite identificar las brechas que le impiden:

- Incrementar la probabilidad de que el paciente/usuario sea atendido con el pleno cumplimiento de sus derechos.

- Incrementar la efectividad clínica de los servicios que se prestan en las instituciones.

- Disminuir el riesgo al paciente.

- Incrementar la eficiencia clínica en lo referente a la adecuación en la utilización de los recursos.

- Incrementar la satisfacción de los usuarios en términos de sus percepciones y sus expectativas. (Ministerio de la Protección Social, 2007, p 46)

2.3.4.2.1.2 Definición de prioridades. La razón para establecer prioridades está determinada por el hecho de que los recursos siempre son limitados y que el mejoramiento continuo requiere un proceso de aprendizaje individual y colectivo, de trabajo en equipo y la generación de confianza de los participantes en las organizaciones y entre las organizaciones.

La priorización, busca concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes tenga como consecuencia un mayor beneficio, generando un espacio de conocimiento, discusión y participación. Para efectos de llevar a cabo el proceso de priorización pueden utilizarse herramientas de distinta naturaleza, algunas de las cuales son las matrices de priorización, jerarquización y Paretos, entre otros. Esta deberá realizarse con base en aquellos problemas de calidad que impactan con mayor fuerza la calidad de la atención en los usuarios. (Ministerio de Protección Social, 2007)

La matriz de priorización (Ver Figura 7) puede ser utilizada para planear y para evaluar el desempeño de los procesos, dado que se alimenta de los resultados de la autoevaluación, se califica de acuerdo al impacto que tenga para la organización tanto en Volumen, en Costo como en Riesgo, lo cual asegura la intervención de los procesos que tendrán mayor impacto en el mejoramiento institucional.

Descripción	Calificación
Bajo impacto	1
Impacto medio	3
Alto impacto	5

Figura 7. Matriz de Priorización.

Fuente. (Ministerio de la Protección Social, 2006)

El uso de la priorización con la técnica de riesgo, costo y volumen se analiza cuantitativamente, preferiblemente con datos numéricos impares, que se asignan de acuerdo al criterio de cumplimiento de cada práctica analizada, tal como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2.

Criterios Para Establecer la Priorización de las Prácticas a Intervenir.

RIESGO	CRITERIO	VOLUMEN	CRITERIO	COSTO	CRITERIO
Si falla la aplicación del estándar no representa ningún riesgo para los usuarios, trabajadores o la institución.	1	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan sólo algunas veces al año.	1	Si falla el procedimiento es poco costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	1
Si falla la aplicación del estándar representa un riesgo mínimo	3	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan	3	Si falla el procedimiento trae costos importantes para la institución	3

para los usuarios, trabajadores o la institución		varias veces al mes.		(imagen, no calidad, demandas)	
Si falla la aplicación del estándar representa un alto para los usuarios, trabajadores o la institución.	5	El estándar desarrolla procedimientos que se ejecutan muchas veces al día.	5	Si falla el procedimiento es muy costoso para la institución (imagen, no calidad, demandas).	5

Fuente. (Ministerio de Protección Social, 2007)

2.3.4.2.1.3 Definición de la calidad esperada. Planificar la calidad deseada implica pensar inicialmente en términos de la obtención de los mejores resultados clínicos y/o los resultados de calidad esperados (calidad técnica-científica, seguridad, costo racional, servicio, disposición del talento humano) que impacten en la mejora de las condiciones de salud para la población, con el menor riesgo posible. Implica también definir los criterios y estándares de calidad conducentes a obtener la mejor utilización de los recursos (eficiencia), así como también un esfuerzo por traducir las necesidades de los usuarios en especificaciones de productos, servicios y procesos que se monitorearán a través de indicadores. (Ministerio de Salud y Protección solución, 2007)

Para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, el nivel directivo, el responsable del mismo y quienes tienen a su cargo la función de auditoría interna; los profesionales de la institución y los usuarios definen el nivel de calidad esperada a lograr por el proceso. Para ello deben definirse dos situaciones; cuando se parte del estándar de seguimiento a riesgos del sistema único de habilitación y los indicadores del sistema de información para la calidad es necesario estimar hacia dónde quiere llegar la institución, con base en parámetros normativos, nacionales o parámetros propios. Y el segundo es cuando se toma como referencia los estándares de acreditación, estos se convierten en la calidad esperada institucional. (Ministerio de Salud y Protección solución, 2007)

Para que la información tenga valor, la organización deberá garantizar que en principio cada indicador cuente con una estructura mínima que permita homologar en la organización la forma de medir los resultados esperados de los problemas de calidad definidos (en los procesos seleccionados como prioritarios) garantizando siempre el principio de eficiencia del Sistema de Información para la Calidad. En el caso del Sistema obligatorio de garantía de calidad, la estructura mínima se encuentra en la ficha de los indicadores propuestos para el sistema de información a usuarios por el Ministerio de la Protección Social. (Ministerio de Salud y Protección solución, 2007)

Los indicadores se convierten en una herramienta esencial para la ejecución de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, de acuerdo con García, Mira, Gilabert y SECA (2014) quienes afirman:

Los indicadores, sumados a la efectividad clínica, garantizan a los pacientes los niveles de calidad de la atención sanitaria que se les presta, ofrecen una información útil para realizar comparaciones entre unidades del sistema sanitario de los resultados de la actividad en función de los recursos empleados en ella. En definitiva, aportan una información que debiera transformarse en acciones concretas para contribuir a la sostenibilidad del sistema, actuando allá donde se identifiquen ineficiencias. (p. 290)

Es decir, permite hacer seguimiento a los resultados, en la ejecución y en la mejora de los procesos, sin embargo, para garantizar los resultados, se debe:

-Asegurar que la información solicitada en el indicador se recoja, es decir, que se garantice que en principio cada indicador cuenta con una estructura mínima que permita homologar en la organización la forma de medir los resultados esperados en los procesos seleccionados como prioritarios. (Ministerio de Salud y Protección social, 2007, p 52)

-Entrenar a las personas en el manejo de las herramientas de medición, para que comprendan que el objeto de la medición es encontrar problemas en los procesos para intervenirlos y mejorarlos. (Ministerio de Salud y Protección social, 2007, p 52)

Un indicador se puede entender como la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de un proceso, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia, en este caso la calidad esperada, señala una variación que será sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso. Así, cuando se mide a través de la comparación, en el que se cuenta con un valor esperado que sirve de referencia para contrastar el valor observado, se puede presentar los siguientes niveles. (Ministerio de Salud y Protección social, 2007, p 52)

- Nivel técnico: Señala el potencial de un sistema determinado, es decir, el nivel máximo de producción posible con una tecnología, insumos, mano de obra y métodos de trabajo predeterminados; representa el máximo resultado loggable si se hace bien la tarea. El nivel técnico se produce una vez se estandaricen los resultados de un proceso, hay que mantenerlo y actualizarlo cuando se generen cambios de orden tecnológico, avances en las curvas de aprendizaje de los operarios, o por mejoras de métodos y sistemas, etc. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007, p 52)

- Nivel teórico: También llamado de diseño, se utiliza fundamentalmente como referencia de indicadores vinculados a capacidades de producción, consumo de insumos o costos de producción de los servicios. Este da la máxima capacidad de un sistema con unas características determinadas. Por ejemplo, dadas unas características de número de camas, tipos de servicios prestados, situación geográfica, perfil epidemiológico de la zona de influencia, tipo de demanda y presupuestos, es posible requerimientos de expansión y crecimiento de los servicios de salud

partiendo de los requerimientos de los usuarios y a la vez calcular, por ejemplo, el volumen de egresos, el costo y la interacción con otros servicios tales como Consulta, Cirugías, servicios de apoyo, etc. (Ministerio de Salud y Protección social, 2007, p 53)

Ahora bien, según el (Ministerio de Salud y Protección social, 2007) para construir un indicador, se podrá utilizar el método que se considere más apropiado, considerándolo como uno de los pilares del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención, dado que a partir de él se toman decisiones para gerenciar los procesos institucionales, además se debe tener en cuenta para la buena identificación y construcción lo siguiente:

1. Determinar en forma clara y explícita el proceso que se desea medir, ¿qué se hace?, ¿cómo se hace? y ¿cuál es su propósito?

2. Definir qué característica del proceso se desea medir, por ejemplo, la oportunidad, el acceso, la seguridad, la calidad técnico-científica o el costo.

3. Definir el tipo de indicador a utilizar; ya sea el cumplimiento de los requerimientos establecidos (estructura o eficacia), la utilización de los recursos (proceso o eficiencia) y/o el logro del propósito (resultado o efectividad). El establecer el tipo de indicador por utilizar tiene relación directa con la decisión que puede ser tomada cuando se analice su resultado, es decir, con un indicador de estructura no se podría hacer inferencia sobre si se logra el resultado o no del proceso analizado o si existen problemas en la realización del mismo.

4. Estandarizar la forma de construirlo y analizarlo, para esto se sugiere utilizar la ficha definida por el Ministerio de la Protección Social en el anexo técnico de la resolución 1446 de 2006: Sistema de Información para la Calidad.

5. Definir en forma explícita un plan para hacer el seguimiento y monitoreo de los indicadores, que puede ser un cuadro general, que permita rápidamente hacer seguimiento al cumplimiento en su medición, a las tendencias de los mismos, para lo cual se puede utilizar la técnica de semaforización: clasificación por colores (verde, amarillo y rojo) según el grado de avance deseado. (p 56)

2.3.4.2.1.4 Medición inicial del desempeño de los procesos prioritarios – identificación de la calidad observada. La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es una estrategia de mejoramiento que pretende detectar si los procesos presentan los resultados en calidad esperados, lo cual es posible si se determina el nivel de calidad actual. Para realizar esta medición deberán utilizarse los mismos criterios diseñados para establecer la calidad esperada, desarrollando los procedimientos de auditoría operativa más adecuados para este fin. (Ministerio de Salud y Protección social, 2007, p 56)

Como tal, el procedimiento de auditoría en cualquier área exige la ejecución de un plan ordenado, así: se debe obtener y revisar la información necesaria, formarse un juicio profesional y emitir un concepto objetivo sobre lo auditado. Es importante entender que cada procedimiento está determinado por sus propias particularidades y por el tipo de proceso a evaluar y que al final de la ejecución de este paso, los responsables del proceso y el equipo de auditoría interna tendrán un diagnóstico del estado actual de los procesos frente a lo esperado. (Ministerio de Salud y Protección social, 2007, p 57)

El ¿cómo hacerlo? se puede solucionar siguiendo los siguientes pasos: (a) definir o aclarar el objeto del procedimiento de auditoría. (b) establecer o revisar el estándar de calidad. (c) determinar las técnicas de auditoría que deben aplicarse para obtener la información necesaria. (d)

definir en forma puntual, cómo se aplicarán las distintas técnicas de auditoría seleccionadas para el procedimiento. (e) diseñar los papeles de trabajo, los formatos de registro que se requerirán para consignar la información que pretenda obtenerse. (Ministerio de Salud y Protección social, 2007, p 58)

En cuanto a la ejecución se debe: (f) aplicar las técnicas de auditoría seleccionadas y como consecuencia de ello, obtener la información que se requiera. (g) registrar, en los papeles de trabajo la información obtenida. (h) determinar la necesidad de obtener información adicional. (i) verificar la claridad y la calidad de la información producto de la aplicación de cada una de las técnicas de auditoría utilizadas. (j) registrar la nueva información y las observaciones relativas al procedimiento. (Ministerio de Salud y Protección social, 2007, p 58)

2.3.4.2.1.5 Formulación del plan de mejoramiento. Con los insumos generados en las etapas anteriores, los responsables de los procesos y los equipos de auditoría contarán con información valiosa para establecer los planes de acción que permitan solucionar las fallas de calidad detectadas. La formulación del plan de mejoramiento deberá responder a la detección de las causas fundamentales de los principales problemas de calidad detectados (procesos prioritarios), para lo cual se deberán aplicar las herramientas que permitan neutralizar y bloquear lo que no permite lograr los resultados deseados. (Ministerio de Salud y Protección social, 2007, p 58). Por lo tanto, se deberá solucionar en forma definitiva mediante métodos como el de análisis y solución de problemas, six sigma o análisis de la causa raíz (análisis de ruta causal), entre otros, se debe:

-Elaborar un plan de acción muy detallado, capaz de bloquear las causas y solucionar el efecto no deseado o el problema, creando además indicadores para monitorear y evaluar posteriormente los resultados.

-Constituir la elaboración de la herramienta 5 WH (Ver Tabla 3) con el fin de orientar al cumplimiento de altos estándares de calidad y diseñar el programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención. (Ministerio de Protección Social, 2007) (p 59)

Tabla 3.

Diseño de la Herramienta de Planeación 5 WH.

¿Qué Hacer?	¿Cómo Hacerlo?	¿Quién Debe Hacerlo?	¿Dónde Debe Hacerlo?	Porqué	Fecha de seguimiento	Fecha Final
Actividades a realizar.	Indica las pautas para la realización de la actividad.	Responsable de la ejecución.	Lugar donde se realiza la actividad.	Determina el propósito de la actividad.	Definición del momento de control en el tiempo.	Fecha de terminación de la actividad

Fuente. (Ministerio de la Protección Social, 2006)

2.3.4.2.1.6 Plan de acción para el mejoramiento de los estándares priorizados. Una vez elaborado el plan de acción se deberá iniciar la ejecución de las actividades contenidas en él. Es en este punto que se requiere el apoyo incondicional de los niveles directivos de la organización, para que en forma explícita y deliberada se generen espacios de seguimiento al cumplimiento de los planes de acción y de los resultados obtenidos en el mejoramiento a través de los indicadores definidos. El mejoramiento de la calidad va más allá del cumplimiento formal del ciclo PHVA, se cierra cuando la auditoría le hace seguimiento a la implementación de las mejoras, para verificar cuál fue el impacto de calidad en los usuarios y se pueda medir qué tanto se recuperó con la inversión en calidad, y que los procesos mejorados se incorporen en la nueva etapa de planeación. (Ministerio de Salud y Protección social, 2007, p 59)

2.3.4.2.1.7 Ejecución del plan de acción para el mejoramiento estándares priorizados.

Como elemento de seguimiento es importante evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo efectivas, lo cual es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos. Para conocer si el plan de mejora es efectivo se requiere monitorear por lo menos seis meses los resultados de los indicadores planteados. (Ministerio de Salud y Protección social, 2007, p 60)

Al realizar este análisis se pueden dar dos situaciones:

La primera, que no se obtenga mejora o no se disminuya la brecha inicial entre calidad observada y calidad esperada, lo cual significaría que probablemente no se efectuó en forma correcta la ejecución, que las causas identificadas no eran las causas principales o que se tuvo falla en las herramientas para analizar el problema. En ese caso tendrá que iniciarse nuevamente todo el ciclo para abordar efectivamente las causas reales de los problemas de calidad detectados. La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento. (Ministerio de Salud y Protección social, 2007, p 60)

2.3.4.2.1.8 Aprendizaje de la organización para mantener y/o continuar mejorando la calidad alcanzada. El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones definitivas, se elaboran estándares con los cuales se pueda hacer un control periódico y un seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada. En este punto, el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad, sino para potenciar un proceso de mejoramiento. (Ministerio de Protección Social, 2007)

Para la estandarización de procesos las organizaciones podrán utilizar la metodología que deseen, una vez han logrado los resultados esperados, la cual deberá ser única para toda la institución y conocida por todos. Se debe recordar que estandarizar es la actividad sistemática de formalización, documentación e implementación de los procesos con el objetivo de lograr los resultados esperados, entendiendo el estándar como el documento del conjunto de pasos definidos para el desarrollo de un proceso, de tal manera que este cumpla o alcance las metas señaladas. Estos documentos son obtenidos por consenso para lograr un objetivo, con el propósito de unificar y simplificar de tal manera que sea conveniente y benéfico para los involucrados.

2.3.5 Ciclo de mejoramiento PHVA. El PAMEC está basado en el ciclo Deming o PHVA, por lo que su ejecución pasa por las etapas de Planear, Hacer, Verificar y Actuar (Ver Figura 2). En la Planeación, la gerencia o nivel directivo establece la forma y da las garantías para la realización de la planificación de los procesos a mejorar, para lo cual debe desplegar la autoevaluación, para de esta manera priorizar en base al volumen, riesgo o costo los procesos que presentan fallas y a los que se les realizará monitoreo, estos datos permitirán definir la calidad esperada y determinar técnicas de auditoría de los resultados, con la ayuda de un equipo líder que defina métodos y técnicas a aplicar. (Ministerio de Salud y Protección social, 2007)

En el Hacer se diseña el Plan de Acción de la Auditoría, sus objetivos y alcances (Qué, Quién, Dónde, Cuándo, Cómo, Por qué), así como los formatos de registro de la información, con un cronograma definido que delimite la ejecución y defina los criterios de evaluación, le asigne los recursos para la ejecución, formule los indicadores de medición y entrene al equipo. La verificación se enfoca en aplicar las técnicas de auditoría seleccionadas y obtener la información que se requiere, mediante informes estadísticos, resultados de indicadores, comentarios y sugerencias de los pacientes, lo cual se registra en los papeles de trabajo, buscando consignar la mayor cantidad de información aportada, con claridad y calidad, para después hacer un balance de la información

recogida, la veracidad de sus fuentes, identificar y evaluar los eventos adversos y determinar la forma en que se manejaran, para impactar en la reducción de la brecha entre la calidad observada y la calidad esperada, todo esto documentarlo en un informe que contenga los resultados, conclusiones y recomendaciones, que faciliten su socialización. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

Los procesos que se impactaran deben analizarse con el equipo, tanto métodos como herramientas, para facilitar el soporte a los requerimientos que se presenten en el plan de mejoramiento, el seguimiento mediante los indicadores definidos; concluir en la efectividad del plan de mejora y finalmente proceder a un estado de aprendizaje y estandarización de los procesos que cultiven una mentalidad de calidad. Del mismo modo, el autor Sandoval Barros (2015) afirma:

Las funciones específicas del auditor consisten en estudiar la normatividad, misión, objetivos, políticas, estrategias, planes y programas de trabajo; desarrollar el programa de trabajo de una auditoría, definir los objetivos, alcance y metodología para instrumentar una auditoría, captar la información necesaria para evaluar la funcionalidad y efectividad de los procesos, funciones y sistemas utilizados por las organizaciones del campo de la salud, debe, además, revisar estadísticas sobre volúmenes y cargas de trabajo, diagnosticar sobre los métodos de operación y los sistemas de información. (p.149)

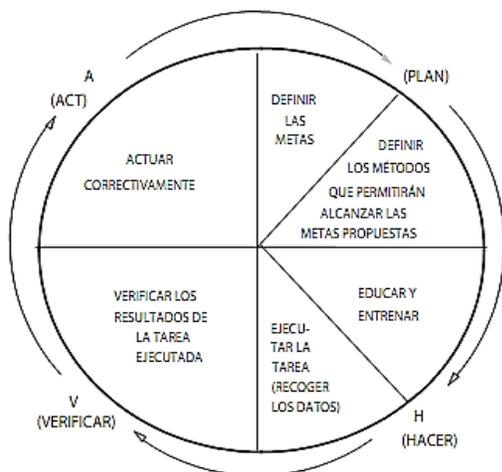


Figura 8. Ciclo PHVA.

Fuente: Ministerio de Protección Social. Guías Básicas para la Implementación de las pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

2.3.6 Tipos De Acciones. La norma establece las acciones necesarias para lograr la operativización del modelo de auditoría y de esta manera destinar los insumos necesarios para fortalecer la cultura de mejoramiento continuo y de autocontrol. Dichas acciones se refieren a mecanismos, procedimientos o actividades que se deben aplicar para lograr el mejoramiento de los procesos y para evitar que los errores o eventos adversos identificados e intervenidos se presenten nuevamente. En este sentido, la norma reglamentaria del SOGC reconoce tres tipos de acciones de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, distinguiendo de la parte del ciclo de mejoramiento en que actúa. (Ministerio de Protección Social, 2007)

2.3.6.1 Acciones preventivas. Constituyen el primer grupo y hacen referencia al conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría de los procesos prioritarios definidos por la organización y que deben realizar en forma previa a la atención de los usuarios, para garantizar la calidad del servicio. Su principal propósito es establecer criterios explícitos

de calidad, y con base a ellos llevar a cabo: el autocontrol, la Auditoría Interna y la Auditoría Externa. (Ministerio de Protección Social, 2007)

2.3.6.2 Acciones de seguimiento. Las acciones de seguimiento, tal como se puede deducir, son el conjunto de procedimientos, actividades y 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 su calidad. (Ministerio de Protección Social, 2007)

El papel del nivel de la auditoría interna en las acciones de seguimiento es de segundo orden, es decir están orientadas a constatar la aplicación de las guías, normas y procedimientos, de acuerdo con los referentes legales y con los criterios de calidad adoptados, que ayudarán a identificar brechas de desempeño, así como también formular y adoptar recomendaciones de mejoramiento.

Las acciones de seguimiento son inherentes al autocontrol, a la auditoría interna y a la auditoría externa, sin embargo, aunque las organizaciones estandaricen al máximo sus procedimientos, capaciten y entrenen permanentemente a sus miembros, lleven a cabo acciones de seguimiento y realicen mejoras continuas con base en sus hallazgos, muy difícilmente se podrán eliminar por completo los riesgos de fallas o errores inesperados, este hecho exige que las entidades estén adecuadamente preparadas para manejar tales situaciones, de forma que se puedan detectar y corregir oportunamente, y prevenir su recurrencia.

2.3.6.3 Acciones coyunturales. Son el conjunto de procedimientos, actividades o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización retrospectivamente para detectar, informar y analizar la ocurrencia de resultados no esperados en los procesos de atención en salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas y a la prevención de su recurrencia. Las situaciones objeto de acciones de

tipo coyuntural son aquellas definidas como eventos adversos o centinelas, por cuanto se constituyen en alertas que indican la necesidad de tomar decisiones oportunas, sin olvidar que el aspecto continuo de las acciones preventivas deberá generar acciones de seguimiento y estas a su vez, desencadenar acciones coyunturales, para que nuevamente estas últimas generen la planeación de acciones preventivas, constituyendo así un ciclo de mejora. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

2.4 Marco conceptual

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. (Decreto 1011 del 2006, p 14)

Auditoría Interna. Es una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. (Decreto 1011 del 2006, p 14)

Autocontrol. Establece que cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normativa vigente y por la organización. (Decreto 1011 del 2006, p 14)

Calidad esperada. Es el nivel de cumplimiento óptimo al que se quiere llevar los procesos considerados de baja calidad, en el que el cliente, su familia, el personal asistencial y la organización en general se sientan satisfechos. (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, 2007, p 50)

Indicadores. Es la información cuantitativa y cualitativa que informa del estado de un proceso, el cual puede tomarse como elemento de comparación para determinar si se ha logrado algún nivel de mejora después de la aplicación de acciones. (Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, 2007, p 52)

Mejora Continua. Es consecuencia de una forma ordenada de administrar y mejorar los procesos, identificando las causas o restricciones, creando nuevas ideas y proyectos de mejora, llevando a cabo planes, estudiando y aprendiendo de los resultados obtenidos y estandarizando los efectos positivos para proyectar y controlar el nuevo nivel de desempeño. (Gutiérrez, 2010)

Proceso. Un proceso se define como un conjunto de actividades enlazadas entre sí, que partiendo de una o más entradas, las transforman, generando un resultado, un producto o un servicio que satisface una necesidad. (Victoria, 2008)

Sistema de información para la calidad. El Ministerio de la Protección Social diseñó e implementó un “Sistema de Información para la Calidad” con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Hospital César Uribe Piedrahita, 2018, p 2)

Sistema Único de Acreditación. Acreditación es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna y revisión externa de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una organización de salud, a través de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por parte de las

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que decidan acogerse a este proceso. Es realizado por personas idóneas, entrenadas para tal fin y su resultado es avalado por entidades de acreditación autorizadas para dicha función. (Minsalud, 2016)

Sistema Único de Habilitación. Es 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 permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB. (Minsalud, 2021)

2.5 Marco legal

El desarrollo de la herramienta de gestión del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, como mecanismo desarrollado en un ambiente normativo y de obligatorio cumplimiento para las instituciones prestadoras de salud, es imperativo dimensionar el aspecto jurídico por el que se rige, el cual se muestra en la tabla 4.

Tabla 4.

Marco normativo relacionado con la atención y seguridad del paciente.

Norma	Asunto
-------	--------

La Constitución Política de 1991 Artículo 49	La atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones (Ley 100, 1993)
Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros (Ley 715, 2001).
Ley 1122 de 2007	Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (Resolución 1043, 2006).
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones (Decreto 4747, 2007).
Ley estatutaria 1751 de febrero de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones (Ley 1438, 2011).
Decreto 1011 de abril 3 de 2006	Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Decreto 1011, 2006).
Decreto 4747 de 2007	Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo
Decreto 780 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social:	Decreto reglamentario único del sector salud y protección social, que compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud (Resolución 2003, 2014).

Resolución 1043 de 2006	Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad. El manual de estándares de habilitación fue derogado por la resolución 2003 de 2014.
Resolución 1445 de 2006 anexo 2	Por el cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones
Resolución 123 de enero 2012	Por el cual se definen los estándares de Acreditación para IPS Ambulatorias y Hospitalarias
Resolución 2003 de 2014	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud (Ley 1122, 2007).
Resolución 256 de 2016	Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad
Resolución 429 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social:	Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud Resolución 3252 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social: Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones
Resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social:	Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.
Resolución 5095 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social	Por el cual se adopta el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1 de 19 de noviembre de 2018.
Circular 12 de 2016	Sistema de Información para la Calidad y PAMEC

3. Diseño metodológico

3.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación que se empleó para diseñar la propuesta del programa para el mejoramiento de la calidad en salud enfocadas en la seguridad del paciente de la IPS SSOAR Salud Ocupacional, con base en el decreto 780 de 2016 fue descriptiva. Este tipo de investigación según Deobold, B, (1971) “Consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas” (p.542). Del mismo modo:

Los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables a los que se refieren. Aunque, desde luego, pueden integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir como es y cómo se relacionan las variables medidas. (Hernández Samperi, 2006, p.61)

Debido a que inicialmente se deseaba conocer el estado de calidad en los procesos para la atención en salud de los usuarios, así como también el cumplimiento de la normatividad, a partir de matrices y técnicas previamente establecidas.

En concordancia a la necesidad de obtener información y caracterizar los procesos de acuerdo a su nivel de calidad, requirió describir dichos elementos, por lo que se desarrolló un proyecto con enfoque mixto ya que abarca un estudio cualitativo al definir el estado de enfoque, implementación o resultados, en los que se encuentran los estándares a analizar en la fase del diagnóstico, de mismo modo se requiere un estudio cuantitativo para realizar la

priorización de los estándares así como en la formulación y el diligenciamiento de los formatos de las herramientas para la recolección de la información (encuestas).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población. La población objeto de estudio fue compuesta por todo el personal de la organización, ya que de acuerdo a filosofía del PAMEC, la integración de todo el personal de la organización permite realizar el autocontrol y crear una cultura de seguridad para el paciente, siendo más productiva su aplicación.

3.2.2 Muestra. La muestra fue constituida por el recurso humano que participó en la ejecución del proyecto, clasificado en personal administrativo y asistencial, como se muestra en la tabla 5.

Por lo tanto, se consigna en la tabla 5 el recurso humano que participó en la ejecución del proyecto clasificado en personal administrativo y asistencial.

Tabla 5.

Población Relevante Para el Desarrollo del Proyecto.

Descripción	Cantidad
Trabajadores administrativos	5
Trabajadores asistenciales	15
TOTAL	20

Cabe mencionar que el personal tanto asistencial como administrativo mencionado en la tabla 5 pertenece a los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, los cuales estarán implicados en el proceso, siempre y cuando las prácticas priorizadas les pertenezca.

- Procesos estratégicos: Direccionamiento estratégico, Gestión comercial, Gestión integral de la calidad, gestión del riesgo en salud.

- Procesos Misionales: consulta externa, atención al usuario, optometría, audiometría, espirometría y examen médico.

- Procesos de Apoyo: gestión de recursos financieros, gestión del desarrollo humano, gestión del desarrollo tecnológico y comunicación; gestión del ambiente físico y recursos logísticos y gestión de la información.

3.3 Métodos e instrumentos para la recolección de información

Para la recolección de la información se requirió de información primaria y de información secundaria.

3.3.1 Fuentes primarias. En lo concerniente a la información primaria se adoptaron los métodos y herramientas metodológicas diseñadas por el SOGC, la cual, para facilitar la ejecución del programa y contextualizar a todas las instituciones afines al mismo propósito, desarrolló la Guía Básica para el Mejoramiento de la Calidad y el documento Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, que consignan el procedimiento ordenado y estructurado de la ruta crítica. Como método de recolección de la información se utilizó la

observación, la entrevista no estructurada y reuniones con el comité de calidad encargado, que permitió hacer el diagnóstico de los procesos objetos de mejora en la institución.

En el anexo 1 se observa la estructura del formato para realizar el diagnóstico, que permite evaluar las prácticas institucionales con respecto a los estándares y paquetes instruccionales para la seguridad del paciente desarrollados por el Ministerio de la Protección Social. Para identificar la brecha de calidad se utilizará la matriz de priorización (Ver anexo 2). La herramienta 5Wh relacionada en el anexo C define a los responsables y delimita temporalmente la ejecución de las actividades, la cual se acompaña con la matriz para definir los indicadores (Ver anexo 4), en la que también se relacionan las acciones que se deben desarrollar (umbral de cumplimiento) y la forma como se hará seguimiento a cada acción y que permitirá hacer monitorear su implementación la implementación, para lo cual se hará uso del formato mostrado en el anexo 5.

3.3.2 Fuentes secundarias. Las fuentes secundarias que apoyaron el proyecto, están conformadas por libros, documentos, proyectos de grado, guías metodológicas relacionadas con la temática, revistas y artículos de Internet, así como asesorías con los tutores y profesionales especializados en Sistemas de Gestión de la Calidad en Salud.

3.3.3 Análisis de la información. La información recolectada por medio de los formatos expuestos en los anexos 1, 2, 3 y por observación directa en la institución de salud, se analizó de manera cualitativa y cuantitativa según fue el caso mediante los softwares Excel, ATLAS.ti para que así hubiera una adecuada comprensión de los resultados.

4. Resultados y Análisis

4.1 Diagnóstico estratégico de la IPS SSOAR Salud Ocupacional

Para llevar a cabo el proceso de análisis de la situación actual en los procesos internos incluyendo de modo superficial el entorno externo, fue necesario realizar encuestas tanto a los trabajadores de la IPS SSOAR como a una muestra aleatoria de los usuarios de la misma, así mismo se llevó a cabo la reunión del comité del PAMEC en el que se discutieron la pertinencia y aplicabilidad de los estándares dispuestos por el SOGC.

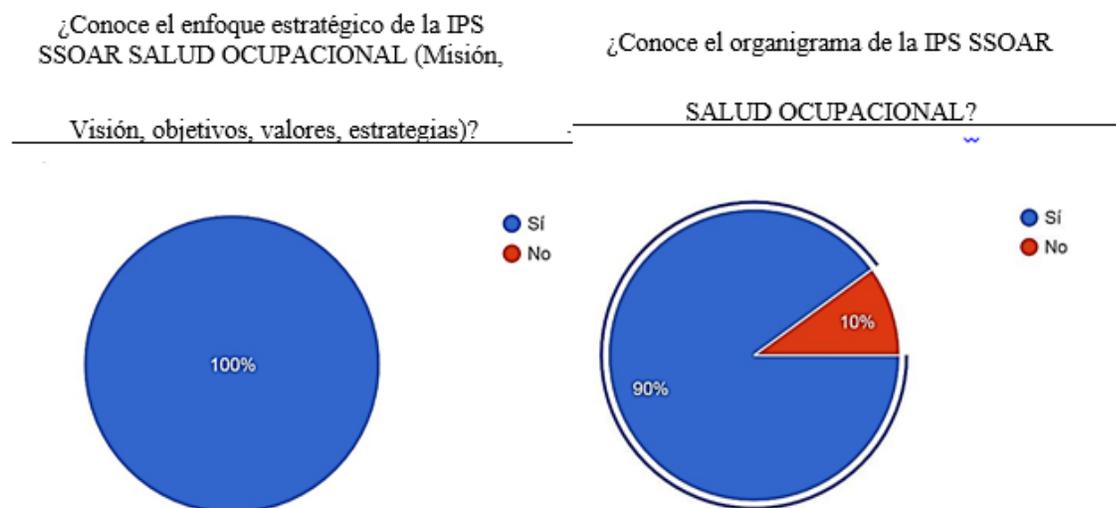
4.1.1 Análisis de la encuesta a los trabajadores de la IPS. El recurso humano de la IPS SSOAR está compuesto por 15 trabajadores del área asistencial y administrativa, a los cuales se aplicó mediante formularios de Google la encuesta a 10 de ellos, debido a inconvenientes como a la conectividad a internet y la falta de recursos tecnológicos fue imposible generar un ambiente donde se presenciara la totalidad de los colaboradores, sin embargo estuvieron presentes un representante de cada uno de los servicios que integran el objetivo misional de la IPS, y de los que estuvieron ausentes, tres de ellos eran suplentes de audiometría, Visiometría y médico ocupacional, respectivamente, también 1 persona de la gestión contable y 1 de recepción. A pesar de que la auxiliar de contabilidad no estuvo presente, si lo estuvo la gerencia, quienes son los que toman las decisiones financieras, pues la auxiliar presta sus servicios como recepcionista de pagos y consolidación de resultados operacionales. Antes de la aplicación de la encuesta se procedió a dar una capacitación en la que se abordaron temas como la misión y visión de la IPS, el organigrama de la empresa, los procesos y las estrategias empresariales, esto se hizo con el fin de recordar y aclarar las dudas que tenía el personal.

El cuestionario estuvo compuesto por 9 preguntas, de tipo cerrada, que buscaron conocer sus opiniones acerca de diferentes aspectos incluyendo planeación, organización y direccionamiento estratégico; capacitaciones, clima organizacional, motivación y programas de mejoramiento de la calidad, tal como se muestra en el Anexo 2.

A continuación, en la tabla 6 se presentan los resultados obtenidos de la encuesta aplicada al personal asistencial y administrativo, debido a que son los que tienen contacto en primer plano con los usuarios y pacientes.

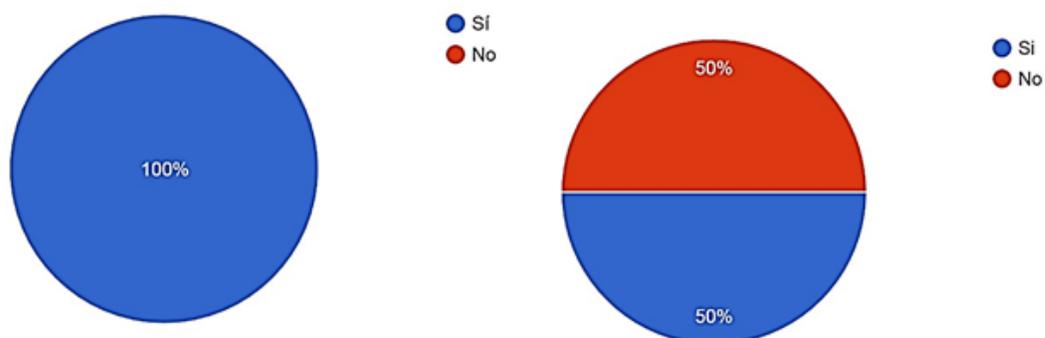
Tabla 6.

Resultados de la encuesta a profesionales de los servicios asistenciales de la IPS SSOAR Salud Ocupacional.

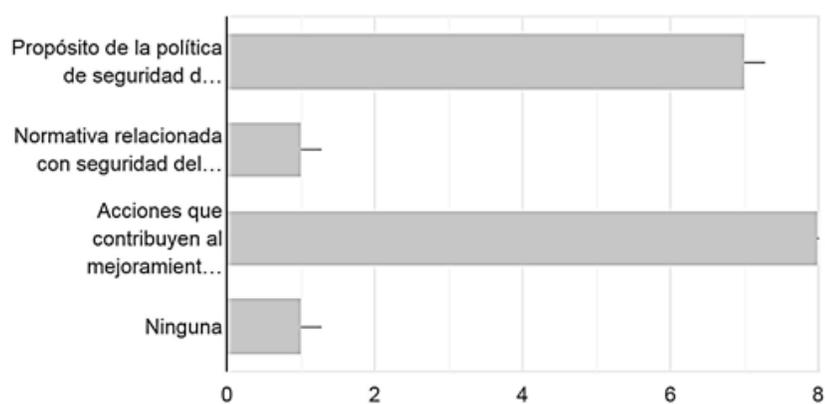


¿Conoce con claridad sus funciones?

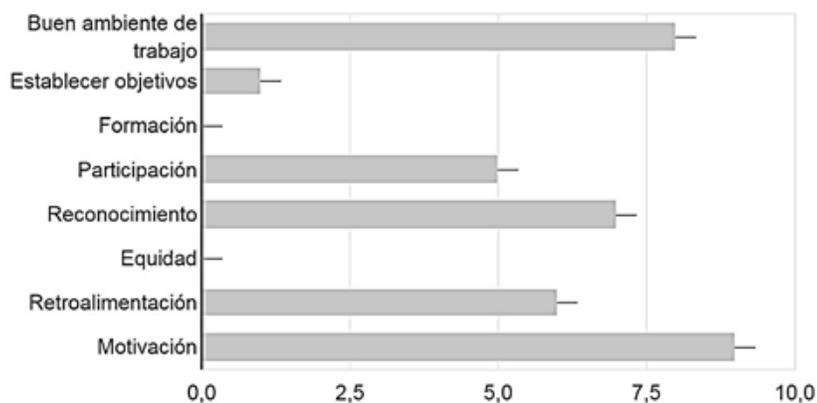
¿Ha recibido algún tipo de capacitación para la prestación del servicio?



¿Qué temas o aspectos considera usted que necesita reforzar a través de una capacitación?



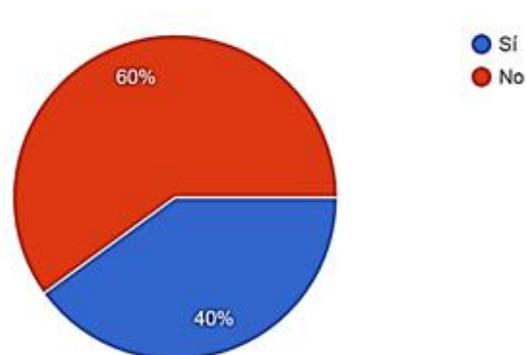
¿Qué aspectos considera usted que se deben mejorar para incentivar el rendimiento laboral?



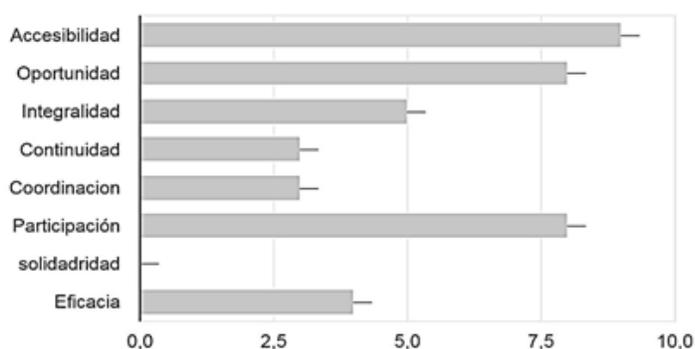
¿Se adapta usted fácilmente a los cambios que se presentan en la IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL?



¿Ha recibido capacitación en manejo de sistemas de información?



¿Qué aspectos positivos puede usted resaltar de la IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL?



Los resultados de la encuesta evidencian un direccionamiento de la organización bueno, ya que muchos de los colaboradores en las preguntas asociadas a planificación y direccionamiento concuerdan en que reconocen la misión, visión, valores y estrategias de la IPS, sin embargo, no tienen claridad con el organigrama. Este resultado se corrobora con los resultados de la prueba diagnóstica interactiva realizada después de la capacitación por Google Meet.

Es de recalcar el buen resultado en cuanto al reconocimiento de las funciones por parte de los colaboradores, ya que tiene implicación directa con la atención del usuario y la seguridad del paciente, al igual que el 50,00% de los encuestados manifestó no haber recibido capacitación relacionada a la prestación del servicio lo que se puede deber a personal recién

contratado y/o efectos del confinamiento por la pandemia que han retrasado o desplazado actividades de capacitación. También la mayoría de los encuestados manifestó que en el ámbito personal los aspectos con necesidad de refuerzo a través de capacitaciones son identificar acciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad (88,88%) y también esclarecer cual es el propósito de la política de seguridad del paciente (77,77%), lo cual reafirma la posición del 60,00% de los colaboradores, que dijeron no haber recibido capacitaciones.

Se permitió conocer el nivel de satisfacción de los trabajadores respecto a políticas y procedimientos que implementa la dirección de la empresa, obteniéndose que más del 50,00% de los encuestados considera que se podrían mejorar aspectos como el ambiente de trabajo, estrategias de reconocimiento hacia los mismos y la motivación. En cuanto a los aspectos positivos que resaltan los trabajadores de la organización se encuentran la accesibilidad, la oportunidad, la integralidad y la participación, también la mitad de los encuestados resaltan como factor positivo la eficacia de la organización, sin embargo, se observa que consideran que la organización tiene poca coordinación y continuidad. Así mismo, de los resultados se obtiene que para la personal resulta fácil adaptarse a los cambios que acontecen a la organización.

4.1.2 Encuestas a los usuarios de la IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL. La

encuesta aplicada aleatoriamente durante los meses de mayo, junio y julio de 2021 a los usuarios de la IPS SSOAR Salud Ocupacional, pretendía poner en manifiesta la opinión del usuario frente a la atención y el nivel de satisfacción de la misma. El formato de la encuesta se observa en el Anexo 2, el cual contaba con 10 preguntas cerradas. A continuación, se muestra los cálculos realizados para obtener el tamaño de la muestra en base al promedio de clientes que asisten mensualmente a la IPS.

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + z^2 * p * q}$$

Figura 9. Fórmula para calcular la muestra representativa de usuarios.

Donde:

n= Tamaño de muestra a calcular

Z= Desviación del valor medio para lograr el nivel de confianza deseado. Para un nivel de confianza de 0.95 el valor Z=1.96

p= Proporción que se espera encontrar (0,9)

q= 1-p

N= Tamaño de la población (554) obtenida promediando el número mensual de usuarios que asisten en tres meses.

e= Margen de error que se admite (0,05)

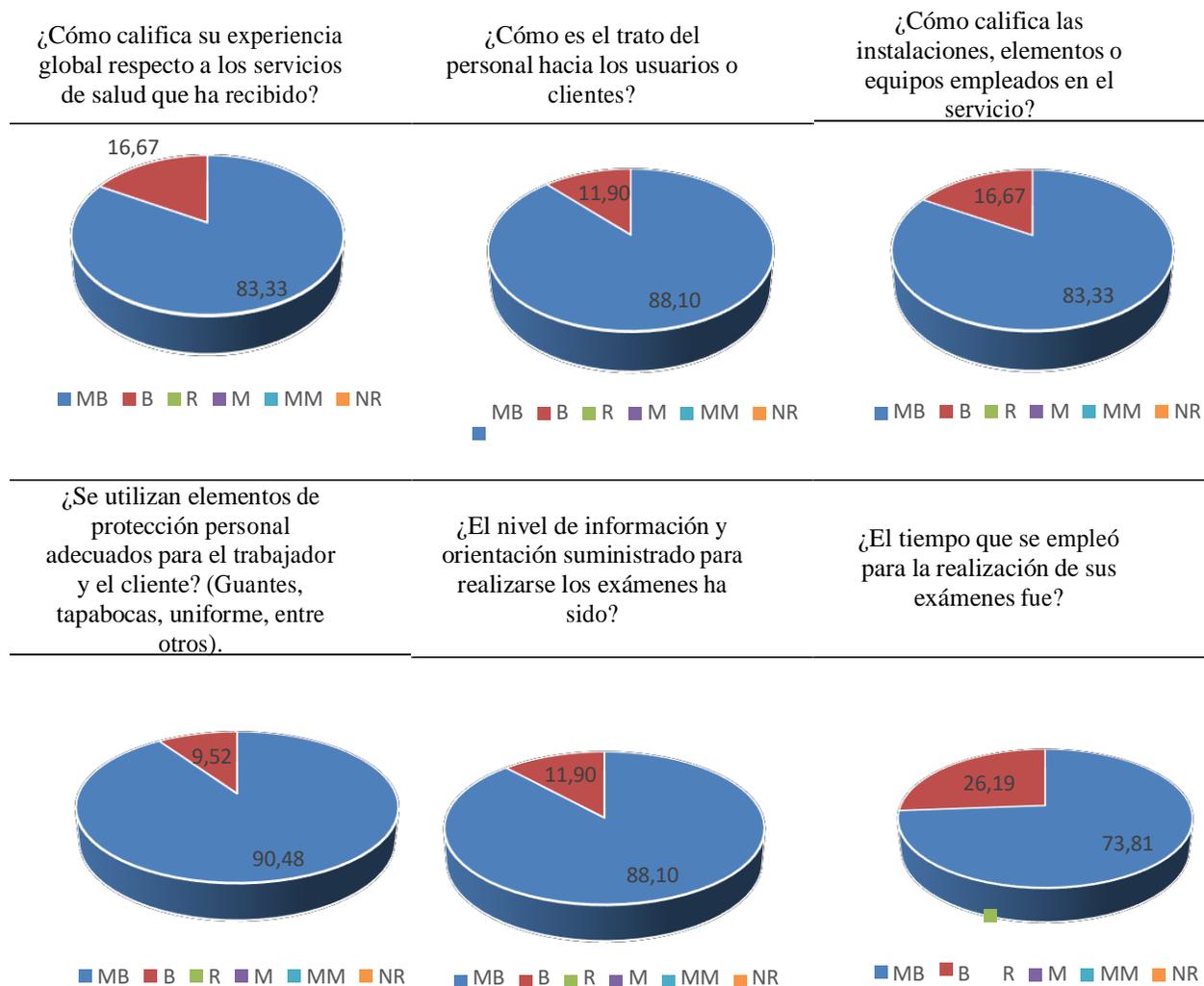
$$n = \frac{191,5422}{1.5589}$$

$$n \cong 123$$

En la tabla 7 se muestran los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los usuarios de la IPS SSOAR.

Tabla 7.

Resultados encuesta aplicada a usuarios de la IPS SSOAR Salud Ocupacional.





La información permitió detectar aspectos que debían tenerse en cuenta para la evaluación de los procesos, los cuales fueron expuestos ante el comité del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, que es el encargado de identificar los problemas y fallas de calidad en la organización, compuesto por la gerencia, el representante de los profesionales de salud ocupacional quien conoce los procesos, bajo la dirección del coordinador del sistema de gestión integral y el auxiliar del PAMEC.

4.1.3 Diagnostico de los procesos con base en las guías de Buenas prácticas en los servicios asistenciales. El comité se encargó de monitorizar el avance y de dar las pautas para el desarrollo del programa, así, a través del mismo, se asignaron responsabilidades, los cuales tenían un cronograma de ejecución y que eran socializadas y retroalimentadas en posteriores reuniones, a las que se hacía seguimiento por medio de actas de reunión (Ver anexo 1). Dichas reuniones permitían generar nuevas actividades y evaluar el nivel de progreso de las tareas encomendadas a cada integrante. En ese orden de ideas, la primera reunión fue realizada con el fin de sensibilizar a todos los representantes sobre la importancia y beneficios de la adopción y constitución de un programa que permitiera evaluar,

diagnosticar y hacer seguimiento a problemas de calidad asociados con la atención ofrecida a los usuarios, donde se escucharon la opinión de cada uno y su compromiso con el apoyo y ejecución de las medidas adoptadas. En cada reunión se presentaban a los participantes y se leía el acta anterior con el fin de contextualizar a los oyentes, seguidamente se comunicaba el objetivo de la reunión y el requerimiento en el cumplimiento de las tareas en las que se había comprometido anteriormente, en el que el responsable mostraba los resultados y el nivel de cumplimiento de las actividades por realizar.

El diagnóstico de las condiciones de calidad con las que contaba la institución, con enfoque en la seguridad del paciente en su atención fue haciendo uso de los estándares consolidados en las Guías de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud, por lo que la escogencia de los estándares de la política de seguridad del paciente del sistema obligatorio de garantía de la calidad resulto viable para la organización por la practicidad de su aplicación en cuanto a recursos utilizados y resultados logrados, además con los resultados de las encuestas y el Brain-storming facilito la focalización de los procesos objetos de intervención.

En base a los servicios que presta la institución de salud, al número de trabajadores y a la capacidad de recursos disponibles, se decidió aplicar el PAMEC enfocado en la seguridad del paciente, apoyado en las Guías de Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud, recordando que se hubiera podido utilizar los estándares definidos en el sistema único de acreditación o el sistema de información para la calidad, pero además de los factores ya mencionados, sirve de insumo para la posterior implementación del programa de

Auditoría basado en los estándares definidos por el sistema Único de Acreditación, los cuales tienen el mismo direccionamiento pero con más profundidad en el impacto.

Los estándares que evalúa el PAMEC con enfoque en seguridad del paciente se subdivide en 4 aspectos clave; Obtener procesos institucionales seguros - Obtener procesos asistenciales seguros - Involucrar los pacientes y sus allegados en su seguridad - e Incentivar prácticas que mejoren la actuación de los profesionales. Después de varias reuniones en las que se discutió la aplicabilidad, pertinencia, fortalezas y oportunidades de mejora de cada uno de los estándares y de sus anexos; los paquetes instruccionales, que suman 18 en total:

1. Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales
2. Atención segura del binomio madre – hijo
3. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención
4. Evaluación de la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos
5. Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras de laboratorio
6. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado
7. Ilustrar al paciente acerca del autocuidado de su seguridad
8. Mejoramiento de la comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes
9. Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos
10. Mejorar la seguridad en los procesos quirúrgicos
11. Prevención de escaras o úlceras por presión (decúbito)
12. Prevención de la malnutrición o desnutrición
13. Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea
14. Prevenir el cansancio del personal de salud
15. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas
16. Reducir el riesgo de la atención de

pacientes con enfermedad mental 17. Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico 18.

Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares.

En total los estándares suman 43, los cuales fueron analizados y evaluados en 4 sesiones, estos se observan en la tabla 8, en donde además se muestra la selección de aquellas prácticas instruccionales que correspondían al objeto misional de la IPS. Los criterios para evaluar el mérito de cada estándar para ser intervenido fueron estipulados por la aplicabilidad del estándar a los procesos desarrollados por la IPS SSOAR Salud Ocupacional, por la implicación de acciones y requerimientos asociados con el Sistema Único de Habilitación de gran obligación para la institución haber adoptado para poder habilitar los servicios y mantenerse en ejecución, por lo que no debían ser tenidos en cuenta en esta evaluación.

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, en cualquier caso, que no respondan a las necesidades o expectativas de los usuarios. Así, se procedió mediante una tabla relacional evaluar la aplicabilidad y el cumplimiento de cada estándar frente al objetivo misional de la organización.

En la tabla 8 se muestra el total de estándares que fueron socializados y evaluados por el comité del PAMEC.

Tabla 8.

Estándares de calidad con enfoque en la seguridad del paciente establecidos por el Ministerio de la Protección Social en las Guías de buenas prácticas.

ESTANDAR	HABILITACION	PAMEC	APLICA	NO APLICA	CUMPLE	NO
PROCESOS INSTITUCIONALES SEGUROS	X		X			
Contar con un Programa de Seguridad del Paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos. Se deben identificar las situaciones y acciones que puedan llegar a afectar la seguridad del paciente durante la prestación del servicio y gestionarlas para obtener procesos de atención seguros.	X				X	
Política institucional de Seguridad del Paciente. debe: - Establecer, implementar y armonizar la política de Seguridad del Paciente con el direccionamiento estratégico de la institución. - Establecer la prioridad que para la institución representa la seguridad del paciente. - Socializar y evaluar su conocimiento por parte de los funcionarios de la institución. - Promover un entorno no punitivo.	X				X	
Promoción de la cultura de seguridad. Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua: Percepción compartida de la importancia de la seguridad. Confianza de la eficacia de las medidas preventivas. Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido. La existencia de un plan de capacitación y recursos. Aplicación de la encuesta de clima de seguridad	X				X	
. Sistema de reporte de eventos adversos y aprendizaje colectivo: Contemplar mecanismos para la identificación de eventos adversos.	X				X	
Reporte: Proceso para el reporte de eventos adversos Qué se reporta A quien se le reporta Cómo se reporta A través de qué medios Cuando se reporta Como se asegura la confidencialidad del reporte Si se trata de solo auto reporte o puede existir el reporte por otros El proceso de análisis del reporte y retroalimentación a quien reportó Cómo se estimula el reporte en la institución	X				X	

ESTANDAR	HABILITACI	PAMEC	APLICA	NO APLICA	CUMPLE	NO
Análisis y gestión; análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso.	X				X	
Brindar capacitación al cliente interno en los aspectos relevantes de la seguridad en los procesos a su cargo	X				X	
Coordinar procedimientos y acciones recíprocas de los programas de seguridad del paciente entre asegurador y prestador	X				X	
Estandarización de procedimientos de atención	X				X	
Diseñar y auditar procedimientos de puerta de entrada que garanticen la seguridad del paciente:	X				X	
Desarrollar o adoptar las guías de práctica clínica basadas en la evidencia	X				X	
Definir por parte de la institución los procedimientos que un profesional puede desarrollar, según estándares.	X				X	
Identificar, analizar y definir conductas en procesos administrativos que pueden poner en riesgo la seguridad de los pacientes	X				X	
Evaluar la frecuencia con la cual ocurren los eventos adversos.	X				X	
La institución debe monitorizar aspectos claves relacionados con la seguridad del paciente: Gestión de eventos adversos Reporte de eventos adversos De acuerdo con los riesgos que se generen; Indicadores que evalúen impacto en: caídas, neumonía asociada a ventilador, etc. Detección de riesgos del ambiente físico Vigilancia de eventos adversos en prestador, asegurador, una red o en una región. Gestión en educación en prestador, asegurador.	X				X	
Utilización y/o desarrollo de software para disminuir riesgo en la prestación del servicio: Orden médica hecha por computador en toda la institución. Generación de alarmas a través de sistemas que detectan aparición de Eventos Adversos o indicios de atención insegura.	X				X	
Seguridad en el ambiente físico y la tecnología en salud: Ambiente físico seguro Evaluar las condiciones de localización segura. Evaluar las condiciones de vulnerabilidad (estructural y funcional). Evaluar las condiciones de suministro de agua potable, fluido eléctrico y plan de contingencia acorde con las condiciones de seguridad establecidas por las Normas Nacionales. Evaluar las condiciones ambientales a cada uno de los servicios de tal manera que se minimicen los riesgos de Infección Intrahospitalaria.	X				X	
Equipamiento tecnológico seguro: Implementar procesos de evaluación del equipamiento (industrial,						

ESTANDAR	HABILITACION	PAMEC	APLICA	NO APLICA	CUMPLE	NO
<p>biomédico, administrativo) incorporando desde el inicio la determinación de especificaciones técnicas de los insumos a utilizar en las Instituciones de salud.</p> <p>Elaborar e implementar un modelo de seguridad del equipamiento. Evaluar si la tecnología existente satisface la seguridad de los pacientes y es acorde con las necesidades de la institución. Realizar análisis a partir de los reportes de tecnovigilancia.</p>						
PROCESOS ASISTENCIALES SEGUROS				X		
<p>Detectar, prevenir y reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención en salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestionar la disposición de desechos hospitalarios Optimizar el lavado y desinfección de áreas Promover la prevención de infecciones a través del medio ambiente (manejo de aire, agua, circulación de personas) Asegurar el adecuado manejo de equipos de terapia respiratoria Garantizar la implementación de medidas de bioseguridad en todos los procedimientos. <p>Lavado de manos antes de entrar en contacto con el paciente. Lavado de manos antes de realizar un procedimiento limpio aséptico. Lavado de manos inmediatamente después de un riesgo de exposición a líquidos corporales y tras quitarse los guantes. Lavado de manos después de tocar a un paciente y la zona que lo rodea, cuando deja la cabecera del paciente. Lavado de manos antes de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del paciente, cuando lo deje, incluso aunque no haya tocado al paciente.</p>	X		X		X	
<p>Mejorar la seguridad en la utilización de medicamentos. Las acciones para disminuir al mínimo posible y ojalá evitar los eventos adversos asociados al uso de medicamentos, se inician desde la selección prudente del medicamento, administración y se extienden hasta el seguimiento (Monitoreo) del efecto del medicamento en el paciente.</p>	X			X		
<p>Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. Clasificar el riesgo de caídas de los pacientes que se internan en la institución. (Ver Anexo A) Que contemple la siguiente información como mínimo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de caídas. - Identificación del paciente: - Que está agitado - Funcionalmente afectado 	X		X		X	

ESTANDAR	HABILITACI	PAMEC	APLICA	NO APLICA	CUMPLE	NO
<ul style="list-style-type: none"> - Necesita ir frecuentemente al baño - Tiene movilidad disminuida - Pacientes bajo sedación <p>Implementar procesos para la minimización de riesgos derivados de la condición del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente con compromiso neurológico o agitación por otra no le permita atender órdenes. - Paciente bajo efecto de alcohol o de medicamentos sedantes o alucinógenos. - Pacientes que por su condición física y/o clínica deben caminar con ayuda de aparatos o de otra persona que los sostenga en pie. <p>4.2.3.3 Implementar procesos para la mejora de los procesos que potencialmente pueden generar riesgos al paciente:</p> <p>No fue considerado el riesgo de caída en el diseño de los procesos. Ausencia de superficie antideslizante en el piso Ausencia de bandas antideslizantes y soportes en baños y duchas. Camillas sin barandas. Iluminación inadecuada. Obstáculos en los pasillos y áreas de circulación.</p>						
Mejorar la seguridad en los procedimientos quirúrgicos.	X			X		
Prevenir úlceras por presión.		X		X		
Prevenir las complicaciones anestésicas		X		X		
<p>Asegurar la correcta identificación del paciente en los procesos asistenciales.</p> <p>En el proceso de la identificación deben ser tenidos en cuenta las siguientes opciones de pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adulto con documento de identidad (CC o CE o PA o NU) - Adulto sin documento de identidad. - Identificación en la atención y cuidado del paciente correcto 	X		X	X		
<p>Garantizar la correcta identificación del paciente y las muestras en el laboratorio.</p> <p>La definición de los procedimientos de identificación correcta y segura del paciente, la cual se inicia desde su registro en la institución, seguida del proceso de marcación de la muestra para el desarrollo de los procedimientos pre analíticos, analíticos y post-analíticos.</p> <p>Este procedimiento debe ser conocido y adoptado por todos quienes intervienen en el proceso de atención.</p> <p>La participación activa del paciente durante los procesos de identificación y validación de la información del paciente. En este caso, es de importancia relevante la utilización de un lenguaje culturalmente accesible.</p>	X		X	X		

ESTANDAR	HABILITACI	PAMEC	APLICA	NO APLICA	CUMPLE	NO
<p>La comunicación oportuna y eficaz entre el equipo de salud involucrado. Entre los datos básicos de identificación del paciente, se recomienda incluir al menos dos de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre Completo. - Número de Identificación: Cédula, Tarjeta de Identidad, Pasaporte, Licencia de conducción. - Número de identificación adicional: récord, consecutivo, otro. - Fecha de nacimiento. - Fotografía. - Bandas de identificación por colores (menores, alergias, etc.). - Otros 						
<p>Implementar equipos de respuesta rápida: Desarrollar un proceso para que el personal asistencial reconozca tempranamente el empeoramiento de la condición clínica de un paciente y se dispere la pronta y eficaz atención que rescata al paciente del paro cardiorrespiratorio.</p>		X	X			X
<p>Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares</p>		X	X			X
<p>Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad y manejo de sangre y componentes y a la transfusión sanguínea: Garantizar la conservación de las características físicas y biológicas de las muestras y el componente sanguíneo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la aplicación de un sistema de control de calidad - Desarrollar procesos para la prevención de Eventos Adversos - Desarrollar programas que incluyan identificación, notificación, análisis y acciones correctivas de Eventos Adversos. <p>Establecer procesos que garanticen custodia y confidencialidad de resultados de paciente y donante</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar mecanismos para garantizar suficiencia, oportunidad y disponibilidad de sangre y componentes sanguíneos. - Adelantar acciones dirigidas a reducir los eventos adversos e incidentes asociados a transfusión - Fortalecer los comités transfusionales para garantizar el desarrollo, implementación y control del sistema de Seguridad Transfusional 	X			X		
<p>Reducir el riesgo de la atención del paciente crítico</p>		X		X		
<p>Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas: Los estudios radiológicos y de imágenes diagnósticas deben contar con los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre. - Número de identificación o número de historia clínica. - Género. 		X	X			X

ESTANDAR	HABILITACI	PAMEC	APLICA	NO APLICA	CUMPLE	NO
- Fecha de nacimiento o edad. - Órgano objeto del estudio						
Reducir el riesgo de la atención de pacientes con enfermedad mental		X		X		
Prevención de la malnutrición o desnutrición		X		X		
Garantizar la atención segura del binomio madre – hijo	X			X		
INCENTIVAR PRÁCTICAS QUE MEJOREN LA ACTUACIÓN DE LOS PROFESIONALES						
Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes debe incluir: - Definir e implementar procesos de mejora y estandarización de la Comunicación cuando los pacientes no están bajo el cuidado del personal de salud o bajo la responsabilidad de alguien. - Definir mecanismos de comunicación en los registros de la historia clínica. - Definir los acrónimos o abreviaturas que no serán usadas. - Tomar acciones para mejorar la oportunidad del reporte de exámenes al personal que recibe la información. - Asegurar la efectiva comunicación durante los cambios de turnos y el traslado de pacientes intra e interinstitucionalmente.		X	X			X
Prevenir el cansancio del personal de salud: El cansancio en el personal de Salud se ha identificado como uno de los factores que afectan la Seguridad de pacientes. Debe incluir: - Adecuada proporción de pacientes en relación al personal de Salud que presta servicios - Asignación de horas de jornada laboral. - Prevención del trabajo en jornadas continuas entre instituciones que superen los límites máximos recomendados. - Propiciar espacios y tiempos de descanso del personal de salud		X	X			X
Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado. Promover la cultura del consentimiento informado Garantizar que el consentimiento informado sea un acto profesional de comunicación con el paciente. Asegurar su registro en la historia clínica Garantizar que es entendido y consentido por el paciente. Garantizar mecanismos para verificar el cumplimiento de consentimiento informado.		X	X			X
Establecer pautas claras para el proceso docente asistencial definiendo responsabilidades éticas y legales entre las partes. Precisar en el convenio como se involucrarán los procesos de seguridad del paciente	X			X		

ESTANDAR	HABILITACION	PAMEC	APLICA	NO APLICA	CUMPLE	NO
Verificar el cumplimiento del convenio docente- asistencial Gestionar un programa de inducción sobre Seguridad del Paciente a los docentes y estudiantes. Incluir condiciones de asepsia y antisepsia y de uso de ropa como uniformes, batas de cirugía y demás elementos con los cuales se afecten los protocolos de seguridad de las instituciones.						
INVOLUCRAR LOS PACIENTES Y SUS ALLEGADOS EN SU SEGURIDAD						
- Se debe considerar que entre más esté el paciente comprometido con su salud, más ayudara a prevenir que sucedan los eventos adversos. Deben ser tenidos en cuenta los diferentes tipos de pacientes (intervenidos quirúrgicamente de manera ambulatoria, los que se encuentran hospitalizados, o aquellos que asisten a una consulta ambulatoria) - Se deben considerar los pacientes o sus allegados que en el pasado han sido objeto de un evento adverso y que se involucran de manera proactiva en ZSXC. los procesos de seguridad del paciente.	X			X		
Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad: En particular se debe enseñar a interrogar sobre aspectos como: - ¿Cuál es mi problema principal? (¿Qué enfermedad tengo?) - ¿Qué debo hacer? (¿Qué tratamiento debo seguir?) - ¿Por qué es importante para mí hacer eso, qué beneficios y riesgos tiene? - ¿A quién acudir cuando hay sospecha de riesgos para la atención? - Ilustrar sobre la importancia de la identificación y el llamado por su nombre. - Ilustrar sobre la importancia del lavado de manos de los profesionales antes de ser atendido - Ilustrar sobre la vigilancia y participación en el proceso de administración de medicamento - Ilustrar sobre la importancia del consentimiento informado - Ilustrar sobre lo que es un evento adverso y la comunicación que debe dar el equipo de salud en caso de ocurrencia del evento.		X	X			X
Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención: Para ésta buena práctica se tienen, en cuenta, entre otros, las acciones promovidas por la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente a través de su programa “Pacientes por la Seguridad del Paciente		X				X

De la tabla 8, se obtuvo que del total de estándares analizados el 67.5% pertenece a estándares de habilitación, esta indica que para ofrecer los servicios, la IPS debe tener en funcionamiento los procedimientos básicos para garantizar la seguridad y calidad del servicio, así mismo, se obtuvo que el 12.5% de los estándares pertenecen al PAMEC y NO APLICAN y el 20% pertenecen al PAMEC y APLICAN, e igualmente, el 20% pertenecen al PAMEC y

NO CUMPLE, lo que permite deducir que del total de estándares analizados la gran mayoría ⁸⁹ pertenecen a habilitación y además el 27.5% son los que aplican a la IPS.

4.1.4 Consolidación de las falencias encontradas. La mayoría de los estándares pertenecientes al eje de obtener procesos asistenciales seguros pertenecían al Sistema Único de Habilitación o no aplicaba a los fines de la organización, en caso de los estándares que pertenecían al PAMEC, se revisó si aplicaban, además si ya estaba establecido y aplicado en la organización o en alguna fase de ejecución de programas PAMEC anteriores. Ya identificados los estándares aplicables, se procedió a generar en la segunda reunión del comité PAMEC la identificación de falencias y eventos adversos desde las perspectivas del enfoque, la implementación o los resultados de las prácticas desarrolladas en los procesos de la organización, para lo cual se desarrolló una lluvia de ideas (Brain-storming) sobre las causas de los problemas que afectaban en cualquier aspecto a los ejes fundamentales de la seguridad del paciente, consolidando los resultados en el diagrama de Ishikawa mostrado en la figura 10.



Figura 10. Diagrama de causa-efecto para los problemas que afectan la seguridad del paciente en la IPS SSOAR Salud Ocupacional.

4.2 priorizar los procesos de mayor influencia en la seguridad del paciente

Se hizo priorización de las prácticas que tendrían escogencia por pertenecer a alguna de las acciones propuestas y de esta forma generar un plan de acción.

4.2.1 Priorización de los estándares a intervenir. El comité del PAMEC en su tercera reunión concluyó cuales de los estándares serian intervenidos, buscando centrar los esfuerzos y recursos en los procesos que representaran para la organización mayor beneficio, para lo cual se aplicó la matriz de priorización. Dicha matriz relaciona el riesgo, volumen y costo que representaba para la organización la no implementación de acciones que permitieran alcanzar los estándares, y efectuando el producto entre las tres variables se asignó su prioridad de intervención BAJO, MEDIO Y ALTO, como se observa en la tabla 9.

Tabla 9.

Matriz para la priorización de estándares según costo, volumen y riesgo.

MATRIZ PARA PRIORIZACIÓN DE PROCESOS					
ESTANDARES ASISTENCIALES SEGUROS	RIESGO	COSTO	VOLUMEN	RESULTADO	INTERVENCIÓN
Implementar equipos de respuesta rápida: Desarrollar un proceso para que el personal asistencial reconozca tempranamente el empeoramiento de la condición clínica de un paciente y se dispere la pronta y eficaz atención que rescata al paciente del paro cardiorrespiratorio.	5	5	4	100	ALTO
Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares	5	5	4	100	ALTO
Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas:	5	5	5	125	ALTO
Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	4	3	5	60	MEDIO
Prevenir el cansancio del personal de salud	5	4	5	100	ALTO
Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento Informado.	4	4	4	64	MEDIO
Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad:	5	5	5	125	ALTO
Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para	3	4	5	60	MEDIO

Los resultados obtenidos de la matriz de priorización concordaron con las necesidades que presentaba la organización para mejorar sus procesos, por lo que a través de un detallado análisis de cada uno de los estándares se observó la necesidad de considerar algunas propuestas para cada estándar identificadas en la etapa anterior. De la tabla 10 se puede observar que en el total de los estándares evaluados existió una interpretación del resultado como ALTA del 62,5 % lo cual significa que la implementación de equipos de respuesta rápida ante eventos adversos asociados con la seguridad y satisfacción del paciente, el desarrollo de estrategias, políticas y procedimientos conlleva al mejoramiento en la prestación del servicio y a la satisfacción del paciente, de igual manera el proceso para la obtención de las ayudas diagnósticas, los métodos y procedimientos utilizados por el personal para efectuar la comunicación son susceptibles de intervención por ser los procesos más importantes por estar directamente relacionado con el paciente, y también la importancia de mantener al personal asistencial en óptimas condiciones físicas para prestar un servicio eficaz, la importancia de implementar efectivamente el consentimiento informado, el concientizar a los pacientes en el autocuidado y propiciar en los usuarios y sus familias un actuar colaborativo impactaba en distintos aspectos a un gran número de personas, también representaba una reducción considerable de costos asociados a la no calidad y representaba un gran riesgo legal para la organización y de seguridad para el paciente, además la predisposición colaborativa del área de gerencia para facilitar los recursos necesarios para la ejecución de las acciones desarrolladas, sin embargo de la dirección de la empresa se acordó darle aplicación al total de los estándares .

Para establecer a cuál de los procesos pertenecía cada uno de los estándares priorizados, se desarrolló la tabla 10. Esta ayudo a hacer seguimiento y a orientar de mejor manera las acciones que se desarrollarían para proponer las acciones de mejora y conocer los directamente relacionados.

Tabla 10.

Procesos a los que impacta cada uno de los estándares priorizados.

ESTANDAR	Laboratorio clínico	psicología	Atención al usuario	Optometría	Audiometría	Espirometría	Examen médico
Implementar equipos de respuesta rápida para reconocer tempranamente en un paciente y poder rescatarlo de un paro cardiorrespiratorio.			X	X	X	X	X
Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares			X	X	X	X	X
Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas:			X				
Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes			X	X	X	X	X
Prevenir el cansancio del personal de salud:			X	X	X	X	X
Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado.			X				
Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad			X				
Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención:			X				

A pesar de que la aplicación de acciones de mejora tiene impacto en toda la organización, su relación directa estaría con los procesos misionales desarrollados por los profesionales de evaluaciones ocupacionales, pero también el área administrativa encargada de la recepción y de la gestión contable.

4.3 Establecimiento del nivel de calidad de los procesos que facilite la formulación de un plan de mejoramiento.

En base a los resultados obtenidos de la priorización, junto al acompañamiento del comité PAMEC se reunieron los insumos para determinar el nivel de ejecución en el que se encontraban las prácticas intervenidas anteriormente, o para darle marcha a aquellas acciones que desembocaran en prácticas, falencias y eventos adversos objetos de mejora y de esta manera documentarlas para su aplicación y posterior monitorización, posteriormente por medio de la matriz 5Wh se consignó un plan de acción en donde se explicó el objetivo del plan, su forma de hacerlo, los responsables y la temporalidad. Finalmente se identificó el umbral de calidad al que se debía llevar cada proceso en su implementación para considerarse buen resultado y garantizar la seguridad y satisfacción del paciente/usuario.

4.3.1 Identificación de oportunidades de mejora y fortalezas de cada estándar. La fluencia de opiniones respecto a las fallas en la calidad y en los procedimientos, aportó uno de los resultados más importantes del programa, que son las oportunidades de mejora, debido a que cada falencia representaba un objetivo al cual intervenir y que permitiría bloquear los vacíos encontrados. Pero antes de realizar esta selección, se analizaron las fortalezas de la organización asociadas a cada uno de los estándares, que comprende toda acción, actividad, guía, procedimiento o programa que este en cualquiera de las fases de enfoque, implementación o resultados donde la organización ha obtenido resultados y constituyen como factores de éxito. Del mismo modo se consideraron las oportunidades de mejora, estas se pueden entender como la brecha que existe entre la manera como se desarrolla los procesos y la manera a la cual se busca mejorar, para esto se puede considerar al estándar como el máximo nivel a alcanzar, sin embargo por ser un programa de mejoramiento permite ser aplicado por ciclos en el que cada uno se trata de llevar un nivel más alto, ya sea que se encuentre en enfoque, en implementación o para hacerle seguimiento mediante los resultados. En la tabla 11 se relacionan las fortalezas encontradas en la organización para cada estándar y a su vez las oportunidades de mejora de cada uno.

Tabla 11.

Brecha de calidad entre las practicas desarrolladas en la IPS y los estándares establecidos por el Ministerio de la Protección Social.

Estándar	Fortalezas	Oportunidades de mejora
Implementar equipos de respuesta rápida:	<p>ENFOQUE: Se tenía documentado el PLAN DE EMERGENCIAS en donde se contemplaba el Procedimiento Operativo Normalizado (PON) para la atención de emergencias médicas.</p>	<p>Capacitar en procedimientos para el desarrollo de respuesta rápida ante situación de paciente con falla cardiovascular Asignar responsabilidades ante eventos adversos</p>
Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares	No se encontraron evidencias	<p>Identificar las condiciones de salud del usuario/paciente y su predisposición ante riesgos cardiovasculares Desarrollar un instructivo que indique al paciente las condiciones en que se debe presentar para la realización de los exámenes ocupacionales Desarrollar estrategias que disminuyan la congestión en la atención de pacientes con antecedentes cardiovasculares</p>
Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas:	<p>IMPLEMENTACIÓN: Las ayudas diagnosticas contaban con la siguiente información para su identificación: nombre, numero de cedula, genero, fecha de nacimiento o edad y objeto de estudio.</p>	<p>Estandarizar el procedimiento para la realización de las pruebas diagnosticas Documentar el protocolo de acción en caso de eventos adversos Desarrollar procedimiento de comunicación asertiva con proveedores de ayudas diagnosticas</p>
Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes Debe incluir	<p>IMPLEMENTACIÓN: Se contaba con un buzón de sugerencias en el cual los usuarios puedan comunicar cualquier queja, petición, reclamo, sugerencia o felicitación.</p> <p>La historia clínica se diligencia de manera digital, por medio de un software, la cual genera</p>	<p>Estandarizar las abreviaciones utilizadas en el diligenciamiento de la historia clínica Documentar la política de contratación del personal temporal Determinar los medios apropiados para efectuar la comunicación entre el personal</p>

	<p>un concepto de aptitud laboral de manera inmediata una vez realizados todos los exámenes ocupacionales.</p> <p>Se tenía implementado un documento de remisión de exámenes médicos cuando estos se realizaban con aliados estratégicos en donde se encontraba información como: nombre completo, número de identificación, fecha, edad, aliado estratégico, exámenes a realizar, autorizado por.</p>	<p>Documentar la política de confidencialidad de la información</p>
Prevenir el cansancio del personal de salud	<p>ENFOQUE: Se contaba con el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo socializado e implementado.</p> <p>IMPLEMENTACIÓN: Las jornadas de trabajo estaban ya establecidas en cumplimiento de la normatividad legal, se mantenía la implementación de Pausas activas de 5min cada dos horas, igualmente se tenía distribuido en dos jornadas con un médico especialista en cada jornada. Se tenía establecido que cada vez que se superara los 20 pacientes se solicita apoyo de un médico adicional.</p> <p>La institución cuenta con una zona de cafetería para el descanso y esparcimiento de los trabajadores</p>	<p>Identificar los factores que desencadenan el cansancio en los profesionales Generar estrategias que disminuyan el estrés en el personal asistencial y administrativo Capacitar en técnicas de comunicación en la interacción y atención de los usuarios Fortalecer el SGSSTT para controlar el riesgo psicosocial en los trabajadores</p>
Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado.	<p>ENFOQUE: Se tenía documentado el formato de consentimiento informado general.</p>	<p>Asignar responsabilidades en aplicación oportuna del consentimiento informado Consolidar el documento de consentimiento informado</p>
Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad	<p>IMPLEMENTACIÓN: Se contaba con un aviso en los puntos de lavados de manos en donde se ilustraba el proceso</p>	<p>Implementar ayudas audiovisuales que contribuyan con el bienestar del paciente</p>

	<p>correcto para la realización de lavado de manos.</p> <p>El proceso de admisión solo se realiza cuando el usuario presenta la cedula original para verificación de su identidad. Una vez terminado el proceso de admisión del usuario se le informa que será llamado por su nombre para la atención.</p> <p>Se realiza anualmente la semana de seguridad en donde se dictan charlas referentes al cuidado de la salud (autocuidado), y se invita a los usuarios.</p>	<p>Generar certidumbre en los usuarios sobre el actuar de los profesionales</p>
<p>Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención</p>	<p>No se encuentran evidencias</p>	<p>Concientizar a los pacientes sobre políticas que le apliquen y responsabilidades que tienen dentro de las instalaciones</p> <p>Generar espacios propicios para ilustrar al cliente interno y externo sobre seguridad del paciente (capacitaciones)</p>

La brecha existente entre la calidad óptima enmarcada con cada estándar y la situación actual o fortalezas con las que contaba la organización estuvo señalada por las oportunidades de mejora, es decir que la implementación de cada una de las acciones descritas en el cuadro permitiría disminuir la brecha entre calidades. Para obtener las fortalezas fue necesario hacer por cada estándar una búsqueda documental en todos los archivos misionales, de gestión y de apoyo de la organización.

4.3.1. Formulación del plan de mejoramiento. La cuarta reunión del comité del PAMEC consistió en definir según su clasificación en Enfoque, Implementación o Resultado las acciones que correspondían a las oportunidades de mejora escogidas previamente, como se observa en la tabla 12, donde explícitamente se describen las medidas adoptadas.

Tabla 12.

Definición de las acciones según Enfoque, Implementación o Resultados.

ESTANDAR	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
Implementar equipos de respuesta rápida para reconocer tempranamente en un paciente un paro cardiorrespiratorio y poder rescatarlo.	IMPLEMENTACIÓN: Realizar un simulacro que emule la ocurrencia de un incidente por falla cardiaca de un paciente.
Reducir el riesgo de la atención en pacientes cardiovasculares	ENFOQUE: Diseñar e implementar medidas para reducir el riesgo en la atención de pacientes cardiovasculares (Escarapelas que faciliten el monitoreo a pacientes con riesgo cardiovascular).
ESTANDAR	ACCIONES DE MEJORAMIENTO
	Elaborar una política de atención prioritaria a usuarios que comprenda al adulto mayor, mujeres gestantes o con niño en brazos.
Mejorar la Seguridad en la obtención de ayudas diagnósticas:	ENFOQUE: Documentar el Procedimiento ayudas diagnosticas RESULTADO: Verificación Mensual de ayudas diagnosticas a una muestra de 10% de los conceptos emitidos como "con restricciones para el cargo". Protocolo de acción en caso de identificar un evento adverso en las ayudas diagnosticas.
Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes	ENFOQUE: Documentar el procedimiento de comunicaciones Definir los acrónimos o abreviaturas que serán usados en el diligenciamiento de la historia clínica, de acuerdo a las guías de prácticas clínicas.
Prevenir el cansancio del personal de salud:	ENFOQUE: Documentar el Procedimiento de capacidad instalada. Documentar el Procedimiento de talento humano en donde se especifique los temas de: turnos nocturnos. En el contrato escribir que informe en donde trabajan y que horarios tienen.
Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de Consentimiento Informado.	ENFOQUE: Definir un consentimiento informado para cada proceso asistencial. Documentar el protocolo de implementación del consentimiento informado por parte del personal de la salud y su registro en la historia clínica. Definir un mecanismo de verificación de la aplicación de consentimiento informado y su entendimiento por parte de los usuarios.

<p>Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad</p>	<p style="text-align: right;">113</p> <p>ENFOQUE: Documentar Procedimiento de formación (capacitaciones), colocar la semana de seguridad y seguridad del paciente.</p> <p>Diseñar un aviso de concientización a los pacientes para que indiquen con la verdad su estado de salud al momento de la consulta</p> <p>Diseñar un aviso sobre la importancia de la firma del consentimiento informado.</p> <p>Diseñar un aviso sobre que es un evento adverso y la comunicación que debe dar el equipo de salud en caso de ocurrencia del evento</p>
<p>Facilitar las acciones colaborativas de pacientes y sus familias para promover la seguridad de la atención:</p>	<p>ENFOQUE: Diseñar un aviso de concientización a los pacientes para que vengan acompañados de un familiar en caso de ser menores de edad o estar en condición de discapacidad.</p>

La mayor parte de las acciones que se generaron estuvieron orientadas hacia el enfoque, lo que indica que la organización no contaba con estos procedimientos, políticas documentos. En el caso de las acciones orientadas hacia la implementación indica que la organización ya contaba con un resultado antecedente, el cual serviría para llevarlo un paso adelante, en este caso ya se tenía establecido un documento política o procedimiento que requería llevarse a la fase de implementación, y en cuanto a las acciones direccionadas hacia los resultados, buscaron generar herramientas de medición que permitiera definir el nivel de mejoramiento alcanzado en base a los resultados obtenidos en el enfoque anterior, el de implementación.

Para la definición específica de cada acción se hizo uso de la matriz 5 Wh, la cual por medio de las preguntas Qué, Cómo, Quién, Dónde y Por qué, da pautas, explica las formas y delimita temporalmente la implementación de las acciones, como lo muestra la tabla 13.

Tabla 13.

Plan de acción propuesto para la ejecución de las acciones diseñadas.

		CRONOGRAMA PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA					
		Fecha de elaboración:					
Ítem	¿Qué Hacer?	¿Cómo Hacerlo?	¿Quién Debe Hacerlo?	¿Dónde Debe Hacerlo?	Por Qué	Fecha Inicial	Fecha Final
1	Realizar un simulacro que emule la ocurrencia de un incidente por falla cardiaca de un paciente.	Documentando un procedimiento de actuación y la definición de la fecha del simulacro	Coordinador del sistema de gestión integral	Instalaciones INESO/SSOAR Salud Ocupacional	Para definir responsabilidades, procedimientos y protocolos de actuación en encaso de eventos adversos con pacientes cardiovasculares	enero	Enero 30/22
2	Diseñar e implementar medidas para reducir el riesgo en la atención de pacientes cardiovasculares (Escarapelas que faciliten el monitoreo a pacientes con riesgo cardiovascular).	Diseñando, documentando y socializando a todo el personal el propósito y uso de escarapelas para los riesgos de caídas, cardiovasculares y de alergias	Comité PAMEC	Instalaciones INESO/SSOAR Salud Ocupacional	Para identificar y hacer seguimiento a aquellos pacientes con riesgos cardiovasculares, a caídas y de alergias	febrero	Febrero 28/22
3	Elaborar una política de atención prioritaria a usuarios que comprenda al adulto mayor, mujeres gestantes o con niño en brazos.	Elaborando y socializando al cliente interno y externo la política de priorización de SSOAR IPS	Dirección junto comité del PAMEC	Instalaciones INESO/SSOAR Salud Ocupacional	Para propiciar un ambiente de igualdad de condiciones en la búsqueda de satisfacer las expectativas de los usuarios	marzo	Marzo 30/22
4	Documentar el Procedimiento ayudas diagnosticas Protocolo de acción en caso de identificar un evento adverso en las ayudas diagnosticas.	Documentando el procedimiento donde se describa los roles y responsabilidades de los involucrados en el manejo de ayudas diagnosticas	Coordinador del sistema de gestión integral	Instalaciones INESO/SSOAR Salud Ocupacional	Para impedir que se presenten o se repitan incidentes en el manejo de ayudas diagnosticas	Abril	Abril 30/22
5	Verificación Mensual de ayudas diagnosticas a una muestra de 10% de los conceptos emitidos como "con restricciones para el cargo".	Diseñando y aplicando un indicador que defina la proporción de ayudas diagnosticas verificadas	Coordinador del sistema de gestión integral	Instalaciones INESO/SSOAR Salud Ocupacional	para identificar el grado de mejoramiento que está teniendo la organización en cuanto al manejo de ayudas diagnosticas	Mayo	Mayo 30/22

6	Documentar el Procedimiento de capacidad instalada (cuantos usuarios se puede atender por profesional)	Documentando el procedimiento de la capacidad instalada con la que cuenta la IPS en sus procesos Misionales	Coordinador del sistema de	Instalaciones INESO/SSO AR Salud Ocupacional	Para cuidar la salud de los profesionales y al mismo tiempo asegurar la	junio	Junio 30/22
		Desarrollando un documento en el que se describa de manera clara, objetiva y concisa	gestión integral		calidad prestada en los exámenes de salud ocupacional	Junio	Junio 30/22
7	Definir un consentimiento informado para los procesos asistenciales.	el objetivo de cada examen ocupacional y las políticas empresariales que el paciente acepta con su firma				Julio	Julio 30/22
8	Definir un mecanismo de verificación de la aplicación de consentimiento informado y su entendimiento por parte de los usuarios.	Definiendo un indicador que permita la medición de la proporción de usuarios/pacientes que después de la socialización del consentimiento informado, entendieron a profundidad su alcance	Coordinador del sistema de gestión integral	Instalaciones INESO/SSO Instalaciones INESO/SSO AR Salud Ocupacional	Para actuar conforme lo Para estimar la efectividad que hay en la socialización del consentimiento informado	Agosto	Agosto 30/22
9	Documentar el procedimiento de formación (capacitaciones), colocar la semana de seguridad del paciente.	Desarrollando un procedimiento en el que se indique roles y responsabilidades de quienes realizan y quienes reciben las capacitaciones, además incluyendo en este la seguridad del paciente	Coordinador del sistema de gestión integral	Instalaciones INESO/SSO AR Salud Ocupacional	Para establecer capacitaciones dirigidas a los trabajadores en orden y que tengan en cuenta todos los aspectos	septiembre	Septiembre 30/22
10	Diseñar un aviso que concientice a los pacientes de indicar con la verdad su estado de salud al momento de la consulta médica ocupacional.	Desarrollando una ayuda audiovisual que motive y consientice al paciente a decir la verdad a la hora de informar su estado de salud	Coordinador del sistema de gestión integral	Instalaciones INESO/SSO AR Salud Ocupacional	Para sensibilizar al paciente de la importancia de informar con la verdad el estado de su salud	octubre	Octubre 30/22
11	Diseñar un aviso que resalte la importancia que tiene la firma del paciente en el consentimiento informado.	Desarrollando una ayuda audiovisual que motive y consientice al paciente de la importancia de entender y firmar el	Coordinador del sistema de gestión integral	Instalaciones INESO/SSO AR Salud Ocupacional	Para sensibilizar al paciente de la importancia de la firma del consentimiento informado	noviembre	Noviembre 30/22

		consentimiento informado					
12	Diseñar un aviso que comunique la definición de un evento adverso.	Desarrollando una ayuda audiovisual que informe y consiente al paciente sobre el significado de un evento adverso	Coordinador del sistema de gestión integral	Instalaciones INESO/SSO AR Salud Ocupacional	Para sensibilizar al paciente de la importancia de la firma del consentimiento informado	diciembre	Diciembre 30/22
13	Diseñar un aviso informativo para que los pacientes menores de edad, adulto mayor o persona con discapacidad acuda con un acompañante a la consulta médico-ocupacional.	Desarrollando una ayuda audiovisual que informe y concientice al paciente menor de edad, adulto mayor o persona con discapacidad de asistir con un acompañante a los exámenes ocupacionales	Coordinador del sistema de gestión integral	Instalaciones INESO/SSO AR Salud Ocupacional	Para sensibilizar al paciente de la importancia de la firma del consentimiento informado	diciembre	Diciembre 30/22

Esta herramienta de planeación además de facilitar la ejecución de cada acción, favorece la realización de auditorías ya sea internas y/o externas. Para el desarrollo de cada procedimiento, ayuda, política y programa se hizo individualmente, obteniéndose los datos necesarios por medio de los mecanismos pertinentes; entrevistas semiestructuradas, interacción con los encargados de cada proceso, apoyo de la coordinadora del sistema de gestión y otros, para luego definir por cada acción un instrumento que permitiera la evaluación del mejoramiento en un periodo de tiempo definido, de acuerdo a los reglamentos de la organización en cuanto a estructura de los documentos.

4.3.2 Umbral de calidad requerida para las acciones. Así mismo, se propuso un mecanismo que permitiera hacer medición del mejoramiento de la calidad para cada acción propuesta, buscando que los responsables de la implementación reconocieran el nivel de

cumplimiento y avance en base al umbral de desempeño establecido, los cuales se muestran a continuación. Para el umbral de mejoramiento de las acciones 1, 2, 3, 10, 11, 12 y 13 el umbral de aceptación será el definido mediante evaluaciones después de las capacitaciones, por lo que es responsabilidad del capacitador definir dicho desempeño.

4.3.2.1 Acción 1. Realizar un simulacro que emule la ocurrencia de un incidente por falla cardiaca de un paciente. Como medida de contingencia y preventiva se desarrolló un procedimiento de actuación en caso de evento adverso por paciente con falla cardiaca, como se muestra en la tabla 14.

Tabla 14.

Formato del simulacro en caso de evento adverso por paciente con falla cardiaca.

Fecha de Planeación y Programación del Simulacro: 27/04/2022
Objetivo
Evaluar la Respuesta del personal en el manejo de situaciones de emergencia médica Dar a conocer los pasos que se deben seguir en caso de una amenaza de paciente con falla cardiaca. Verificar Tiempos de atención y respuesta, manejo de comunicaciones y entre otros. Generar Recomendaciones para mejorar en la respuesta ante emergencias reales.
Alcance:
Personal administrativo, asistencial y usuarios de INESO Ltda. – SSOAR Salud Ocupacional IPS.
Escenario
El simulacro se llevará a cabo el día xx de xx de xxxx a las xx:xx en las instalaciones de SSOAR Salud Ocupacional IPS. Se dará inicio a la emergencia cuando la asistente administrativa informe la alerta de paciente con posible falla cardiaca a la Subgerencia. En esta fase se pondrá a prueba la respuesta de los trabajadores, y su capacidad de identificación de riesgos y planeación del procedimiento de emergencia tal y como lo estipula la normatividad legal vigente. La Subgerencia solicitará apoyo al médico ocupacional y se dirigirá al sitio de la emergencia:
Antes:
-Revisión del botiquín y camilla de emergencia -Repaso teórico (simulación de 5 minutos) de roles y procedimientos a seguir.

<p>-Socializar el procedimiento de cadena de llamadas ante emergencia médica.</p> <p>Durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Preguntar a la persona quien da el aviso: Tipo de accidente, estado de la víctima y lugar del accidente. -Dar aviso al comandante incidente, brigada de emergencia y médico (cuando aplique) -Desplazarse al lugar de la emergencia (llevar botiquín, camilla y delimitar el área) <p>Al verificar la amenaza:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluar los peligros presentes en el área -En caso de presentarse múltiples víctimas aplicar el traje. -Prestar los primeros auxilios (evaluación primaria y evaluación secundaria) -Evaluar si la víctima necesita traslado hospitalario, en caso de ser positivo llamar a la ambulancia y trasladar -Dar aviso a familiares y/o empresa <p>Después:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Realizar seguimiento a la salud de la víctima cuando el usuario asista a un examen médico ocupacional periódico. -Realizar evaluación de la situación y del procedimiento realizado para la emergencia. -Socializar las lecciones aprendidas.
Acciones a Desarrollar
Comandante incidente / jefe de brigadas
<ul style="list-style-type: none"> -Identifica rápidamente la situación comunicando el estado de emergencia. -Planea y comunica a los brigadistas el procedimiento a realizar para la emergencia. -Informa el estado “Bajo control” de la emergencia
Brigada de Prevención y Control de Incendios
No aplica
Brigada de Evacuación y rescate
No aplica
Brigada de Primeros Auxilios
<ul style="list-style-type: none"> -Brindar atención pre hospitalaria a la persona afectada -Traslado de víctimas si lo amerita.
Lección Aprendida

-Se comunica a todo el personal los resultados del simulacro el mismo día.

Con base a consultas hechas a los profesionales del campo, se documentó el plan de acción, en cuanto a la recolección de la información se hizo uso de documentos de técnicos y de un formato de entrevista semiestructurada, aplicada al médico ocupacional y al coordinador de seguridad y salud en el trabajo, lo cual se desarrolló por medio de una reunión vía GOOGLE-MEET.

4.3.2.2 Acción 2. Diseñar e implementar medidas para reducir el riesgo en la atención de pacientes con riesgos cardiovasculares (Escarapelas que faciliten el monitoreo a pacientes con riesgo cardiovascular, de caídas y de alergias). El diseño de las escarapelas tuvo en cuenta los colores institucionales y se elaboró para que el paciente que lo requiera sin diferenciar del sexo, lo use en caso de presentar el riesgo cardiovascular, de caídas y de alergias, el cual por la parte posterior relaciona las enfermedades asociadas a cada riesgo. La escarapela mostrada en la figura 11 muestra la herramienta de identificación que usaría un paciente en caso de tener antecedentes patológicos o familiares asociados a enfermedades cardio respiratorias que se enuncian al respaldo de la escarapela para facilitar la identificación en caso de evento adverso y como medida informativa para los usuarios (ver figura 11).





Figura 12. Parte posterior de la escarapela para la utilización en pacientes cardiovasculares.

En caso de que el usuario en el proceso de recepción de documentos y recolección de la información personal informe sobre problemas de alergias se le otorga la escarapela de alergias, además en caso de que el paciente padezca los dos riesgos, el de alergias y cardiovascular se le otorga una de estas. En las figuras 13 y 14 se muestra la parte anterior y posterior de la escarapela.



Figura 13. Parte anterior de la escarpela para la utilización en pacientes cardiovasculares y de alergia.



Figura 14. Parte anterior de la escarpela para la utilización en pacientes cardiovasculares y de alergia.

4.3.2.3 Acción 3 Elaborar una política de atención prioritaria a usuarios que¹²²

comprenda al adulto mayor, mujeres gestantes o con niño en brazos. La política de priorización fue presentada en borrador al comité de calidad y al área de gerencia, quienes hicieron los ajustes necesarios y procedieron a aceptarlo, quedando el documento final como lo muestra la figura 15.

POLITICA DE ATENCIÓN PRIORITARIA

INESO LTDA – SSOAR SALUD OCUPACIONAL IPS comprometida por brindar un servicio que favorezca el trato igualitario a todos sus usuarios y la atención basada en el respeto establece la política para la atención prioritaria de personas en situación de discapacidad, adultos mayores de 60 años, mujeres en estado de embarazo y personas con niños en brazo. Lo anterior con el propósito de que su atención se efectúe de forma prioritaria, segura y oportuna.

Para llevar a cabo este compromiso, se han definido las siguientes estrategias:

- Brindar un trato respetuoso, amable y digno, utilizando un lenguaje incluyente y adecuado “persona con discapacidad”, de acuerdo con la condición de la persona con discapacidad, evitando el uso de términos excluyentes.
- Garantizar que toda persona a la que se aplique la presente política, reciba atención prioritaria. Evitando largos tiempos de espera antes de la atención.
- En todos los casos en que los trabajadores identifiquen que se encuentran usuarios con discapacidad, movilidad o funcionalidad reducida deberán preguntarle cómo le pueden ayudar, sin tomar decisiones por éste y sin obligarlo a aceptar su ayuda. De acuerdo con la respuesta del usuario se deberá brindar el apoyo para el servicio requerido.

ANTONIO ESTEBAN MEZA BERMON
Gerente.
Fecha de actualización: 20/11/2020

Figura 15. Propuesta de política de atención prioritaria a los usuarios de la IPS SSOAR.

La realización de esta política fue con el fin de evitar que la demora en el servicio afecte y ponga en peligro la vida y bienestar de la población más vulnerable, como son las mujeres gestantes, con niños en brazos, los adultos mayores y las personas con discapacidad, esta busca que la prestación de los servicios se haga equitativamente y promoviendo una cultura más humana.

4.3.2.3 Acción 3. Diseñar un aviso que concientice a los pacientes de indicar con la¹²³
verdad su estado de salud al momento de la consulta médica ocupacional. Con la puesta en marcha de esta acción y su diseño se buscó que todo usuario que se presentara para la realización de exámenes ocupacionales no tuviera timidez ni miedo para informar verazmente el estado de su salud, como se muestra en la figura 16.

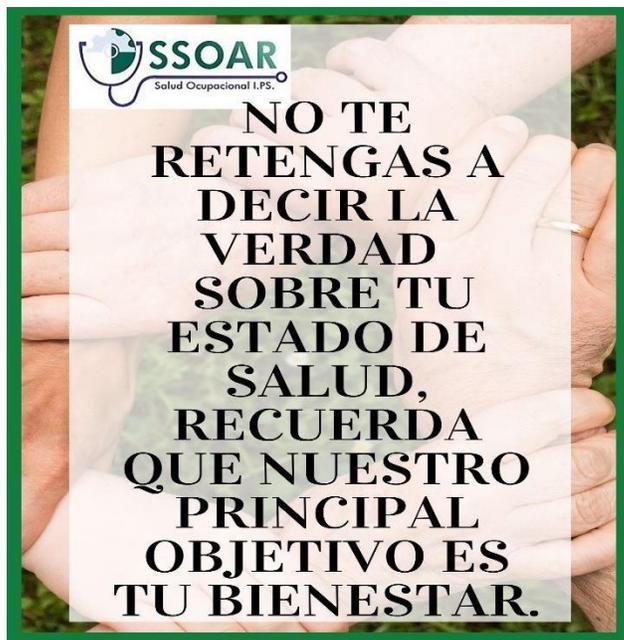


Figura 16. Ayuda visual para motivar al paciente a decir la verdad en la consulta médico-ocupacional.

El estilo y contenido se socializo con el comité donde se realizaron las respectivas mejoras, con lo que quedo propuesta para la posterior implementación.

4.3.2.4 Acción 11. Diseñar un aviso que resalte la importancia que tiene la firma del paciente en el consentimiento informado. Con la puesta en marcha de esta acción y su diseño (ver figura 17) se buscó que todo usuario que se presentara para la realización de exámenes ocupacionales fuera informado con la verdad, explícitamente del propósito de cada examen y los riesgos de los eventos adversos asociados.

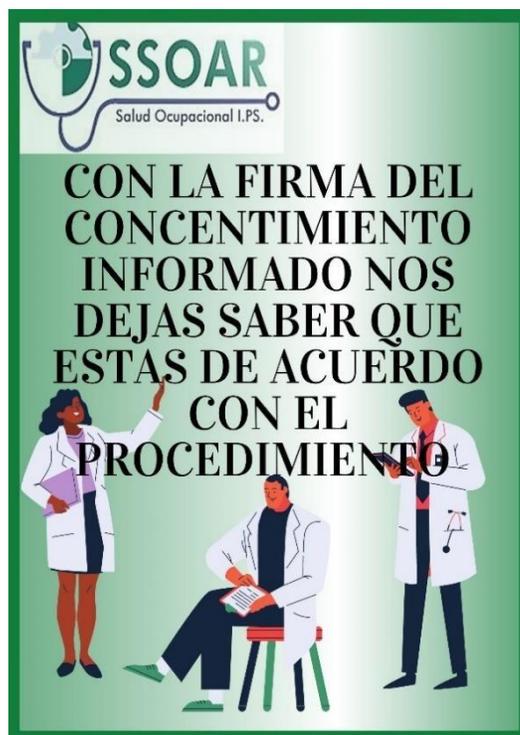


Figura 17. Ayuda visual para motivar al paciente a tomar conocimiento de la importancia de firmar el consentimiento informado.

Esta acción busca que los procesos institucionales marchen al compás de los reglamentos y políticas de la legislación colombiana, del mismo modo permite que el paciente tome conciencia de las acciones que realice y la información que omita que pueda desembocar en un evento adverso, ante el cual la IPS no tiene responsabilidad.

4.3.2.5 Acción 13. Diseñar un aviso que comunique la definición de un evento adverso. La acción propuesta que se muestra en la figura 18 pretende que todo el personal de la IPS reconozca el significado de un evento adverso, dicha propuesta se discutió con el comité y se dio su aprobación.

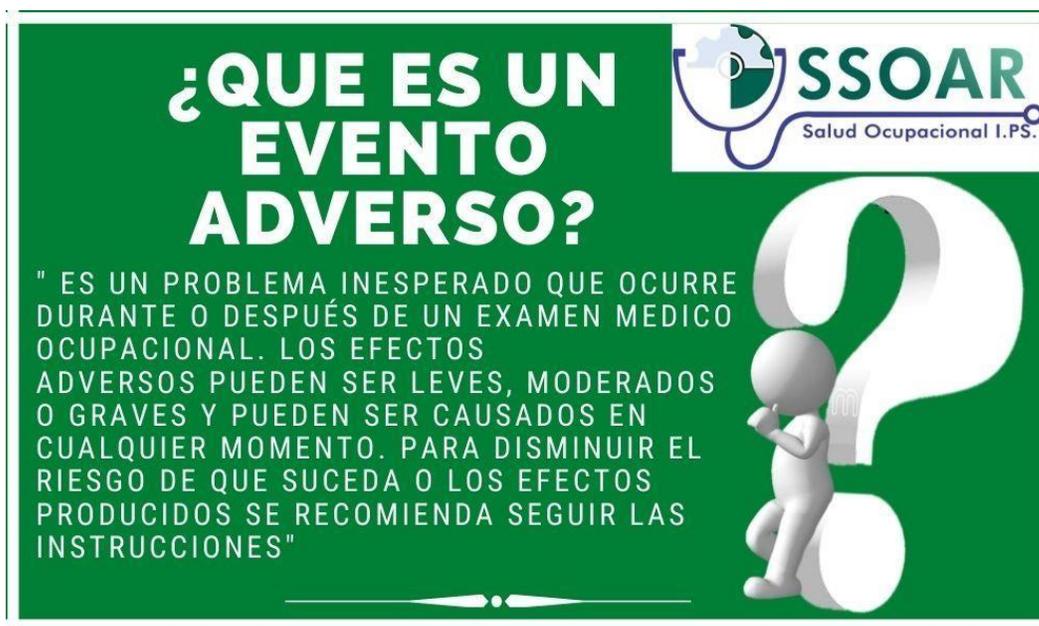


Figura 18. Ayuda visual para informar al personal interno y externo de la IPS SOSAR sobre el significado de un evento adverso.

El reconocimiento del significado es clave para que el paciente y cualquier persona dentro de las instalaciones lo puedan identificar.

4.3.2.5 Acción 13. Diseñar un aviso informativo para que los pacientes menores de edad, adulto mayor o persona con discapacidad acuda con un acompañante a la consulta médico-ocupacional. La acción propuesta que se muestra en la figura 19 pretende que todo el personal de la IPS se sensibilice de acudir en caso de ser obtener un familiar menor de edad, perteneciente a la tercera edad o estar en condición de discapacidad, siempre debe asistir a la consulta acompañado de un acudiente.

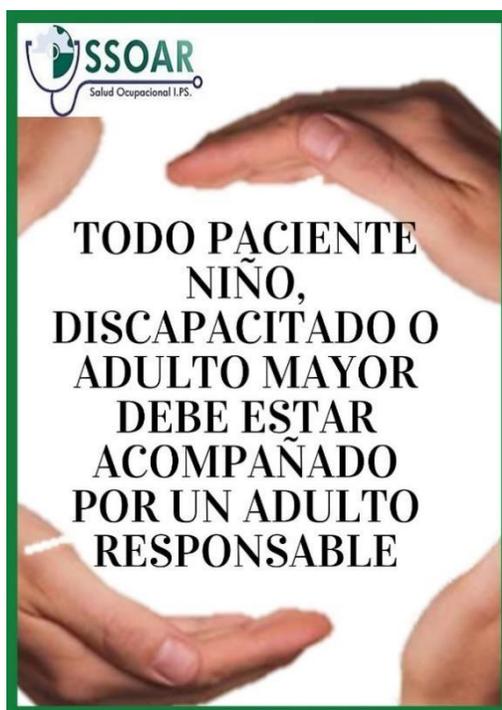


Figura 19. Ayuda visual para informar al usuario la importancia de acudir con un acompañante en caso de ser menores de edad, adulto mayor o en condición de discapacidad.

Es muy probable que un menor de edad no llegue a las instalaciones solo, pero puede suceder que su acompañante disponga de otras actividades para realizar en el mismo momento en el que se atiende al acompañante menor de edad, lo cual coloca en riesgo a la IPS y al personal de atención, lo mismo puede suceder con las personas mayores de edad o los discapacitados, por lo cual es pertinente dicha propuesta.

Para las anteriores acciones debido a que requieren ser comunicadas a todo el personal, la forma más práctica y confiable de que la información sea recibida y entendida es a través de capacitaciones lúdicas, en las que haya interacción mutua y se resuelvan todas las dudas, también donde se muestren casos reales enfatizando en los peligros y costos que representan. Para lo cual resultó útil la Acción 9, en la que se indica el procedimiento que se debe seguir para la realización de las capacitaciones o cualquier otro tipo de comunicación.

4.3.2.5 Acción 4. Documentar el protocolo de acción en caso de identificar un¹²⁷

evento adverso en las ayudas diagnosticas. Para proponer la acción del procedimiento en caso de un evento adverso por cualquiera de las partes en la realización de una ayuda diagnóstica, las cuales son compuestas por todos aquellos resultados en los que se da un diagnóstico, como en el caso de los laboratorios, los exámenes radiológicos, los de audiometría, Visiometría entre otros., que emiten un resultado diagnóstico que después es valorado por la médico ocupacional, como se muestra en la tabla 15.

Tabla 15.

Eventos adversos presentados en la realización de ayudas diagnosticas.

Auxiliar administrative		
Evento Adverso	Acción preventiva	Acción correctiva
Recibir información errada por parte de la empresa en la orden de servicio, presentando equivocaciones en el tipo de ayuda diagnostica que requiere o la	En la respuesta de confirmación del servicio realizada vía correo, recalcar en los exámenes que serán	En caso de haberse prestado el servicio, se revisa la orden de servicio realizada por el cliente particular/empresa, a partir de la cual se define responsabilidad en el
Interpretación equivocada de los requerimientos por parte del personal de recepción.	aplicados al paciente, para asegurarse de que sean los mismo que el cliente requirió	Error. Si es por parte de la empresa/cliente se cobra y entregan los resultados. En caso de ser error del Personal de recepción se procede a tomar las medidas aplicables y se presta el servicio que requiere el cliente.
Olvidar comunicar al paciente sobre la preparación que debe hacer para realizar satisfactoriamente las ayudas diagnosticas (las que requieren preparación)	Revisar la agenda y comunicar asertiva y oportunamente al paciente sobre la necesidad de presentarse al examen de la forma en que lo requiera el examen	En caso de que el paciente llegue y no se halla hecho la preparación, se le indica al paciente que debe reprogramarse la cita dándole al mismo el nuevo Agendamiento y las instrucciones de presentación.
Equivocación en la toma e ingreso de los datos del paciente	Se sigue un procedimiento por el cual pasa el cliente para asegurarse de que el paciente realiza todos los pasos, primero se comprueba la identidad mediante la verificación del documento de identidad original, se procede a tomar los datos personales y finalmente se agenda a cada examen	Dependiendo en qué etapa se detectó el error se corrige. Recepción: Hace las correcciones Ingresando la información de manera correcta. Proveedor: Revisa los datos que se informan en la orden de servicio. Coordinador SGI: Toma completamente la responsabilidad y se hace cargo de los costos
Proveedor		
Evento adverso	Acción preventiva	Acción correctiva
El proveedor envía resultados errados, como foto diferente a los datos de identificación suministrados por el Paciente.	El proveedor sigue un procedimiento ya establecido para la toma de los exámenes	El personal de recepción revisa que los resultados concuerden con los datos del paciente, en el caso de identificarse la Falla se contacta al proveedor y se le informa del error para que éste los solucione y corra con el total de los costos.
Envió de resultados de paraclínicos errados a la IPS SSOAR	Verificar los resultados remitidos por el proveedor	

Evento Adverso	Acción preventiva	Acción correctiva
Se envié certificado de aptitud laboral al paciente o empresa que no corresponda	Tener en cuenta los datos correctos del cliente	Ofrecer disculpas y enviar el resultado al Cliente que corresponda, y hacer investigación interna para evitar que se vuelva a ocurrir.

La definición de un procedimiento para actuar en caso de presentarse alguno de los eventos adversos descritos anteriormente facilitaría la solución del problema y la toma de medidas necesarias, ya que es uno de los procesos más delicados, debido a que la ocurrencia de estas fallas impacta en la imagen y credibilidad de la organización por la no satisfacción de usuario.

4.3.2.6 Acción 5. Verificación mensual de ayudas diagnosticas a una muestra de 10% de los conceptos emitidos como "con restricciones para el cargo". En la tabla 16 se muestra el formato propuesto del indicador que permite medir el nivel de mejoramiento que se tenga en la fase de implementación para la realización de ayudas diagnosticas.

Tabla 16.

Formato del indicador propuesto para verificar las imágenes diagnosticas.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR			
I. ASPECTOS GENERALES			
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS VERIFICADAS		
CÓDIGO			
TIPO INDICADOR	El logro del propósito (resultado o efectividad).		
OBJETIVO			
Verificar el cumplimiento de revisiones de imágenes diagnosticas			
PROCEDIMIENTO			
Se realiza el conteo de imágenes diagnosticas verificadas y se divide en el 10% de las imágenes diagnosticas realizadas en el mes.			
II. DEFINICIÓN OPERACIONAL			
Numerador	Denominador	Unidad de Medición	Factor
Número de imágenes diagnosticas verificadas	Número de imágenes diagnosticas planeadas por verificar correspondiente al 10% de las imágenes diagnosticas realizadas en el mes.	Relación Porcentual	10 0
FORMULA DE CALCULO			
(Numerador/denominador) * factor			

III. VARIABLES			
Genera la Información		Fuente Primaria	
Numerador	Denominador	Numerado R	Denominador
Comité de Calidad		Historia clínica	
Generación	Revisión	Remisión	Vigilancia y Control
mensual	Mensual	N. A	N. A
NIVEL DE DESAGREGACIÓN			
Capacitación			
vi. ANÁLISIS			
RESPONSABLE DEL ANÁLISIS	Comité de Calidad		
UMBRAL DEL DESEMPEÑO			
Desempeño Superior	90,0%		
Desempeño Deseable (Meta)	80,0%		
Desempeño Mínimo	75,0%		
AJUSTE POR RIESGO			
Son los factores a tomar en cuenta en el análisis del indicador, los cuales de no ser tomados en consideración pueden distorsionar las conclusiones de este.			
No requiere ajustes de riesgo		X	
Ajuste por edad			
Ajuste por sexo			
Severidad			
Comorbilidad			
Probabilidad de muerte			
¿Otro, cuál?			
REFERENTES	NACIONALES		
	INTERNACIONALES		
BIBLIOGRAFIA	No Aplica		

El resultado para definir el nivel de calidad, se obtiene efectuando la división, con el que el ejecutor puede conocer el estado de mejora o empeoramiento de las acciones, además por el impacto que tiene en la credibilidad institucional y la garantía de la atención al usuario se definió para su realización en periodos mensuales, dicha información provendrá de las historias clínicas de pacientes diagnosticados con concepto restricciones para el cargo.

4.3.2.7 Acción 6. Documentar el procedimiento de capacidad instalada (cuantos usuarios se puede atender por profesional). El procedimiento describe las responsabilidades que tienen los profesionales de los exámenes ocupacionales de audiometría, Visiometría/optometría, espirometría, laboratorio clínico y psicología para con los pacientes, además de los horarios de trabajo y los periodos de descanso, del mismo modo en base al promedio de pacientes atendidos diariamente por cada uno, se calculó la capacidad instalada con la que cuenta la IPS, teniendo en cuenta políticas ya establecidas en las que se provee de un especialista en el examen ocupacional que supere los 20 pacientes. En la tabla 17 se muestran los principales resultados del procedimiento.

Tabla 17.

Procedimiento propuesto para determinar la capacidad instalada para la atención en los exámenes ocupacionales.

<p>Objetivo: El presente procedimiento tiene por objeto describir la metodología empleada por INESO Ltda. – SSOAR Salud Ocupacional IPS, para monitorear y hacer seguimiento a la capacidad instalada optima que evite el cansancio de los profesionales.</p>
<p>Alcance: El alcance del presente procedimiento aplica a los procesos misionales que tiene que ver con los servicios prestados por INESO Ltda. -SSOAR SALUD OCUPACIONAL.</p>
<p>CAPACIDAD INSTALADA EN LA PRESTACIÓN SERVICIOS de INESO LTDA. SSOAR Salud Ocupacional: La capacidad instalada está directamente relacionada con la dotación de recursos físicos, humanos, tecnológicos y de equipos necesarios para ofrecer servicios y puede ser estimada a través de la cuantificación de los mismos. El análisis de capacidad instalada en la IPS considera como principales herramientas para la prestación de los servicios formativos la dotación en: consultorios y profesionales, así como el número de pacientes que demandan el servicio. El número de usuarios que llegan al hospital es el único parámetro que se considera variable, los demás recursos son considerados como constantes en el tiempo al interior de cada servicio.</p> <p>Para ser consecuentes con la necesidad de los pacientes y la misión de la institución prestadora de servicios de salud, es importante que los profesionales responsables de cada examen estén habilitados en conocimiento, actitud y aptitud, para garantizar que el usuario reciba una atención de calidad, por lo cual se deben definir los horarios de trabajo, los horarios de descanso y la capacidad de atención de cada profesional.</p>

Según la teoría de colas, siempre abra una cola cuando exista más de un usuario que requiera un recurso limitado o un mismo servicio, este básicamente está constituido por la tasa de llegada de usuarios al sistema por unidad de tiempo (pacientes/hora), la tasa de servicio, que son los pacientes a los que se les completa la atención por unidad de tiempo (Pacientes/hora) que está directamente relacionada con el número de profesionales prestando el servicio y el servidor que son los profesionales de cada examen al interior de la IPS.

Capacidad Instalada: Es una ratio de producción que determina el máximo rendimiento posible esperable por parte de una empresa teniendo en cuenta.

Audiometría: En promedio, la atención de un paciente que requiere el análisis de audiometría es de 8 Minutos, sin embargo, este tiempo puede variar debido a factores como fallas en el sistema y la plataforma, lo cual indica que la tasa de atención de audiometría es de 8 pacientes/hora mientras la tasa de llegada es de 4 pacientes/hora.

Optometría: La profesional en promedio ocupa 10 minutos en cada consulta, tiempo que varía de acuerdo a la recepción que tenga el paciente en el proceso de anamnesis, es decir que la capacidad instalada de atención es de 7 pacientes/hora y en promedio la tasa de llegada de pacientes que requieran el servicio de optometría es de 4 pacientes/hora

Espirometría: La profesional en promedio ocupa 10 minutos en cada consulta, tiempo que varía de acuerdo a la recepción que tenga el paciente en el proceso de anamnesis, es decir que la capacidad instalada de atención es de 7 pacientes/hora y en promedio la tasa de llegada de pacientes que requieran el servicio De optometría es de 4 pacientes/hora

Medicina Ocupacional: La (el) profesional en promedio ocupa 10 minutos en cada consulta, tiempo que varía de acuerdo a la recepción que tenga el paciente en el proceso de anamnesis, es decir que la capacidad instalada de atención es de 6 pacientes/hora y en promedio la tasa de llegada de pacientes que requieran el servicio de examen médico es de 5 usuarios/hora

Psicología: La (el) profesional en promedio ocupa 10 minutos en cada consulta, tiempo que varía de acuerdo a la recepción que tenga el paciente en el proceso de anamnesis, es decir que la capacidad instalada de atención es de 6 pacientes/hora y en promedio la tasa de llegada de pacientes que requieran el servicio De examen médico es de 5 usuarios/hora

Laboratorio Clínico: La (el) profesional en promedio ocupa 8 minutos en cada consulta, tiempo que varía de acuerdo a la recepción que tenga el paciente en el proceso de anamnesis, es decir que la capacidad instalada de atención es de 6 6 pacientes/hora y en promedio la tasa de llegada de pacientes que requieran el servicio de examen médico es de 4 usuarios/hora

Para obtener la capacidad instalada de la organización en cuanto al número de usuarios atendidos por hora para cada examen, se utilizó la información almacenada en el software utilizado para la asignación de los exámenes, del que se obtuvo el promedio mensual de asistentes a cada consulta que requerían del servicio, después, para la obtención de la capacidad de atención, se midió el tiempo utilizado por el profesional desde que el paciente ingresaba al consultorio hasta su salida, mediante el uso de un cronometro, actividad que se

realizó con cada servicio por una semana (lunes a viernes), también se consultó la opinión de los profesionales, ya que por ser un procedimiento establecido consecuentemente es repetitivo, por lo que con cada paciente se realizan los mismos pasos, lo que indicó que los factores que variaban el tiempo de atención eran la comprensión del paciente en la fase de anamnesis y la experiencia del profesional en el área, lo que generaba el margen de variación.

El formato de la entrevista aplicada a cada profesional se muestra en la figura 20.

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL ASISTENCIAL DE SSOAR SALUD COUPACIONAL IPS	
Objetivo: Conocer la capacidad de atención (usuarios/hora) y número de usuarios por jornada de trabajo (8h), el procedimiento que realiza y los horarios de trabajo que emplea.	
FECHA: ____/____/_____	
NOTA ACLARATORIA: la presente encuesta tiene fines académicos y educativos, por tal motivo se pide el favor responder de la forma más sincera y veraz posible.	
1	¿Cuántos paciente en promedio atiende por jornada?
2	¿Cuál es la capacidad de atención en número de pacientes atendidos por hora?
3.	¿En cuántas instituciones prestadoras de servicio de salud laboral?
4.	¿Cuánto tiempo toma para realizar la pausa activa y cada cuanto lo hace?
5.	Para usted cual es el principal factor de cansancio en la prestación del servicio?
6.	Maneja horarios nocturnos?
7.	En su contrato de trabajo se establecen los horarios de trabajo y la relación de los lugares a los que asiste?
8.	De forma específica describa el procedimiento que sigue para la atención del paciente?

Figura 20. Formato de encuesta semiestructurada aplicada al personal de exámenes ocupacionales.

Los resultados de la entrevista semiestructurada aplicada a los profesionales dejan entrever que el nivel de conocimiento sobre el tema correspondiente es pertinente y adecuado, lo que garantiza en gran manera la calidad en el servicio, también se obtuvo que los profesionales están contratados por prestación de servicios en el que no se aclaran los horarios de trabajo, de igual manera ninguno de los colaboradores labora en horarios nocturnos lo que disminuye el riesgo de ocurrencia de eventos adversos por la práctica de exámenes

ocupacionales con agotamiento físico y en cuanto al factor que más produce cansancio es el¹³³ momento en el que se practica la anamnesis al paciente por problemas de entendimiento.

4.3.2.7 Acción 7. Definir un consentimiento informado para los procesos asistenciales. El consentimiento informado por tratarse de un documento con información delicada, no se relaciona en el informe, en forma concisa el procedimiento busco de manera precisa, concisa y practica dar a conocer a quien lo lea el alcance de cada examen ocupacional, los deberes para completarlo en óptimas condiciones y los riesgos asociados a los que podría exponerse, finalmente se da la opción para que paciente que esté de acuerdo con lo escrito, coloque su firma y cedula.

4.3.2.8 Acción 8. Definir un mecanismo de verificación de la aplicación de consentimiento informado y su entendimiento por parte de los usuarios. En la tabla 18 se muestra el formato propuesto del indicador que permite medir el nivel de mejoramiento que se tenga en la fase de implementación para la aplicación del consentimiento informado a los usuarios.

Tabla 18.

Formato del indicador propuesto para verificar la aplicación del consentimiento informado.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR			
I. ASPECTOS GENERALES			
NOMBRE DEL INDICADOR:		PROPORCIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO	
CÓDIGO			
TIPO INDICADOR		El logro del propósito (resultado o efectividad).	
OBJETIVO			
Verificar el cumplimiento de la aplicación del consentimiento informado			
PROCEDIMIENTO			
Se realiza el conteo de historias clínicas verificadas y se divide en el 10% de las historias clínicas realizadas al mes.			
II. DEFINICIÓN OPERACIONAL			
Numerador	Denominador	Unidad de Medición	Factor
Número de historias clínicas con consentimiento informado verificadas	Número de historias clínicas planeadas por verificar correspondiente al 10% de las historias clínicas realizadas en el mes.	Relación Porcentual	100
FORMULA DE CALCULO			
(Numerador/denominador) * factor			
III. VARIABLES			
Genera la Información		Fuente Primaria	
Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Comité de Calidad		Historia clínica	
Generación	Revisión	Remisión	Vigilancia y Control
mensual	Mensual	N. A	N. A
NIVEL DE DESAGREGACIÓN			
Capacitación			
IV. ANÁLISIS			
RESPONSABLE DEL ANÁLISIS	Comité de Calidad		
UMBRAL DEL DESEMPEÑO			
Desempeño Superior	90,0%		
Desempeño Deseable (Meta)	80,0%		
Desempeño Mínimo	75,0%		
AJUSTE POR RIESGO			
Son los factores a tomar en cuenta en el análisis del indicador, los cuales de no ser tomados en consideración pueden distorsionar las conclusiones de este.			
No requiere ajustes de riesgo		X	
Ajuste por edad			
Ajuste por sexo			

Severidad	
Comorbilidad	
Probabilidad de muerte	
¿Otro, cuál?	
	Sin Referentes
REFERENTES	INTERNACIONALES
BIBLIOGRAFIA	No Aplica

Para definir el nivel de calidad mediante el formato propuesto, se efectúa la división en periodos mensuales, obteniéndose la información, con la que el ejecutor puede conocer el estado de mejora o empeoramiento de las acciones, además por el impacto que tiene en la credibilidad institucional y la garantía de la atención al usuario, se definió su aplicación en periodos mensuales, dicha información provendrá de las historias clínicas de pacientes diagnosticados con el concepto “restricciones para el cargo”.

4.3.2.8 Acción 9. Documentar el procedimiento de formación (capacitaciones), colocar la semana de seguridad del paciente. En la tabla 19 se indica la propuesta del procedimiento que se debe seguir para la realización de las capacitaciones o cualquier otro tipo de comunicación.

Tabla 19.

Procedimiento propuesto para la realización de capacitaciones.

<p>Objetivo: El presente procedimiento tiene por objeto describir la metodología empleada por INESO Ltda. – SSOAR SALUD OCUPACIONAL IPS, para capacitar el personal en todos los aspectos relacionados con el mejoramiento de la calidad PAMEC, alineado con la política de Seguridad del paciente.</p>
<p>Alcance: Aplica a todos los procesos asistenciales que se realiza en la empresa SSOAR Salud Ocupacional IPS, iniciando con la inducción al personal que ingresa por primera vez y finaliza con la ejecución del cronograma de actividades de formación y capacitación PAMEC.</p>
<p>Tipos de capacitaciones: Capacitación Inductiva: Para facilitar la integración de un nuevo colaborador - Con Fines Preventivos: Para prever cambios que lleven al deterioro de su labor y pongan en riesgo la seguridad del paciente. - Con fines correctivos: Para solucionar y corregir situaciones de riesgo presentes basadas en estudios comprobados.</p>
<p>Modalidades de capacitación:</p>

-Formación, Actualización, Especialización, Perfeccionamiento, complementación.**Programas a desarrollar:**

- ❖ Inducción al personal asistencial.
- ❖ Socialización política de seguridad del paciente a usuarios internos y externos.
- ❖ Promoción de la cultura de seguridad. (Encuesta clima de seguridad Consultar : <http://ocsav.info/023.html>).
- ❖ Eventos adversos, sensibilización al reporte del evento.
- ❖ Bioseguridad
- ❖ Socialización procedimiento de aseo y limpieza.
- ❖ Campañas de promoción de lavado de manos.
- ❖ Socialización de alarmas en farmacovigilancia y tecnovigilancia.
- ❖ Charla de prevención de riesgo de caídas de pacientes.
- ❖ Campañas para garantizar la correcta identificación del paciente en procedimientos asistenciales.
- ❖ Campañas de prevención de consumo de alcohol, cigarrillo y/o sustancias psicoactivas.
- ❖ **Capacitación y celebración de la semana de la seguridad del paciente**

Para que la acción pueda ser objeto de seguimiento se elaboraron los indicadores que miden la proporción de capacitaciones cumplidas con base en las planeadas anualmente y el porcentaje de personas capacitadas del total al que sean dirigidas, como se observa en las tablas 20 y 21, respectivamente.

Tabla 20.

Formato del indicador propuesto para medir la proporción de capacitaciones desarrolladas del total propuesta en un año.

FICHA TÉCNICA DEL INDICADOR	
I. ASPECTOS GENERALES	
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCION DE CAPACITACIONES EFECTUADAS
CÓDIGO	
TIPO INDICADOR	El logro del propósito (resultado o efectividad).
OBJETIVO	
Verificar el cumplimiento de revisión de las capacitaciones programadas	
PROCEDIMIENTO	

Se realiza el conteo del número de capacitaciones efectuadas y se divide en el total de capacitaciones programadas al año.

II. DEFINICIÓN OPERACIONAL			
Numerador	Denominador	Unidad de Medición	Factor
Número de capacitaciones ejecutadas	Número de capacitaciones programadas al año	Relación Porcentual	100
FORMULA DE CALCULO			
(Numerador/denominador) * factor			
III. VARIABLES			
Genera la Información		Fuente Primaria	
Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Comité de Calidad		Proceso de apoyo	
Generación	Revisión	Remisión	Vigilancia y Control
Anual	Anual	N. A	N. A
NIVEL DE DESAGREGACIÓN			
N. A			
IV. ANÁLISIS			
RESPONSABLE DEL ANÁLISIS	Comité de Calidad		
UMBRAL DEL DESEMPEÑO			
Desempeño Superior	90,0%		
Desempeño Deseable (Meta)	70,0%		
Desempeño Mínimo	50,0%		
AJUSTE POR RIESGO			
Son los factores a tomar en cuenta en el análisis del indicador, los cuales de no ser tomados en consideración pueden distorsionar las conclusiones de este.			
No requiere ajustes de riesgo		X	
Ajuste por edad		Sin Referentes	
Ajuste por sexo			
Severidad			
Comorbilidad			
Probabilidad de muerte			
¿Otro, cuál?			
REFERENTES	NACIONALES		
	INTERNACIONALES		
BIBLIOGRAFIA	No Aplica		

Tabla 21.

Formato del indicador propuesto para la medición de la proporción de personas capacitadas.



I. ASPECTOS GENERALES			
NOMBRE DEL INDICADOR:	PROPORCIÓN DE PERSONAS CAPACITADAS		
CÓDIGO			
TIPO INDICADOR	El logro del propósito (resultado o efectividad).		
OBJETIVO			
Verificar el cumplimiento de revisión de personas capacitadas			
PROCEDIMIENTO			
Se realiza el conteo del número de personas capacitadas y se divide en el total del recurso humano de la IPS SSOAR Salud Ocupacional			
II. DEFINICIÓN OPERACIONAL			
Numerador	Denominador	Unidad de Medición	Factor
Número de personas capacitadas	Número de total de colaboradores de la IPS SSOAR Salud Ocupacional	Relación Porcentual	100
FORMULA DE CALCULO			
(Numerador/denominador) * factor			
III. VARIABLES			
Genera la Información		Fuente Primaria	
Numerador	Denominador	Numerador	Denominador
Comité de Calidad		Proceso de apoyo	
Generación	Revisión	Remisión	Vigilancia y Control
Anual	Anual	N. A	N. A
NIVEL DE DESAGREGACIÓN			
N. A			
IV. ANÁLISIS			
RESPONSABLE DEL ANÁLISIS	Comité de calidad		
UMBRAL DEL DESEMPEÑO			
Desempeño Superior	>90,0%		
Desempeño Deseable (Meta)	>80,0 y <89,0%		
Desempeño Mínimo	<=79,0%		
AJUSTE POR RIESGO			
Son los factores a tomar en cuenta en el análisis del indicador, los cuales de no ser tomados en consideración pueden distorsionar las conclusiones de este.			
No requiere ajustes de riesgo		X	
Ajuste por edad			
Ajuste por sexo			
Severidad			
Comorbilidad			
Probabilidad de muerte			
¿Otro, cuál?			
REFERENTES	NACIONALES	Sin Referentes	
	INTERNACIONALES		
BIBLIOGRAFIA	No Aplica		

Los indicadores propuestos buscan que con la aplicación de cada uno de ellos el comité este en la condición de tomar las medidas adecuadas para mejorar los indicadores.

Los resultados de las encuestas al igual que el Brain-storming con el que se elaboró el diagrama de causa-efecto, permitieron distinguir muchas falencias que afectaban la IPS en cuanto a las practicas desarrolladas, si bien la encuesta a los usuarios demostró el buen nivel de satisfacción para con los servicios recibidos del 83,3%, la encuesta al cliente interno reclamo políticas, estrategias y procedimientos que permitieran mejorar el ambiente laboral, así como los mecanismos de reconocimiento y de motivación el 80% del total de los encuestados.

La metodología aplicada en la planeación del ciclo de mejoramiento para la IPS SSAR Salud Ocupacional estuvo basada en la política de seguridad del paciente, que evalúa estándares establecidos en las Guías de Buenas Prácticas de salud del ministerio de la protección social, el cual busca la provisión de servicios de forma accesible y equitativa, con la utilización de profesionales óptimos para estructurar procesos que aseguren resultados eficaces, efectivos y pertinentes lográndose la intervención del 24,4% del total de los estándares aplicables.

Las falencias encontradas en los procesos misionales de la IPS tuvieron relación directa con las prácticas de los profesionales y el personal de atención, detectándose fallas en la ausencia de procedimientos con el manejo de historias clínicas y en realización de capacitaciones, falta de ayudas audiovisuales de concientización a los pacientes, suspicacia en procedimientos y en acciones de respuesta rápida ante pacientes con problemas cardiovasculares y falta de indicadores que evalúen el mejoramiento.

La contribución del área de gerencia con el apoyo en tiempo, espacio y recursos facilitó el desarrollo de 8 propuestas que impactaran en los procesos objeto de mejora y permitiera promover en los usuarios como en los trabajadores un ambiente con enfoque en la seguridad del paciente y la concientización en el personal de la búsqueda constante del mejoramiento mediante el ciclo PHVA.

Se establecieron indicadores para las acciones propuestas con los cuales se buscó definir el umbral de calidad al que se deben elevar las prácticas desarrolladas para disminuir las falencias y el riesgo de materialización de eventos adversos.

Las acciones desarrolladas en el proyecto permiten disminuir la brecha de calidad existente, a través de procedimientos que mitiguen la ocurrencia de eventos adversos en el manejo de ayudas diagnosticas, procedimientos de actuación para eventos adversos con pacientes, del mismo modo, crear condiciones de bienestar tanto para los usuarios como para los profesionales, mediante la generación de material audiovisual que posibilite a los usuarios y al personal interno comprender temas de interés para mantener la satisfacción respecto al servicio.

Los estándares seleccionados e intervenidos tuvieron como resultado la creación de 11 acciones que promueven la seguridad del paciente y el mejoramiento de la calidad en los servicios ofrecidos, dichas acciones son objeto de seguimiento a través de los formatos de evaluación de cada estándar, donde se puede evaluar el grado de mejoramiento con respecto al tiempo de aplicación, y ser sustentada y en su defecto corregida en las reuniones del comité del PAMEC.

La búsqueda constante del mejoramiento en los procesos desarrollados por la IPS debe ser una prioridad para la dirección, por lo que se recomienda para el próximo ciclo de mejoramiento y de elaboración del PAMEC, se realice tomando como base los estándares establecidos en el sistema único de acreditación del SOGC.

Se sugiere continuar con las reuniones del comité de calidad como espacio propicio para detectar fallas, retroalimentar acciones y reorientar estas, cuando se observen desviaciones, generando un espacio comunicativo, con buen clima organización y de fácil adaptación para el personal.

Es importante que en la fase evaluativa para la identificación de los problemas que afectan a los pacientes en el nuevo ciclo del programa, se estipule un mecanismo de participación del personal que está en contacto directo y que conozca de cerca y de forma completa las causas, riesgos y falencias de las prácticas que se realicen, con el fin de que se intervengan directamente los problemas, del mismo modo promover la participación del paciente y su familia como elemento activo para la prevención de incidentes.

Para la implementación de esta propuesta metodológica se requiere de la participación activa, efectiva y comprometida con la alta dirección y demás actores que intervienen en el proceso, para lo cual se requiere dotarse de herramientas técnicas que permitan organizar los esfuerzos necesarios para ejecutar las acciones y realizar una adecuada retroalimentación.

A pesar de ser intervenidos todos los estándares, muchas de las falencias encontradas y las oportunidades de mejora no pasaron a la fase planificación, por lo que se recomienda que sean tenidas en cuenta en próximos ciclos de aplicación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.

Toda acción que se puede medir tiene posibilidad de mejorarse, por lo que es recomendable que las acciones aplicadas por la organización sean constantemente monitorizadas por medio de indicadores, para estimar los efectos favorables tales como disminución franca de la ocurrencia del evento adverso y se mida el efecto en el mejoramiento continuo de la calidad.

Índice de referencias

- Bernal Gonzáles, I., Pedraza Melo, N. A., & Sanchez Limon, M. L. (2014). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios gerenciales*. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.estger.2014.08.003>
- European Foundation Quality Management (2012). EFQM Model. *Club Excelencia en Gestión*.
- Ferrándiz Santos, J., Pardo Hernández, A., Navarro Royo, C., Moreno Maté, E., & Prados Roa, F. (3 de agosto de 2018). Modelo EFQM en los hospitales del servicio Madrileño de salud: ciclo completo de autoevaluación. *Journal of Healthcare Quality Research*, 5, 298-304. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.05.004>
- García, E., Mira Solves, J., Gilabert Mora, M., & SECA, G. d. (18 de julio de 2014). Indicadores de eficiencia para contribuir a la sostenibilidad de los servicios de salud en España. *Revista de Calidad Asistencial*, 287-290. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2014.07.001>
- Hernández Samperi, R. (2006). Definición del tipo de investigación a realizar; básicamente exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En *Definición de alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa" en metodología de la investigación*. (págs. pp. 57-68). México: McGraw-Hill.

ISO 9001. (2000). Sistemas de gestión de Calidad-conceptos y vocabularios. 32. Obtenido de <http://www.itvalledelguadiana.edu.mx/ftp/Normas%20ISO/ISO%209000-2000%20Sistemas%20de%20Gesti%C3%B3n%20de%20la%20Calidad.pdf>

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (1999). To err is human, building a safer health system. *National Academy Press- Institute of Medicine*, 6.

Llanos zavalaga, F. (2000). Auditoría médica en el primer nivel de atención. *Rev Med Hered*, 3, 107-112.

Ministerio de la Protección Social. (2006). *Sistema Obligatorio de la Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá.

Ministerio de la Protección Social. (2008). Paquetes Instruccionales Buenas Prácticas para la Atención en Salud. *Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente*. Bogotá, Colombia.

Ministerio de la Protección Social. (Octubre de 2011). Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. Versión 03. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2008). Seguridad del Paciente y la Atención Segura-
paquetes instruccionales. Bogotá, Colombia.

Norman, I., & Redfern, S. (1996). Clinical audit, related cycles and types of health care quality: a preliminary model. *International Journal for Quality in Health Care*, 8, 331.

Sandoval Barros, R. E. (2015). Aspectos éticos en la auditoría en salud. *Revista Colombia Nefrol*, 147-151. doi:<http://doi.org/10.22265/acnef.2.2.215>

Sandoval Morales, H. (2012). Introducción a la auditoría. Estado de México: Red Tercer Milenio. Obtenido de http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/economico_administrativo/Introduccion_a_la_auditoria.pdf

Segredo Perez, A. M., & Perez Perea, L. (2004). El clima organizacional en el desarrollo de los sistemas organizativos. *Escuela Nacional de Salud Pública*.

SSOAR Salud Ocupacional IPS. (2020, enero). Obtenido de <http://www.ssoarcucuta.com/>

Suñol & Rosa, B. J. (1998). Origen, evolución y características de los programas de la Gestión de la Calidad en los servicios de salud. Murcia: Calidad Asistencial en Atención Primaria.

Unidad Sectorial de Normalización en Salud. (marzo de 2010). Guía Técnica "Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud" Versión 001. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.

Viesca, C. (1995). Análisis de modo y efecto de falla (AMEF). *Manual de referencia*.

Bibliografía

- Beltrán Díaz., E. J., Prada Monroy, D. L., y Sanjuan Rolong, L. (2011). *Evaluación de procesos asistenciales y análisis del PAMEC institucional para Miocardio S.A.S.* (Tesis de especialización. Universidad EAN. Bogotá, Colombia)
- Giraldo Tamayo, N.M., Páez Carrillo, L.Á y Valencia Ospina, C. (2016) *Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC IPS Mas Visión Medellín.* (Tesis de especialización. Universidad Cooperativa de Colombia. Antioquia, Colombia).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). *Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.* Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Descargado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). *Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.* Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Descargado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Auditoría para el mejoramiento de la calidad.* Descargado de Minsalud: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-dela-calidad.aspx>.
- Olaya Marín, S. M., Camacho Sierra, D. M. (2018). *Evaluación y seguimiento del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención de salud de una Institución*

Prestadora de Servicios de Salud en un municipio del departamento de Santander (Tesis especialización. Universidad de Santander-UNDES. Bucaramanga, Colombia).

Presidencia de la República. (3 de abril de 2006). Decreto 1011 de 2006. *Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Ministerio de Protección Social. Descargado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

Presidencia de la República. (6 de mayo de 2016). *Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*. Bogotá: Diario Oficial. Descargado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf.

Pulido Beltrán, M. Y., Rodríguez Piñeros, D. I. (2012). *Evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud (PAMEC) Emmanuel Instituto de Rehabilitación y Habilidadación Infantil*. (Tesis de especialización. Corporación Universitaria Iberoamericana. Bogotá, Colombia).

Vergel Peñaranda, L.F., Calderón Guerrero, M.C. y Carreño Rangel, G. (2018) *Planeación del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) en la fundación avanzar FOS, sede Floridablanca, basados en la autoevaluación del grupo de estándares pacas del manual de acreditación (Resolución 123 de 2012)*. (Tesis de especialización. Universidad de Santander. Bucaramanga, Colombia).

Anexos

**Anexo 1. Formato Acta de reunión del
comité PAMEC.**

TEMARIO			
Saludos:			
Lectura del acta anterior:			
Seguimiento a los compromisos anteriores:			
Actividades realizadas			
Revisión de informes de autoevaluación			
Aclaración de dudas			
COMPROMISOS ADQUIRIDOS			
No	Compromiso	Responsable	Fecha de Ejecución
ASISTENTES			
NOMBRE	CARGO	FIRMA	

Anexo 2. Matriz cuantitativa de priorización de los procesos a intervenir.

**ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL ASISTENCIAL DE SSOAR
SALUD OCUPACIONAL IPS**

NOTA ACLARATORIA: La presente encuesta tiene fines académicos y educativos que buscan analizar la opinión del personal asistencial de la IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL, por tal motivo se pide el favor de responder de la forma más sincera y veraz posible.

TENGA EN CUENTA QUE SOLO SE ALMACENARÁ LAS RESPUESTAS, YA QUE PARA ESTE FIN NO SE REQUIERE LA IDENTIDAD DE LOS ENCUESTADOS.

***Obligatorio**

1 ¿Conoce el enfoque estratégico de la IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL (Misión, visión, objetivos, valores, estrategias)? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

2 ¿Conoce el organigrama de la IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

3 ¿Conoce con claridad las funciones que tiene dentro de la IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

4 ¿Ha recibido algún tipo de capacitación para la prestación del servicio? *

Marca solo un óvalo.

Si

No

5 ¿Qué temas o aspectos considera usted que necesita reforzar a través de una capacitación? *

Selecciona todos los que correspondan.

Propósito de la política de seguridad del paciente

Normativa relacionada con seguridad del paciente

Acciones que contribuyen al mejoramiento de la seguridad del paciente

Ninguna

6 ¿Qué aspectos considera que se deben mejorar para incentivar el rendimiento laboral?

* Selecciona todos los que correspondan.

Buen ambiente de trabajo

Establecer objetivos Formación

Participación Reconocimiento

Equidad Retroalimentación

Motivación

7 ¿Se adapta usted fácilmente a los cambios que se presentan en la IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

8 ¿Qué aspectos positivos puede usted resaltar de la IPS SSOAR SALUD OCUPACIONAL? *

Selecciona todos los que correspondan.

Accesibilidad

Oportunidad

Integralidad

Continuidad

Coordinación

Participación

Solidaridad

Eficacia

9 ¿Ha recibido capacitación asociada al PAMEC? *

Marca solo un óvalo.

Sí

No <input type="radio"/>

Anexo 3. Formato encuesta a usuarios de la IPS SSOAR Salud Ocupacional.

Gracias por realizar la encuesta de satisfacción del usuario. No tardará más de cinco minutos en completarla y nos será de gran ayuda para mejorar nuestros servicios. Los datos que en ella se consignen se tratarán de forma anónima.

FECHA: ____/____/____

Califique su nivel de satisfacción de acuerdo a la siguiente escala:

Muy buena (5) Buena (4) Regular (3) Mala (2) Muy mala (1) No responde (0)

ASPECTOS A CALIFICAR	0	1	2	3	4	5
¿Cómo califica su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido?						
¿Cómo es el trato del personal hacia los usuarios o clientes?						
¿Cómo califica las instalaciones, elementos o equipos empleados en el servicio?						
¿Se utilizan elementos de protección personal adecuados para el trabajador y el cliente? (Guantes, tapabocas, uniforme, entre otros).						
¿El nivel de información y orientación suministrado para realizarse los exámenes ha sido?						
¿El tiempo que se empleó para la realización de sus exámenes fue?						
¿Cómo califica la limpieza de las instalaciones y de los elementos de trabajo empleados en el servicio?						
¿Cómo califica el respeto a su privacidad durante el examen realizado?						
¿Cómo califica la seguridad de la IPS?						

Recomendaría a sus familiares y/o amigos esta IPS de SST?

Definitivamente SI ()

Definitivamente NO ()

Anexo 4. Formato matriz de priorización.

		SEGURIDAD DEL PACIENTE	EVALUACIÓN CUANTITATIVA			
		PRIORIZACIÓN				
Código	Estandar	Oportunidad de mejora	Priorización			
			Riesgo	Volumen	Costo	Total

Anexo 5. Formato herramienta de planeación 5Wh.

		CRONOGRAMA PROGRAMA DE AUDITORIA INTERNA				
		OBJETIVO:				
		Fecha de elaboración:				
¿QUÉ HACER?	¿CÓMO HACERLO?	¿QUIÉN DEBE HACERLO?	¿DÓNDE DEBE HACERLO?	POR QUÉ	FECHA INICIAL	FECHA FINAL