

**PROPUESTA DE PLAN DE MEJORAMIENTO CON ÉNFASIS EN
ACREDITACIÓN EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL DE MUNICIPIO DE
CARTAGO VIGENCIA 2018**

ESTUDIANTES

MAIRA ALEJANDRA COSSIO MOSQUERA

LAURA MICHELLE PEÑALOZA MEJÍA

DAYANNI ESNEDA QUIÑONES GARCÍA

JUAN GABRIEL SANTAMARIA

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREANDINA
ESPECIALIZACIÓN AUDITORÍA EN INSTITUCIONES EN SALUD
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
PEREIRA-RISARALDA**

**PROPUESTA DE PLAN DE MEJORAMIENTO CON ÉNFASIS EN
ACREDITACIÓN EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL DE MUNICIPIO DE
CARTAGO VIGENCIA 2018**

ASESORES

**DORA CRISTINA BUITRAGO TRUJILLO
ALEJANDRO PÉREZ Y SOTO DOMÍNGUEZ**

ESTUDIANTES

**MAIRA ALEJANDRA COSSIO MOSQUERA
LAURA MICHELLE PEÑALOZA MEJÍA
DAYANNI ESNEDA QUIÑONES GARCÍA
JUAN GABRIEL SANTAMARIA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL AREANDINA
ESPECIALIZACIÓN AUDITORÍA EN INSTITUCIONES EN SALUD
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE POSGRADOS
PEREIRA-RISARALDA**

NOTA DE ACEPTACIÓN

FIRMA DEL DIRECTOR

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

PEREIRA, 28 DE AGOSTO DE 2018

DEDICATORIA

Nuestro trabajo queremos dedicarlo a nuestros familiares, los cuales han hecho parte de nuestra formación como especialistas contribuyéndonos de forma oportuna y que con amor y dedicación creyeron en nosotros para llegar a nuestro objetivo final.

AGRADECIMIENTOS

Damos gracias a Dios primeramente por permitirnos culminar esta etapa, a nuestras familias por la comprensión y el apoyo para realizar nuestras actividades académicas, a nuestros docentes y tutores por el compromiso y seguimiento durante la elaboración de la investigación y el interés de que tengamos las herramientas adecuadas para desarrollar nuevos conocimientos, a nuestro estimado director de posgrado el Dr. Diego Carmona por su paciencia y apoyo en momentos de penumbra, a la IPS municipal de Cartago E.S.E. por la confianza depositada dejando las puertas abiertas para poder desarrollar nuestro proyecto de investigación y a todas aquellas personas que hicieron parte de nuestro trabajo y que de forma directa e indirecta y nos guiaron a este lugar, mil gracias por el apoyo, acompañamiento y entrega, Dios les bendiga.

CONTENIDO

1	PROBLEMA	7
1.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.3	ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	11
2	JUSTIFICACIÓN	12
3	OBJETIVOS.....	14
3.1	OBJETIVO GENERAL.....	14
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3.3	MATRIZ DE OBJETIVOS ANEXO 2.....	14
4	MARCO TEÓRICO.....	16
4.1	MARCO DE ANTECEDENTES	16
4.2	MARCO REFERENCIAL	22
4.3	MARCO INSTITUCIONAL.....	30
4.3.1	PLATAFORMA ESTRATÉGICA.....	30
4.3.2	OBJETIVOS	31
4.3.3	FUNCIONES	32
4.3.4	ORGANIGRAMA.....	34
4.3.5	POLÍTICA DE CALIDAD.....	35
4.3.6	MAPA DE PROCESOS	36
4.4	MARCO CONCEPTUAL.....	37
4.5	MARCO JURÍDICO	42
5	METODOLOGÍA.....	47
5.1	TIPO DE ESTUDIO	47
5.2	POBLACIÓN	47
5.3	MUESTRA: IPS Municipal de Cartago	48
5.4	UNIDAD DE ANÁLISIS:.....	48
5.5	CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	48

5.6	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:	48
5.7	VARIABLES:	48
5.8	PLAN DE ANÁLISIS.....	49
5.8.1	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	49
5.8.2	VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS	52
5.9	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	52
5.10	COMPROMISO MEDIO AMBIENTAL	54
5.11	IMPACTO SOCIAL Y/O INNOVACIÓN O RESPONSABILIDAD SOCIAL NUEVA NORMA ISO 26000:2010 RESPONSABILIDAD SOCIAL	54
5.12	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....	56
5.12.1	CRONOGRAMA	56
5.12.2	PRESUPUESTO.....	57
5.13	POBLACIÓN BENEFICIADA.....	59
5.14	DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS	59
6	CONCLUSIONES.....	62
7	RECOMENDACIONES.....	63
8	ANEXOS.....	65

ANEXOS

ANEXO 1: ÁRBOL DE PROBLEMA

ANEXO 2: MATRIZ DE OBJETIVOS

ANEXO 3: MAPA ORGANIZACIONAL

ANEXO 4: MAPA DE PROCESOS

ANEXO 5: VARIABLE

ANEXO 6: INSTRUMENTO HOJA RADAR

ANEXO 7: FORMATO DE PRIORIZACIÓN PLAN DE MEJORA

ANEXO 8: CARTA DE AUTORIZACIÓN

ANEXO 9: CRONOGRAMA

ANEXO 10: PRESUPUESTO

1 PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina a la acreditación como “un vínculo entre la autoevaluación y la evaluación externa de la calidad. La OMS agrega que es “el mecanismo externo más utilizado para la mejora de la calidad basado en estándares en el cuidado de la salud”.¹

En Colombia se prestan servicios de salud a través de unas normas, la ley 100 de 1993 que establece el Sistema de Seguridad Social Integral, la cual hace referencia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en el 2do libro, esta ha tenido 3 modificaciones la ley 1122/2007, la ley 1438/2011 y la ley estatutaria N° 1751 que Cuyo objetivo es garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección”². Actualmente en Colombia se ha obtenido uno de los logros más importantes en los últimos años, comenzando por la protección financiera en salud , la cobertura universal y la igualación de los planes de beneficios que han contribuido al mejoramiento de la salud, ahora bien el sistema de salud colombiano está definido por diferentes actores los cuales son: “Minsalud, responsable de la rectoría y dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante la formulación de políticas y la coordinación intersectorial, Supersalud, responsable de proteger los derechos de los usuarios en salud, a través de los mecanismos de inspección, vigilancia y control transparentes y oportunos, secretaria de salud, que garantiza la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población de su territorio, las EPS, que administran el riesgo en salud de sus afiliados a través del Plan Obligatorio de Salud (POS) en promoción de la salud y

¹ Acreditas Global - A subsidiary of AAAHC, Inc. ¿Cómo contribuye la Acreditación a la mejorar y elevar la Calidad de la Atención en Salud? USA. Acreditas Global; 2014. Disponible en: <http://acreditasglobal.org/mejoraryelevar/>

² Ministerio de salud y protección social. Ley estatutaria N° 1751. Bogotá. Ministerio de salud y protección social; 2015. 13p.

prevención, tratamiento, rehabilitación y las IPS, son aquellas instituciones prestadoras de servicios de salud que son contratadas por las entidades promotoras de salud (EPS)”³.

Teniendo en cuenta lo anterior, las IPS son esenciales en el cubrimiento de las necesidades de los usuarios; en Colombia a partir de la normatividad, las IPS pueden ser de dos tipos públicas y privadas las cuales prestan los servicios de primer, segundo y tercer nivel.

Las IPS públicas también conocidas como ESE (empresas sociales del estado) deben ser autosuficientes, autosostenibles y deben generar estrategias que le permitan garantizar su adecuado funcionamiento, estas a su vez son “contratadas por las EPS para que cumpla con los planes y servicios que estas ofrecen a sus usuarios, pero son las EPS que cancelan todos los gastos médicos que sus pacientes generen a las IPS”⁴

Con lo anteriormente mencionado sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud este cuenta con el decreto 1011/2006, el cual estipula el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad en Salud (SOGCS) donde se establecen reglamentos, requisitos y normas acompañadas de unas características como son: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad; por consiguiente, cuenta con cuatro componentes esenciales que dan estructura a nuestro sistema de salud y que en materia de calidad deben cumplir todos los actores de la salud que ciertamente unos son de obligatorio cumplimiento para la funcionalidad del servicio y otros son escalones en miras a la excelencia de la prestación del mismo, dichos componentes son: El Sistema Único de Habilitación (SUH), el Programa de

³ Ministerio de salud y protección social. Actores SGSSS. Bogotá. Ministerio de salud y protección social; 2016. 1p.

⁴Actualícese. EPS, IPS y POS Actualícese. EPS, IPS y POS: terminología del sistema de salud nacional para tener clara. Cali; Actualícese. Publicado: abril 13, 2018 [Consultado 28 de julio de 2018]. Disponible en: <http://actualice.se/9g9v>

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), el Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

El decreto 1011 de 2006 define el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud” y en el anexo técnico N°2 en la Resolución 1043 de 2006 establece que el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (PAMEC) “es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad”⁵.

Por tanto el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) es una herramienta necesaria y es el modo particular para que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) implementen un mecanismo sistemático y continuo proporcionando un seguimiento oportuno a todos los procesos que van a permitir por medio de una ruta crítica la realización de actividades de autoevaluación que les permita evidenciar las posibles falencias dentro la Institución y así ser identificadas y priorizadas para darles un seguimiento oportuno implementando un plan de mejoramiento que contribuya al desempeño de la calidad ofertada.

El PAMEC es, sin lugar a dudas podría ser la base del plan de mejoramiento continuo de los servicios de salud que se brindan en la IPS del Municipio de Cartago E.S.E., razón por la cual comprender los conceptos que lo determinan, los principios que lo regulan, disponer los recursos necesarios para su operación, ejecutar adecuadamente sus procesos, lograr su máximo grado de desarrollo y evaluar en forma permanente su alcance, constituye una prioridad determinante, por su parte el Proceso de Gestión de la Calidad tendrá a su cargo la difusión amplia, la implantación y aplicación honesta, diligente y adecuada del PAMEC, así

⁵ Departamento administrativo distrital de salud. Vigilancia y control: PAMEC. Cartagena. Departamento administrativo distrital de salud; 2018. Disponible en: <http://dadiscartagena.gov.co/index.php/vigilancia-y-control/pamec>

como la evaluación permanente del mismo, en términos del mejoramiento constante de la calidad de la atención que se brinda a los usuarios. Por ello se deberá evaluar rigurosamente todos los procesos que están con miras de lograr una buena autoevaluación de acreditación con el fin de detectar las fallas que han tenido en la implementación y evaluación continua del Plan Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), se crea la necesidad de proponer un plan de mejoramiento para aquellos procesos encontrados en la autoevaluación de acreditación que presentaron oportunidades de mejora , el cual permitirá que el área administrativa y operativa se vean fortalecidos tanto en el manejo interno como en la excelente prestación de sus servicios a los usuarios dando cumplimiento a la visión de la institución.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los procesos encontrados en la autoevaluación de acreditación que presentaron fallas en una IPS de primer nivel del municipio de Cartago vigencia 2018?

1.3 ÁRBOL DE PROBLEMAS (Anexo1)



2 JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de la Protección Social, “conforme a la responsabilidad asignada en la normatividad vigente, a la problemática detectada y a las recomendaciones de los actores del SGSS, consideró de vital importancia formular la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, que determina los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia, el propósito de esta es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población”⁶

Ahora bien, los motivos que llevan a investigar el buen funcionamiento de la IPS del Municipio de Cartago (Valle) E.S.E, se centran debido a la frecuencia de algunas IPS que no cuentan con la formación e información adecuada sobre los componentes y características de un plan de mejoramiento continuo y en ciertos casos no cuentan con la actualización de la normatividad vigente, por eso es necesario que se considere la implementación de un plan integral, que permita orientar el trabajo institucional al mejoramiento continuo.

Por lo anterior citado, según Ministerio de Salud y Protección Social “Todas las IPS requieren de los elementos necesarios que permitan que sus actores principales, no solamente estén capacitados, sino que realmente se motiven y alcancen un alto sentido de pertenencia institucional, comprometiéndose a ser gestores del Programa de Mejoramiento de la calidad de las instituciones de salud”⁷ por esta razón “cuando las organizaciones prestan atención a cada una de las fases de elaboración de los productos o servicios que ofrecen, la calidad de los mismos tiende a optimizarse. Se corrigen los fallos, problemas u obstáculos sin que haya que esperar a la finalización de los procesos para poder intervenirlos; en

⁶ Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá. Ministerio de la Protección Social; 2005. P. 17

⁷ Carreño Beltran D M, Castro Quilaguy R D, Ochoa Sánchez S P. Plan de mejoramiento continuo para una IPS. Bogotá: Universidad EAN; 2012. P. 122

este caso, según la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación “el plan de mejoras integra la decisión estratégica sobre cuáles son los cambios que deben incorporarse a los diferentes procesos de la organización, para que sean traducidos en un mejor servicio percibido.”⁸

Para entrar en materia, en IPS del Municipio de Cartago (Valle) E.S.E, se están estableciendo mecanismos para evaluar el buen funcionamiento que abarca desde la plataforma estratégica a la práctica tales como el mapa de procesos, el cual es una herramienta que permite observar la organización interna de dicho servicio; las listas de chequeo para la verificación del cumplimiento de una actividad programada, lo que llevará a desarrollar estrategias de mejoramiento (PAMEC); La priorización de procesos asistenciales aplicando la escala de Costo, Riesgo y Volumen y el ciclo de mejoramiento continuo (Planear, Hacer, Verificar y Actuar, (PHVA)) a través de la adopción de la metodología del Ministerio de Salud y Protección Social que permita alcanzar el cumplimiento de los indicadores y estándares indispensables para la toma de decisiones que conduzcan a mejorar la calidad de la atención en salud de toda la población logrando así la satisfacción de los usuarios.

⁸ Plan de mejoras herramienta de trabajo. Agencia nacional de evaluación de la calidad y acreditación. Disponible en: http://www.uantof.cl/public/docs/universidad/direccion_docente/15_elaboracion_plan_de_mejoras.pdf

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Proponer plan de mejoramiento con énfasis en acreditación en una IPS de primer nivel del municipio de Cartago vigencia 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los estándares priorizados en la autoevaluación de acreditación realizada en la Institución en la vigencia 2017.
- Proponer plan de mejoramiento con base en las acciones priorizadas de la autoevaluación de acreditación vigencia 2017.
- Establecer acciones de mejora para los estándares priorizados.

3.3 MATRIZ DE OBJETIVOS ANEXO 2

	CONCEPTO	DEFINICIÓN	VARIABLE	INDICADOR
Identificar los estándares priorizados en la autoevaluación de acreditación realizada en la Institución en la vigencia 2017.	Estándares priorizados	Permite medir los factores críticos de éxito (costo, riesgo, volumen)	Control de riesgo	#estándares priorizados
Proponer plan de mejoramiento con base en las acciones priorizadas de la autoevaluación de acreditación vigencia 2017.	Plan de mejora	Permite visualizar el proceso de mejora que se inicia, a partir de los problemas identificados (resultados no deseados de los indicadores) siguiendo la ruta de la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en los procesos auditados	Seguimiento de los procesos de mejora	% de cumplimiento de los procesos de mejora
			Planes de mejoramiento	% de cumplimiento de los planes de mejoramiento
Establecer acciones de mejora para los estándares priorizados.	Identificar los estándares críticos de la autoevaluación	Impacto de los estándares críticos en cada proceso	Direccionamiento	% de los procesos evaluados
			Asistencial	# de auditorías internas realizadas en cada proceso
			Gerencia	# de procesos establecidos según el direccionamiento estratégico

Anexo 2: Fuente: Matriz de priorización

4 MARCO TEÓRICO

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Con el fin de reformar la constitución de 1886, en 1990 se realizó un plebiscito la cual fue aprobada por la asamblea constituyente, naciendo así la constitución política de Colombia 1991 en donde se defienden los derechos, las tradiciones y participación de la población. Según el senado de la Republica “La nueva Constitución de 1991, redactada por indígenas, grupos de izquierda, guerrilleros desmovilizados, minorías religiosas y representantes de los poderes tradicionales, es reconocidamente democrática y bien recibida por la opinión pública, y con ella

los colombianos creen haber abierto un nuevo ambiente institucional a la reconciliación”⁹

Ministerio de Salud y Protección Social describe como antecedentes que, en 1991, con la aprobación de la nueva Constitución Política, se estableció que 'la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado’⁹, que aplica los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que debe tener el servicio de salud en Colombia. Esta nueva disposición modificó el Sistema Nacional de Salud, vigente desde 1975, organizado básicamente en tres subsistemas: 1) salud pública; 2) los Seguros Sociales y, (que estaba administrado por el Instituto de los Seguros Sociales y las cajas de previsión) y 3) el Subsistema Privado de Servicios. El nuevo modelo, a través de la Ley 60 de 1993, define las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y la Ley 100 de 1993, creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud y dentro de éste se estableció la Acreditación en Salud como mecanismo voluntario para mejorar la Calidad de los Servicios de Salud, mediante el Artículo 186 de la Ley 100 de 1993, disposición que fue ratificada por el Artículo 42.10 de la Ley 715 de 2001.

A comienzos de los años 90, el Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, y diferentes organizaciones del sector (Ascofame, Asociación Colombiana de Hospitales, Seguro Social, Superintendencia Nacional de Salud, Centro de Gestión Hospitalaria, entre otros), elaboraron un "Manual de Acreditación de IPS", tomando como referencia el "Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe"⁹, publicado por la OPS en 1991. El manual fue aplicado por el Seguro Social y por el Ministerio de Salud, el Centro de Gestión Hospitalaria e ICONTEC, en un grupo amplio de instituciones del Seguro y otras, en una prueba piloto.

⁹ Acreditación en Salud. Antecedentes en Colombia. Bogotá. Acreditación en salud. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Paginas/Antcol.aspx>

Posteriormente, en agosto de 1994 el Ministerio de Salud emitió el Decreto 1918, en el que se estableció la operación de un Consejo Nacional de Acreditación. Sin embargo, este decreto no fue aplicado, el tema de la Acreditación fue pospuesto y el manual no fue difundido.

En 1996, el Ministerio expidió el Decreto 2174, derogado posteriormente por el Decreto 2309 de 2002, en el cual se reglamentó por primera vez, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las EPS e IPS y se definió la Acreditación como un procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos mínimos de prestación de servicios de salud.

Aproximadamente cuatro años más tarde, el Ministerio de Protección Social contrató la realización de un estudio para evaluar y ajustar el Sistema de Garantía de Calidad de las EPS e IPS, en el que se estudiaron los avances desarrollados en la Acreditación de instituciones de salud en 12 países con igual o mayor desarrollo al de Colombia, los principios desarrollados por la ISQua (International Society for Quality in Health Care), con su programa ALPHA, (Agenda for Leadership in Programs for Health Care Accreditation), como una guía a tener en cuenta por los organismos de Acreditación en Salud que desearan avalar su programa de Acreditación en el ámbito mundial.

Con base en este estudio, la experiencia del Centro de Gestión Hospitalaria en Colombia, del Consejo Canadiense de Acreditación en Salud, Qualimed, una empresa mexicana y el entonces Ministerio de Salud, se diseñó el Sistema Único de Acreditación en Salud para Colombia, después de una amplia discusión en el ámbito nacional, varias reuniones de consenso y una prueba piloto tanto en IPS, como en EPS. El Sistema Único de Acreditación en Salud se reglamentó en la Resolución 1474 de 2002 como uno de los componentes del Sistema de Garantía de Calidad en Salud (SOGC)

Es importante anotar que la primera reglamentación del SOGC se realizó en 1996 con la expedición del Decreto 2174 y posteriormente con el Decreto 2309 de 2002 (derogado), en el que se dispone:

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

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

- Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- Seguridad. Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- Pertinencia. Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

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

En el mismo Decreto en mención se definen como componentes del SOGC para los Prestadores de Servicios de Salud y Entidades Administradoras, los siguientes:

- La habilitación de IPS y EPS, que consiste en una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatoria, orientada a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios, sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud, cuya vigilancia es de la competencia del Estado, específicamente de las Direcciones Territoriales de Salud.
- La Auditoría para el mejoramiento de la calidad, identificada como una herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría son obligatorios para las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, cuando actúan como aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada.
- La acreditación en salud como el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, de las entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las empresas de medicina prepagada, que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.
- El sistema de información para los usuarios, que permitirá estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes, así como de los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de

Salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen contributivo y Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada, para que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer sus derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Así mismo, en el decreto se describen las funciones de la Entidad Acreditadora y los estándares que deben cumplir las IPS y EPS que opten por esta evaluación.

En concordancia, es importante comprender que la acreditación en salud es uno de los componentes del sistema, que se articula con los otros para garantizar la calidad de la atención en salud y proveer servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles para lograr la adhesión y satisfacción del usuario, bajo el control y tutela del Ministerio de la Protección Social. Los estándares de todo el sistema deben ser ajustados de manera progresiva de tal forma que, poco a poco, el país incremente el nivel global de la calidad en los servicios de salud.¹⁰

El Ministerio de la Protección Social, mediante la Resolución 0003557 del 19 de noviembre de 2003, designó a ICONTEC como Entidad Acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA) y adjudicó el contrato de concesión 000187 de 2003 para desarrollar, implantar, dirigir, orientar, actualizar y mejorar dicho sistema.

Cabe mencionar que “la resolución 1445 de 2006, la cual nos habla del sistema de acreditación, como un proceso voluntario y periódico de autoevaluación interna que se acompaña de una revisión externa (AUDITORIA) de los procesos y resultados que garantizan y mejoran la calidad de la atención del cliente en una entidad de salud”⁶, siendo de suma importancia dichos estándares de calidad que va acompañado de todo un proceso sistemático y continuo de la gestión de la calidad, como nos habla la norma ISO 9000 que menciona unos principios, los cuales son: “Enfoque al cliente, liderazgo, compromiso de las personas, enfoque a

¹⁰ Acreditación en Salud. Antecedentes en Colombia. Bogotá. Acreditación en salud. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Paginas/Antcol.aspx>

procesos, mejora, toma de decisiones basada en la evidencia, gestión de las relaciones, dicha norma Internacional promueve la adopción de un enfoque a procesos al desarrollar, implementar y mejorar la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos del cliente.

En Colombia, la calidad en salud es contemplada mediante la ley 100 de 1993, como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a la población. El ministerio de salud y protección social resalta que “La calidad de la atención, en el marco del SGSSS y la normatividad vigente, se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana”.

4.2 MARCO REFERENCIAL

William Edwards Deming Nació el 14 de octubre de 1900 en Sioux City, Iowa, en una familia de muy escasos recursos, y falleció el 20 de diciembre de 1993, debido a su avanzada edad. “Es considerado actualmente como uno de los pioneros de la gestión de calidad”¹¹. Deming es uno de los creadores del concepto de mejora continua, el objetivo principal del sistema de gestión de la calidad. En la década de 1940 empezó a trabajar con los procesos industriales y de fabricación e introdujo

¹¹ Programa de doctorado en políticas y gestión educativa. Biografía de William Edward Deming: El gurú de la calidad total. Universidad de playa ancha. Chile; 2010. Disponible en: <http://genesismex.org/actidoce/cursos/chile-co-ot'10/gurus/lorena-deming.pdf>

muchas de las herramientas que se utilizan en las iniciativas de mejora de la calidad; sus ideas y conceptos se usan hoy en día para generar resultados de analíticos fiables y de calidad. Deming describió 14 puntos para la calidad, muchos de los cuales se pueden aplicar fácilmente al laboratorio. Dos de los puntos son particularmente importantes para el propósito de este texto:

1. Dejar constancia del propósito de mejora. El mensaje es que es necesario trabajar constantemente para hacer que el proceso sea mejor.
2. Mejorar constantemente y para siempre. Esta afirmación apunta que la mejora continua siempre será una meta. La perfección no se alcanza nunca, pero intentaremos acercarnos a ella lo máximo posible. La mejora continua de procesos es un aspecto que nunca está finalizado, sino que continua “para siempre”.¹²

El ciclo PHVA o ciclo de Deming fue dado a conocer por Edwards Deming en la década del 50, basado en los conceptos del estadounidense Walter Shewhart. PHVA significa: “Planificar, hacer, verificar y actuar. En inglés se conoce como PDCA: Plan, Do, Check, Act”.¹³

Este ciclo, muestra cómo conseguir la mejora continua en cualquier proceso. y Planificar: identificar los problemas y las posibles fuentes de debilidad o error del sistema. Decidir los pasos que debe seguir para recoger información. Hacerse la pregunta “¿Cuál es la mejor forma de evaluar la situación actual y analizar las causas fundamentales de las áreas problemáticas?” Elaborar un plan de mejora utilizando la información recogida mediante estas técnicas. y Hacer: implementar los planes que se hayan elaborado, poner el plan en acción, también constituye una de las principales herramientas de mejoramiento continuo en las organizaciones, utilizada ampliamente por los sistemas de gestión de la calidad (SGC) con el propósito de permitirle a las empresas una mejora integral de la

¹² Extranet who. Mejora continua de procesos, extranet who. Disponible en: <https://extranet.who.int/lqsi/sites/default/files/attachedfiles/LQMS%2015%20Process%20improvement.pdf>

¹³ Sanchez M, Yuli Paola. Ciclo PHVA. Gerencie; 2017. Disponible en: <https://www.gerencie.com/ciclo-phva.html>

competitividad, de los productos ofrecidos, mejorado permanentemente la calidad, también le facilita tener una mayor participación en el mercado, una optimización en los costos y por supuesto una mejor rentabilidad.

El ciclo Deming es muy conocido ya que “la mayor parte de los sistemas de gestión (ISO 9000, OHSAS 18001 ETC) lo han adaptado e integrado a sus sistemas y normativas de estandarización ya que es sencillo de aplicar y fácil de hacerle seguimiento o auditoria si se hace paso a paso y como debe ser.”¹⁴

Dentro del sistema ISO 9000 se pueden encontrar tres sistemas, “ISO 9000 que define los términos fundamentales en la familia de las normas ISO 9000, ISO 9001 que cumple los requisitos del cliente, para incrementar la satisfacción del cliente, ISO 9004 que busca la eficiencia y la eficacia del sistema de la gestión de calidad”.¹⁵

Existe una tendencia mundial para implantar Sistemas de Gestión de Calidad certificables ISO 9001:2000 en servicios de salud, lo cual, ha propiciado el desarrollo de la norma internacional ISO IWA 1:2005 “Directrices para la Mejora de Procesos en las Organizaciones de Servicios de Salud” (aplicación de ISO 9000:2000).

El propósito de implantar el sistema de gestión de calidad ISO 9001:2000 que “consiste de una estructura organizacional, procesos, procedimientos y recursos, es demostrar capacidad para proveer consistentemente un producto/servicio que cumpla los requisitos del cliente y los reglamentarios y mejorar continuamente la Satisfacción del Usuario”.¹⁶

La calidad en los servicios de salud se puede lograr a través de una eficacia y eficiencia organizacional; calidad en la práctica médica; calidad en la gestión de

¹⁴ Prevencionar. Deming y la prevención de riesgos laborales. Prevencionar; 2013. Disponible en: <http://prevencionar.com/2013/05/13/deming-y-la-prevencion-de-riesgos-laborales/>

¹⁵ Hazel_khc, Standares ISO en el sector salud. España, 2012. Disponible en: http://www.authorstream.com/Presentation/hazel_khc-2190083-st-ndares-iso-en-el-sector-salud/

¹⁶ ICICM. ISO 9000 sector salud. 2007 Disponible en: www.icicm.com/files/ISO9000SectorSalud.doc

Procesos y sistemas; que resulte en servicios de salud de clase mundial que garanticen la seguridad del paciente. Algunos beneficios que otorga la implantación del sistema de gestión de calidad son:

- Mejora la eficacia y eficiencia de los procesos de la organización
- Permite hacer más eficiente el uso del presupuesto
- Incrementa la satisfacción de los pacientes y clientes
- Mejora el clima laboral interno
- Fomenta la mejora continua
- Sirve de apoyo para cumplir los requisitos del Consejo de Salubridad General (Certificación de Establecimientos de Salud)
- Sirve de base para establecer Modelos de Calidad Total.

En la introducción de la ISO 9001, “hay una explicación sobre el enfoque a procesos, y lo importante que es esto para la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad que esté basado en los requerimientos de la ISO 9001”¹⁷. Estos sistemas, toman como base el ciclo Deming para su estructura, administración, desarrollo, seguimiento y mejora, donde se puede aplicar a todos los procesos.

Por esta misma razón y el hecho de que se esté hablando de calidad en salud y de mejoramiento continuo, se debe abordar el tema sobre seguridad del paciente, existe una política Nacional de seguridad del paciente, liderada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, cuyo objetivo es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir, y de ser posible, disminuir los riesgos de la ocurrencia de eventos adversos y mitigar consecuencias.¹⁸ Existen indicios de que una participación más

¹⁷ Hamark Mark, Planificar-Hacer-Revisar-Actuar en el estándar ISO 9001. Advisera. 2015. Disponible en: <https://advisera.com/9001academy/es/knowledgebase/planificar-hacer-revisar-actuar-en-el-estandar-iso-9001/>

¹⁸ Ministerio de la Protección Social. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). Bogotá. Ministerio de la Protección Social.

activa por parte del paciente en la interacción con los profesionales favorece la identificación de riesgos para la seguridad de los pacientes.¹⁹

En un artículo de la Fundación Avedis Donabedian se encontró que existen estudios sobre seguridad en todas las épocas y sobre todo a partir de los trabajos de Codman en 1911. En ellos se utiliza el concepto de iatrogenia (aquel resultado no esperado por la evolución natural de la enfermedad). La seguridad ha sido considerada desde el inicio de los estudios sobre evaluación de los sistemas sanitarios y de la calidad una de las dimensiones de la atención junta a: La eficacia, la efectividad, la accesibilidad, la prestación de servicios en el momento oportuno, la satisfacción y el respeto a los pacientes, la equidad, la adecuación y la eficiencia. Sin embargo, el tema de la iatrogenia o las complicaciones no esperables sufridas por los pacientes se ha minimizado durante muchos años. El origen del creciente interés en la última década por la seguridad de los pacientes, por los eventos adversos y por los errores sanitarios está relacionado con la aparición de algunos artículos e informes, entre los que destacan artículos sobre los incidentes en anestesia, la proporción global de errores y eventos adversos prevenibles, los efectos adversos relacionados con la medicación, la iatrogenia hospitalaria y la mayor importancia de los sistemas que las personas como causas de las lesiones atribuibles a errores sanitarios.²⁰ En un artículo llamado “Análisis de la política pública colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermería” de la universidad nacional de Colombia en la facultad de enfermería, se plantean argumentos y perspectivas derivados desde el análisis de la política pública colombiana de seguridad del paciente, adecuadas para concebir cuidados de enfermería en forma segura, ya que el surgimiento de un evento inseguro o evento adverso (EA) se encuentra latente en la atención y posiblemente contribuye a demeritar la calidad del cuidado prestado. Por otro lado,

¹⁹ MIRA, J. J. Pacientes por la seguridad de los pacientes. El papel del paciente en la seguridad de los pacientes. *Medicina Preventiva*, 2010, vol. 16, no 3, p. 5-5. Disponible en: <https://medes.com/publication/64097>

²⁰ Donabedian, Fundación Avedis; BAÑERES, J. Conceptos básicos sobre seguridad clínica. *Mapfre Medicina*, 2003, vol. 14, no 4, p. 265-269. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART8681/concepto.pdf>

el conocimiento y análisis de las políticas en salud en cualquiera de sus etapas: formulación, implementación y evaluación, ofrece conocimientos para fortalecer su participación activa como actor inmerso dentro del sistema.²¹ El abordaje y el análisis de las políticas públicas, en este caso la política pública colombiana de seguridad del paciente, permitió la comprensión del EA como problema presente que perturba la atención de salud y permitió la formulación de una política para atender este problema, por parte del Estado. Política que al ser conocida, analizada y comprendida permite ver su importancia social, su utilidad no solo en los procesos de prestación de servicios, si no también, en los procesos de formación de los profesionales de la salud, quienes son los llamados a contribuir en las mejoras de las condiciones de prestación de servicios de salud. La seguridad del paciente es en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. De ahí la importancia de reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura.²² Es fundamental, identificar o reconocer las implicaciones que una política pública tiene, como lo es esta para enfermería en todas sus dimensiones, en sus procesos de formación, en su quehacer y sobre todo en su responsabilidad social.²³ Por ello, se deben dar a conocer los derechos y deberes planteados en la ley 100 de 1993 del sistema de seguridad social integral en el artículo 160: Derechos y Deberes de los Afiliados - Beneficiarios.

El derecho se inspira en postulados de justicia y constituye el orden normativo e institucional que regula la conducta humana en sociedad. La base del derecho son las relaciones sociales, las cuales determinan su contenido y carácter. Dicho de otra forma, el derecho es un conjunto de normas que permiten resolver los

²¹ Rodríguez Espinel, Jacqueline, et al. Análisis de la política pública colombiana de seguridad del paciente y sus implicaciones para enfermería. 2011. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Colombia.

²² Mojica Gómez, Jerlin Yenel Enfermera. Manual de buenas prácticas para la atención y seguridad del paciente Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.

²³ Pupo Avila, Noria Liset, et al. Aspectos favorecedores y retos actuales para la misión de la Universidad de Ciencias Médicas Cubana. Educación Médica Superior, 2013, vol. 27, no 1, p. 112-122.

conflictos en el seno de una sociedad.²⁴ Los derechos de los usuarios en el sector salud son:²⁵

1. Acceder a los servicios sin que se le imponga trámites administrativos adicionales a los de la ley.
2. Que le autoricen y presten los servicios incluidos en el plan obligatorio de salud de manera oportuna y si usted requiere con necesidad uno que no esté incluido también lo puede recibir.
3. Recibir por escrito las razones por las que se negó el servicio de salud.
4. Que, en caso de urgencia, sea atendido de manera inmediata, sin que le exijan documentos o dinero.
5. Que atiendan con prioridad a los menores de 18 años.
6. Elegir libremente el asegurador, la IPS y el profesional de la salud que quiere que los trate, dentro de la red disponible.
7. Ser orientado respecto a la entidad que debe prestarle los servicios de salud requeridos.
8. Que como cotizante le paguen las licencias y las incapacidades médicas.
9. Tener protección especial cuando se padecen enfermedades castratóficas y de alto costo, sin el cobro de copagos.
10. Que solamente le elijan su documento de identidad para acceder a los servicios de salud.
11. Que le informen dónde y cómo pueden presentar quejas o reclamos sobre la atención en salud prestada.
12. Recibir buen trato sin discriminación alguna.
13. Recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.

²⁴ Definición de. Derecho. 2008-2018 Disponible en: <https://definicion.de/derecho/>

²⁵ Vanguardia, conozca sus derechos y deberes como usuario del sistema de salud. Bucaramanga, 2013. Disponible en: <http://www.vanguardia.com/santander/bucaramanga/237885-conozca-sus-derechos-y-deberes-como-usuario-del-sistema-de-salud>

14. Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible.
15. Recibir servicios continuos, sin interrupción y de manera integral.
16. Obtener información clara y oportuna de su estado de salud, de los servicios que vaya a recibir y de los riesgos del tratamiento.
17. Recibir una segunda opinión médica si lo desea y a que su asegurador valore el concepto emitido por un profesional de la salud externo.
18. Ser informado sobre los costos de su atención en salud.
19. Recibir o rechaza apoyo espiritual o moral.
20. Que se mantenga estricta confidencialidad sobre su información clínica.
21. Que usted o la persona que lo represente, acepte o rechace cualquier tratamiento y que su opinión sea tenida en cuenta y respetada.
22. Ser incluido en estudios de investigación científica, solo si lo autoriza.
23. Que se respete su voluntad de donar o sus órganos.

El deber hace referencia a algo que se espera de una persona, generalmente por los principios establecidos por la sociedad y el contexto histórico en el que se encuentra sumergido.²⁶ Por lo tanto son deberes de los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:²⁷

1. Procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
2. Afiliarse con su familia al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Facilitar el pago, y pagar cuando le corresponda, las cotizaciones y pagos obligatorios a que haya lugar.
4. Suministrar información veraz, clara y completa sobre su estado de salud y los ingresos base de cotización.

²⁶ Definición de. Deber. 2008-2018 Disponible en: <https://definicion.de/derecho/>

²⁷ Ley 100 de 1993 sistema de seguridad social integral. Artículo 160. Deberes de los Afiliados y Beneficiarios. Bogotá. Disponible en: <http://www.visitaodontologica.com/ARCHIVOS/ARCHIVOS-NORMAS/ETICA%20Y%20DERECHOS/DEBERES%20DE%20LOS%20PACIENTES.pdf>

5. Vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a las que se refiere la presente ley.
6. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones de las instituciones y profesionales que le prestan atención en salud.
7. Cuidar y hacer uso racional de los recursos, las instalaciones, la dotación, así como de los servicios y prestaciones sociales y laborales.
8. Tratar con dignidad el personal humano que lo atiende y respetar la intimidad de los demás pacientes.

La revista semana indagó sobre la calidad en salud, si se hacen cumplir los derechos y deberes expuestos anteriormente y a pesar de que todas las personas pueden ir al médico a que le traten cualquier enfermedad, el servicio que se presta en muchos casos no es el adecuado, ni es oportuno. Esta problemática está ampliamente identificada por las autoridades sanitarias del país, que tienen claro que mejorar la calidad en los procesos de atención permitiría a su vez obtener los resultados en salud deseados, es decir, la curación del paciente o mejoras en su calidad de vida²⁸, aunque es un problema que tiene solución, por ahora será tema de discusión en cuanto la calidad de la atención, cómo actuar para ofrecer un servicio con mayor equidad y los retos de los sistemas de salud en la actualidad.

4.3 MARCO INSTITUCIONAL

4.3.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

4.3.1.1 MISIÓN

Prestar servicios integrales, con sentido social, humano, comunitario y adecuado manejo de los recursos; disponemos de un equipo técnico científico

²⁸ Semana. La calidad de la salud es el siguiente paso del sistema. Bogotá; 2017. Disponible en: <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/la-calidad-en-el-sistema-de-salud-de-colombia/548402>

altamente calificado, que contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros usuarios y la familia.

4.3.1.2 VISIÓN:

La IPS del municipio de Cartago E.S.E. al 2026 será reconocida por su atención humanizada, integral, de calidad, acreditada y segura, impactando favorablemente la salud de sus usuarios, su entorno social y ambiental

4.3.1.3 PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- **Humanización:** Ponte en el lugar del otro, es la sensibilización hacia ser humano, su dolor, necesidades y aspiraciones.
- **Confidencialidad:** No revelar ninguna información confidencial contenida durante el desempeño profesional.
- **Trabajo en equipo:** Tu aporte es importante, los grandes logros de cualquier persona dependen de muchas manos, corazones y mentes.

4.3.1.4 VALORES INSTITUCIONALES

- **Respeto:** Trata a los demás como quieres que te traten a ti, las diferencias nos enriquecen, reconocer el valor de cada ser viviente
- **Responsabilidad:** Yo respondo, cumplo las normas y tareas asumiendo cada uno el rol encomendado por la constitución y las leyes
- **Compromiso:** Cumplimiento de nuestras obligaciones y funciones sentido de pertenencia para dar más de los que nos corresponde.

4.3.2 OBJETIVOS

4.3.2.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la calidad de los servicios que se prestan a los usuarios del IPS DEL MUNICIPIO DE CARTAGO (VALLE) E.S.E mediante el suministro de la información, oportuna, veraz y sólida, resultante de los procesos de evaluación de tales servicios.

4.3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

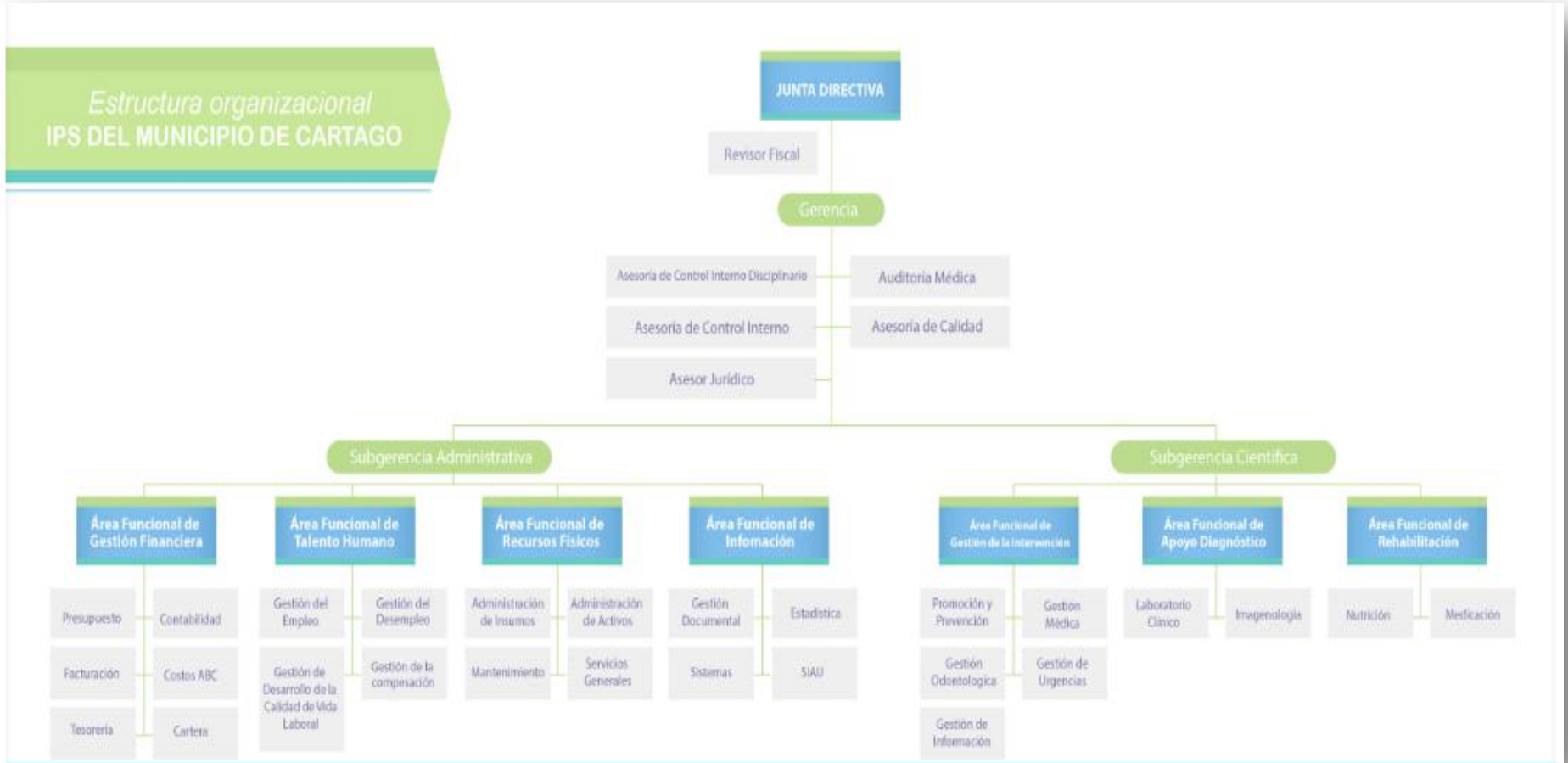
1. Estructurar un modelo de evaluación dentro de la estrategia del mejoramiento continuo de la calidad, hacia el aseguramiento de los resultados esperados en la atención, centrados en el usuario.
2. Generar un proceso permanente de seguimiento que conduzca, a través de la retroalimentación, al aprendizaje organizacional.
3. Promover el desarrollo de planes de mejoramiento que conduzcan a la entidad al logro de niveles superiores de calidad en sus procesos de atención.

4.3.3 FUNCIONES

1. Prestar los servicios de salud de baja complejidad dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley 100 de 1993, y demás disposiciones legales y reglamentarias que la modifiquen o adicionen.
2. Prestar servicios de salud eficientes y efectivos que cumplan con las normas de calidad establecidas de acuerdo con la reglamentación vigente.
3. Celebrar los contratos que requiera la entidad para la prestación eficiente y efectiva de los servicios de salud.
4. Prestar en forma oportuna los servicios de consulta, urgencias, hospitalización, procedimientos quirúrgicos, programas de promoción y mantenimiento de la salud a los usuarios.
5. Asociarse para la compra de insumos y servicios, vender los servicios o paquetes de servicios de salud.
6. Garantizar mediante un manejo gerencial adecuado, la rentabilidad social y financiera de la Empresa Social del Estado.
7. Garantizar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria establecidos en las disposiciones legales vigentes.
8. Proveer información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios respecto de sus deberes y derechos en lo concerniente a la prestación del servicio de salud.

9. Las demás que de acuerdo con su naturaleza y funciones le sean asignadas conforme a las normas legales

4.3.4 ORGANIGRAMA



Anexo3: Foto del mapa organizacional de la IPS del Municipio de Cartago E.S.E

4.3.5 POLÍTICA DE CALIDAD

En el compromiso de satisfacer a plenitud las necesidades de nuestros usuarios, la calidad en la IPS del Municipio de Cartago E.S.E, la manifestamos mediante la práctica de los siguientes principios:

- **Continuidad:** Garantía que los usuarios reciben las intervenciones requeridas mediante la secuencia lógica y racional de actividades basadas en el conocimiento científico y sin interrupciones innecesarias.
- **Oportunidad:** Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.
- **Pertinencia:** Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren.
- **Accesibilidad:** Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud.
- **Seguridad:** Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención.
- **Satisfacción del Usuario:** Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas.

4.3.6 MAPA DE PROCESOS

MAPA DE PROCESOS

ESTRATÉGICOS	
PL	Planeación
PLE	Planeación estratégica
PLP	Planeación Presupuestal
PLG	Gestión de proyectos
SI	Sistema Integrado de Gestión
SIC	Sistema de Gestión de calidad
SIA	Sistema de Gestión Ambiental
SIO	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
CI	Control Integral
CIA	Auditorías internas
CII	Control Interno

MISIONALES	
PP	PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
PPD	Detección temprana
PPP	Protección específica
PPS	Salud Pública
AD	Gestión de Apoyo Diagnostico y terapéutico
ADL	Laboratorio Clínico
ADF	Servicios Farmacéuticos
ADI	Imagenología
ADR	Terapia Respiratoria
GS	Gestión de Recuperación de la Salud
GSO	Odontología
GSC	Consulta de medicina general
GSU	Urgencias medicas y odontológicas
GSP	Partos
GSH	Hospitalización
GSR	Referencia y Contrareferencia

APOYO	
GF	Gestión financiera
GFS	Costos
GFF	Facturación
GFG	Cartera
GFT	Tesorería
GFC	Contable
GH	Gestión del talento humano
GHH	Talento humano
GHI	Control Interno disciplinario
GHS	Seguridad y salud en el trabajo
BS	Gestión de Bienes y Suministros
BSC	Compras
BSA	Almacén
BSM	Mantenimiento
BSL	Logística
BSF	Activos Fijos
BSE	Esterilización
GJ	Gestión Jurídica
GJC	Contratación
GJJ	Procesos Judiciales
CO	Gestión de la información y Comunicación
COD	Gestión documental
COE	Estadística
COU	Atención al Usuario
COT	Tecnología de la Información y comunicación
COA	Administración de Citas
COI	Comunicación Institucional

Anexo 4: Fotografía del mapa de procesos de la

4.4 MARCO CONCEPTUAL

ACCESABILIDAD: Condición que permite, en cualquier espacio o ambiente ya sea interior o exterior, el fácil y seguro desplazamiento de la población en general y el uso en forma confiable, eficiente y autónoma de los servicios instalados.

ADMINISTRACION: Conjunto de técnicas por medio de las cuales se determinan, clasifican y realizan los propósitos y objetivos de un grupo humano particular (Petersen y Plowman). Elementos del proceso administrativo: Previsión, Planeación, Organización, Integración, Dirección y Control.

AUDITORIA: Proceso sistemático que lleva a cabo la verificación de actividades previamente definidas y estandarizadas mediante la utilización de técnicas especializadas ajustadas a normatividad vigente.

CALIDAD: Es una herramienta básica que permite la comparación a través de un conjunto de características inherentes a un objeto, producto, servicio, proceso, persona, organización, sistema o recurso cumpla con los requisitos para satisfacer cualquier clase de necesidades.

CERTIFICACIÓN: Es el resultado de un proceso en el que una serie de auditores calificados de una entidad de certificación acreditada para ello garantice que un 33 producto o un sistema de gestión se ajuste a las características de la norma que se ha tomado como referencia.

COBERTURA: Es el derecho al aseguramiento a través de las administradoras de riesgos profesionales, quienes asumen los costos de prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

COMITÉ: Es un grupo de trabajo que, con arreglo a las leyes o reglas de una organización, institución o entidad, tienen establecidas determinadas competencias.

CONTROL INTERNO: Es un sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación de una entidad, con el objetivo de procurar que todas las actividades, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes

COORDINACIÓN: Es la orientación de las actividades que se van a realizar, de forma clara y de manera lógica y veraz. **DEBILIDADES:** Factores críticos o negativos que provocan una posición desfavorable, recursos de los que se carece, habilidades que no se poseen, actividades que no se desarrollan.

EFICACIA: Califica logro de los Objetivos. Relacionada directamente con la Disponibilidad, Accesibilidad, Cobertura, Concentración y Calidad de los Recursos.

EFICIENCIA: Es la manera en que las actividades realizadas satisfacen las necesidades del usuario de manera concreta y sin desperdiciar recursos.

ENTIDADES DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES DE SALUD: En desarrollo de sus propias competencias les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones establecidas en el presente decreto y en la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social; divulgar las disposiciones contenidas en esta norma y brindar asistencia a los Prestadores de Servicios de Salud; y los definidos como tales para el cabal cumplimiento de las normas relativas a la habilitación de las mismas.

ENTIDADES MUNICIPALES DE SALUD: Les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción, y realizar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

ESTÁNDARES: Conjunto de normas y condiciones indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de

los usuarios. Deben ser de obligatorio cumplimiento por los prestadores de Servicios de Salud.

ESTÁNDARES DE CALIDAD: Son niveles deseados o aceptables de calidad que debe tener el resultado de una acción, una actividad, un programa, o un servicio, es la norma técnica que se utilizará como parámetro de evaluación de la calidad.

ESTRATEGIA: Alternativas que se pueden optar para lograr los objetivos. Son las Variables Controlables.

GARANTÍA DE LA CALIDAD: Provee de servicios de salud a los usuarios de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

GERENCIA: Es la encargada de plantear metas y organizar el personal.

GESTIÓN: Gestionar es dirigir, administrar los recursos, lograr los objetivos y metas propuestos. Lo anterior exige coordinar y motivar, articular adecuadamente tanto a las personas como a los recursos materiales de una organización para que esos objetivos se alcancen en un contexto de eficacia y eficiencia.

HABILITACIÓN (SISTEMA ÚNICO (SUH)): Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, se registra, se verifica y se controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el sistema, las cuales son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y los definidos como tales, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada. (Ministerio de la protección social, decreto 1011 de 2006, título III, capítulo I artículo 6)

HALLAZGOS: Resultado de la evaluación de evidencia recolectada durante un proceso de auditoría comparándolo con criterios ya establecidos.

INDICADORES: Elementos de evaluación de las Variables o cualidades de un servicio. Son la medida operativa de una Variable. Expresan de manera simple y resumida las características de un hecho a ser evaluado.

INTERVENTORÍA: Es un proceso permanente dirigido a fortalecer la operación del Régimen Subsidiado y verificar el cumplimiento de las obligaciones del contrato de aseguramiento para garantizar el acceso de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia.

IMPACTO: Resultado de un proceso causal

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL: Desarrolla las normas de calidad, expide la reglamentación necesaria para la aplicación del presente decreto, vela por su permanente actualización y aplicación para el beneficio de los usuarios, presta asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emite conceptos en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los Prestadores de Servicios de Salud, siempre que el Ministerio lo considere pertinente.

NORMA: Documentos (o Conceptos) que explican detalladamente determinadas condiciones que deben ser cumplidas por todos quienes guardan relación con la prestación de un servicio médico.

OBJETIVO: Concepto a ser alcanzado o fin de todo establecimiento de salud hacia cuya consecución se deben orientar todos los esfuerzos operativos, humanos y presupuestarios. Es lo que se quiere lograr, pueden ser de tipo 35 cualitativo y cuantitativo, deben ser adecuados, realistas, oportunos, mensurables y aceptables.

PAMEC: El Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) es la forma a través de la cual la IPS implementa un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad que reciben los usuarios.

PROCESO: Metodología definida utilizando herramientas e instrumentos y un conjunto de actividades relacionadas entre sí, que al interactuar simultánea o sucesivamente convierten elementos de entrada en resultados donde se persigue el mejoramiento continuo.

PROTOCOLO: Es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe de ser de carácter obligatorio.

SALUD: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO: Bienestar por parte de los usuarios con un óptimo alcance de sus expectativas.

SEGUIMIENTO: Acciones tomadas después de la finalización de un proceso.

SEGURIDAD: Conjunto de requerimientos de tipo estructural, instrumental y metodológico que al ser aplicados de la manera adecuada minimizan el riesgo o la ocurrencia de un evento adverso.

SERVICIOS DE SALUD: son prestaciones que brindan asistencia, puede decirse que la articulación de estos servicios de salud constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas.

SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS): Es un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que procuran la prestación del servicio y fijan condiciones de acceso en todos los niveles de atención, bajo el fundamento de garantizar la atención integral a toda población.

SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN: Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, de las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas y las Empresas de Medicina Prepagada éstas que voluntariamente decidan acogerse a este proceso. (Ministerio de la protección social, decreto 1011 de 2006 título V artículo 41)

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD: Ejerce las funciones de Vigilancia, Inspección y Control dentro del SOGCS, y aplica las sanciones en el ámbito de su competencia.

VERIFICACIÓN: Procedimiento establecido mediante plan de visitas para verificar el cumplimiento de condiciones exigibles a los prestadores de Servicios de Salud, es responsabilidad de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud

4.5 MARCO JURÍDICO

NORMATIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p>Constitución Política de Colombia de 1991</p>	<p>Art. 48: Define la Seguridad Social como un servicio público, bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.</p> <p>Art. 49: Se establecen como funciones del Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control²⁹</p>
	<p>Art. 153: Fundamentos del Servicio Público: Dentro de los cuales se encuentra de Equidad, Obligatoriedad,</p>

²⁹ Constitución Política, Bogotá. Legis, 1991; Colombia

<p>Ley 100 de 1993</p>	<p>Protección Integral, Libre Escogencia, Autonomía de las Instituciones, Descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y CALIDAD. La CALIDAD Caracterizada como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional.</p> <p>Art 178: Dentro de las funciones de las Entidades Promotoras de Salud se incluyen: “Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”.</p> <p>Art 227: Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud: Establece la responsabilidad del Gobierno de definir el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud para garantizar la adecuada calidad en la prestación de servicios de salud.³⁰</p>
<p>Decreto 1011 de 2006</p>	<p>Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social y sus resoluciones reglamentarias.³¹</p>
<p>Resolución 1043 de 2006</p>	<p>Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad y se dictan otras disposiciones.³²</p>

³⁰ Ley 100/1993 de diciembre 23, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones (Diario Oficial 41.148, de 23-12-93).

³¹ Decreto 1011/2006 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 (Diario Oficial 46230, de 03-04-06).

³² Resolución 1043/2006, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones (Diario Oficial 46271, de 17-05-06)

Resolución 1446 de 2006	Por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan indicadores de monitoreo del sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención en salud. ³³
Resolución 1445 de 2006	Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones y sus Anexos técnicos 1 y 2. Anexo 1 de la Resolución 1445 de 2006, por la cual se expiden los Manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación. Anexo 2 de la Resolución 1445 de 2006: Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la Acreditación en Salud. ³⁴
Decreto 4295 del 2007	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003. Art 1: Norma Técnica de Calidad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Fijar como Norma Técnica de Calidad para las instituciones prestadoras del servicio de salud y las empresas administradoras de planes de beneficios, la adoptada por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud y definida a través del Decreto 1011 de 2006 y las normas técnicas que lo desarrollan o las que lo modifiquen. ³⁵
	Por medio de la Resolución 0123 de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, efectuó modificaciones a las funciones de la entidad acreditadora de cara a los

³³ Resolución 1445/2006, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Diario Oficial 46271, 08-05-06).

³⁴ Resolución 1445/2006, Por la cual se definen las funciones de la Entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones (Diario Oficial 46.271, de 17-05-06).

³⁵ Decreto 4295/2007, por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 872 de 2003 (Diario Oficial 46804, de 06-11-07)

Resolución 123 de 2012	estándares de habilitación Por la cual se modifica el artículo 2° de la Resolución número 1445 de 2006 La Ministra de Salud y Protección Social, en ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente las conferidas por el numeral 13 del artículo 5° del Decreto 4107 de 2011 y los artículos 44 y 56 del Decreto 1011 de 2006. ³⁶
Decreto 4747 de 2007	Por el 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, y se dictan otras disposiciones de organización, administración
Ley 1122 de 2007	Realiza ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, definiendo el Aseguramiento en Salud, como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores ⁸ , norma que enfatiza el desarrollo de los componentes de calidad en el aseguramiento y en la prestación de los servicios de salud. ³⁷
Resolución 1998 de 2010	Por medio de la cual se definen los lineamientos para la renovación de la habilitación de los prestadores de servicios de salud
Ley 1438 de 2011	Por medio de esta Ley se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud teniendo como objeto el

³⁶ Resolución 123/ 2012, Por la cual se modifica el artículo 2o de la Resolución número 1445 de 2006 (Diario Oficial No. 48.329 de 31-01-12)

³⁷ Restrepo, Jairo Humberto. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122?. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2007, vol. 25, no 1, p. 82-89.

	fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. ³⁸
Resolución 1441 de 2013	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y se dictan otras disposiciones
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 1751 de 2015, artículo 7	Obliga al Estado a organizar un sistema de salud el cual de manera coordinada y armónica, define los principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias facultades, obligaciones, derechos, deberes recursos financieros, controles, información, procedimientos y evaluación, idóneas para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud. ³⁹
Resolución 0256 de 2016	Por la cual obliga a hacer un sistema de Información para la Calidad, que hace parte del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS, establecer indicadores para el monitoreo de la calidad en salud, enfocado al mejoramiento de la calidad en salud que impacte en el usuario como finalidad del Sistema.

³⁸ Colombia, C. d. LEY 1438 DE 2011. *Ley 1438 de 2011*, 2011.

³⁹ De Colombia, Gobierno. Ley 1751. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2015. 2015.

5 METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio cuantitativo observacional de tipo descriptivo transversal.

Según como menciona Manterola y Otzen en el artículo Estudios Observacionales.

Diseños utilizados con mayor frecuencia en Investigaciones Clínicas:

- “Los estudios observacionales (EO) corresponden a diseños de investigación cuyo objetivo es “la observación y registro” de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos.
- Las mediciones, se pueden realizar a lo largo del tiempo (estudio longitudinal), ya sea de forma prospectiva o retrospectiva; o de forma única (estudio transversal).
- Por otra parte, los EO pueden ser descriptivos, cuando lo que se pretende es “describir y registrar” lo observado, como el comportamiento de una o más variables en un grupo de sujetos en un periodo de tiempo; o analíticos, que son aquellos que permiten “comparar grupos de sujetos” sin que exista un proceso de asignación de los individuos en estudio a una intervención determinada, siendo por ende el investigador un mero observador y descriptor de lo que ocurre.”¹

5.2 POBLACIÓN

La autoevaluación Institucional para el PAMEC de la IPS Municipal de Cartago, cuenta con 8 grupos de estándares enmarcados en 158 criterios para evaluar y garantizar los servicios de salud prestados a los habitantes del municipio, conforme a lo establecido en el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia.

- **UNIVERSO:** Todas las IPS del municipio de Cartago

5.3 MUESTRA: IPS Municipal de Cartago

- **MUESTREO:** Tipo no probabilístico aleatorio simple

5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS:

Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

En este trabajo se incluirán todos los procesos establecidos por la IPS del Municipio de Cartago reportados en la evaluación, priorización y definición de acciones de mejora del PAMEC 2017.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

En este trabajo no se aplicarán criterios de exclusión

5.7 VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	FUENTE	INDICADOR
Debilidad	Dificultad encontrada en el proceso	Nominal	Lista de chequeo	Número de debilidades encontradas
Fortalezas	Proceso con adecuado funcionamiento	Nominal	PAMEC	Número de fortalezas encontradas
Normas aplicadas en cada proceso	Estándares que cumplen en cada proceso	Ordinal	Lista de chequeo	% de normas aplicadas en cada proceso

Anexo 5: Fuente: Creación propia

5.8 PLAN DE ANÁLISIS

5.8.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Desde el momento que el equipo se puso en contacto con la IPS del municipio de Cartago E.S.E, se vio la necesidad de tener una cita con la directora de calidad para mirar más a fondo todos los procesos existentes que se llevan a cabo y se desarrollan dentro de la institución, de los cuales fue necesario conocer detalladamente todas las áreas esenciales que cobijan el desarrollo del PAMEC y su implementación en su ruta crítica y cómo podríamos contribuir de manera eficaz con un plan de mejoramiento continuo con miras a la calidad.
- Para ello fueron empleadas unas herramientas que otorga el Ministerio de Salud y Protección Social para la valoración y evaluación del PAMEC con énfasis en acreditación de las Instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuales se relacionadas a continuación:
 - Autoevaluaciones cuantitativas y cualitativas u Hoja Radar (formato de consolidación de autoevaluación), regida por la Resolución 123 de 2012
 - Formato de priorización planes de mejoramiento con énfasis en acreditación (anexo 6) y priorización de las oportunidades de mejoramiento en acreditación (anexo 7)

FORMATO DE CONSOLIDACIÓN DE LA AUTOEVALUACIÓN															
IPS MUNICIPAL DE CARTAGO		RESPONSABLE: GERENTE			Fecha de la autoevaluación: Junio 2018	Fecha de la elaboración: Julio 2018	Fecha de la actualización: Julio 2018	Versión: 1							
NÚMERO	ESTANDAR	ASPECTOS CUALITATIVOS			CALIFICACION										
		FORTALEZAS	SOPORTES O EVIDENCIAS DE LAS FORTALEZAS	OPORTUNIDADES DE MEJORA	ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN			RESULTADOS			TOTAL	
7.1. Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial															
Derechos de los Pacientes															
1	<p>Estándar 1. Código (ADP1) La atención cuenta con una declaración de los derechos y deberes de los pacientes incorporada en el plan de dirección-misión-estrategia de la organización, que aplica al proceso de atención al cliente. El personal ha sido entrenado en el contenido de la declaración de los pacientes y cuenta con herramientas para evaluar que están comprendiendo y conocen sus derechos. Las personas que van a ser atendidas conocen y comprenden el contenido de la declaración de sus derechos y deberes. Ortografía: + Los derechos de los pacientes serán informados y la comprensión de los pacientes se permite la comprensión de la declaración (informar, limitaciones mentales, etc.), la organización debe garantizar que están en informado y entender por un consentimiento con</p>	Se tiene documentado la declaración de derechos y deberes del usuario	Formato de declaración de derechos y deberes; educación a la comunidad	Implementar en el proceso de inducción al personal nuevo la socialización del código de ética y buen gobierno	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2,50

Anexo 6: Imagen formato de consolidación de la autoevaluación. Resolución 123 de 2012. Ministerio de Salud y Protección Social

VARIABLE	CALIFICACION				
	1	2	3	4	5
ENFOQUE					
SISTEMATICIDAD Y AMPLITUD	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas. El enfoque y los procesos a través de los cuales se despliega está documentado.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar, en áreas clave	El enfoque es sistemático tiene buen grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
PROACTIVIDAD	Los enfoques son mayoritariamente reactivos	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aún cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
CICLO DE EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y datos, desarticulados	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de productos y servicios	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de mejoramiento
IMPLEMENTACIÓN					
DESPLIEGUE A LA INSTITUCIÓN	El enfoque se ha implementado en algunas áreas pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.
DESPLIEGUE AL CLIENTE INTERNO Y/O EXTERNO	El enfoque no se despliega hacia los clientes	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente
RESULTADO					
PERTINENCIA	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
CONSISTENCIA	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de que algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
AVANCE DE LA MEDICIÓN	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del desarrollo de la medición.	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de solicitados en el estándar.	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización la información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos
TENDENCIA	El estado de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar.	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
COMPARACIÓN	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas practicas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistémicas	Se encuentra en etapa temprana de comparación con las mejores prácticas de algunos procesos, productos y/o servicios solicitados en el estándar.	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios claves solicitados en el estándar.	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en nivel cercano a las tendencias de clase mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.

Anexo 6: Imagen Instructivo Hoja Radar, calificación de cuantitativa de estándares. Fuente: UrbanoLorena_12Anexos.pdf



Ministerio de la Protección Social
 República de Colombia
 Dirección General de Calidad de Servicios

Proyecto de preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad

HOSPITAL XXXX		GRUPO DE ESTÁNDARES							LÍDER DEL GRUPO		FORMATO PLANES DE MEJORAMIENTO	
ESTÁNDAR/ CALIDAD ESPERADA	OPORTUNIDAD DE MEJORA	PRIORIZACIÓN				ACCIONES DE MEJORAMIENTO	BARRERAS DE MEJORAMIENTO	PROCESO RESPONSABLE DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	PERSONA RESPONSABLE DE LA ACCIÓN			
		Riesgo	Costo	Volumen	Total							
4	5		6			7	8	9	10			
						1						
						1						
						1						
						1						
						1						
		TOTAL ACCIONES DE MEJORAMIENTO				11	5					

Anexo 7: Imagen del formato de priorización de planes de mejoramiento con énfasis en acreditación. Fuente: Manual para elaboración de planes de mejoramiento en acreditación. Ministerio de Salud y Protección Social

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

Anexo 7: Imagen de Priorización de las oportunidades de mejoramiento. Fuente: Manual para elaboración de planes de mejoramiento en acreditación. Ministerio de Salud y Protección Social

Dichos instrumentos hacen posible, determinar alternativas y tomar criterios a considerar para adoptar una decisión, clarificar problemas, oportunidades de mejora y proyectos. siendo estos instrumentos de valoración y seguimiento en el que el investigador identifica y recopila datos obtenidos a través de su aplicación, generando así unos hallazgos que permiten dar continuidad a un plan de mejoramiento el cual consiste en el resultado de un conjunto de procedimientos, acciones y metas diseñadas y orientadas de manera planeada, organizada y sistemática desde las diferentes áreas de la institución.

Este aplicativo incluye la evaluación minuciosa de los 158 estándares de calidad los cuales están especificados en la hoja radar con el objetivo de identificar cuáles de ellos no se están cumpliendo o no se han bien implementado en la institución, para así realizar el estudio necesario que llevara a la resolución de la pregunta problema, dando pautas de mejoramiento, para que la IPS municipal logre dar cumplimiento a los objetivo propuestos con miras a la alta calidad, estandarizados por el ministerio de Salud a través de la implementación del programa para el mejoramiento continuo en calidad.

Es importante tener en cuenta que desde el momento que comenzamos a hacer la recopilación de los datos tuvimos accesibilidad a toda la información pertinente que nos permitió dar seguimiento exhaustivo y así poder establecer claramente en donde se encuentra la institución con miras a la calidad

5.8.2 VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

La validez del instrumento para realizar la autoevaluación institucional se encuentra ya realizado, declarado y aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social

5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El grupo investigador tuvo en cuenta los siguientes aspectos éticos para el desarrollo de la investigación:

- **Carta de autorización:** En el cual se establece una misiva a la IPS municipal de Cartago, expresando la intención del desarrollo del proyecto en la institución, teniendo en cuenta que se trabajaría de la mano con la Coordinadora de Calidad y la Auditora interna de la institución, de modo que la información suministrada por la misma será bajo estricta confidencialidad. (Anexo 10 carta de autorización)
- El tipo de estudio según los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, corresponde a una “investigación sin riesgo”, puesto que el objetivo es obtener generar acciones correctivas a la IPS y no de realizar intervenciones a personas que pongan en riesgo su salud física, psicológica y emocional.

El equipo investigador tuvo en consideración los siguientes principios éticos:

- **BENEFICENCIA:** Empleado en el momento que se impone la obligación de ayudar a la IPS a promover la búsqueda de la acreditación de la misma.
- **NO MALEFICENCIA:** No se actuará de modo negligente, evitando así daños que puedan perjudicar seriamente a la Institución.
- **JUSTICIA:** Una vez se determinan los modos de practicar la beneficencia, nos enfocamos en la manera de distribuir dichos beneficios a la Institución como la disposición del tiempo prudente y la atención de acuerdo a las necesidades que se presenten en el proceso investigativo.
- **AUTONOMÍA:** En el desarrollo de la investigación, se propugna la libertad de la IPS para determinar sus propias acciones, de acuerdo a su elección.
- **FIDELIDAD:** Se crea un lazo de “confianza” entre la IPS y el grupo investigador, de modo que se adquiere un compromiso de estricta

confidencialidad en la manipulación de la información suministrada por la misma.

5.10 COMPROMISO MEDIO AMBIENTAL

El equipo investigador empleó medios magnéticos y/o electrónicos, dando así cumplimiento al Decreto Ley 2811 de 1974 "Por el cual se reglamenta el Decreto Ley 2811 de 1974 en materia de ordenación, manejo y aprovechamiento forestal y se adoptan otras determinaciones, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en especial las previstas en el numeral 11 del Artículo 189 de la Constitución Política"³ y el Decreto 1076 de 2015 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible, en ejercicio de las facultades que le confiere el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política"⁴, pues como investigadores estamos comprometidos a minimizar el consumo de papel, sustituyéndolo siempre que sea posible por sistemas digitales.

5.11 IMPACTO SOCIAL Y/O INNOVACIÓN O RESPONSABILIDAD SOCIAL NUEVA NORMA ISO 26000:2010 RESPONSABILIDAD SOCIAL

Este proyecto brinda a la IPS Municipal de Cartago, estrategias que lleven al mejoramiento en la prestación de los servicios de calidad brindados a la comunidad de Cartago.

Siendo la IPS Municipal de Cartago una Institución de primer nivel que presta servicios de baja complejidad como consulta externa, hospitalización, gineco-obstetricia.

Por tanto, su mayor responsabilidad social por medio del PAMEC convendría:

- Garantizar la Seguridad del Paciente, direccionando una política de seguridad no solo al paciente dentro de la institución, sino que se involucraran sus familiares.
- Garantizar la Seguridad a los empleados ya que la IPS trabaja con y para seres humanos, por tal motivo debe creer en sus colaboradores, en sus capacidades y en su interés por realizar la labor lo mejor posible de esta forma ha creado espacios de enriquecimiento personal, intelectual y profesional para el bienestar de sus colaboradores.
- Prevención y Control de contaminación Ambiental: Incentivando estrategias y prácticas basadas en la cultura de eco-eficiencia y cuidado del medio ambiente.
- Atención Integral y de excelente Calidad en la Prestación de los Servicios de Salud: la IPS brindará en todo momento a los pacientes la atención requerida, buscando incrementar el nivel de satisfacción, implementando y renovando procesos y prácticas seguras en la atención del paciente.

5.12 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.12.1 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MES															
	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO			
	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4	SEM 1	SEM 2	SEM 3	SEM 4
Conformación del equipo investigador.	■															
Definición del tema		■	■													
Revisión guías Básicas para la implementación de las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad en salud			■	■	■											
Revisión del material de PAMEC de la IPS Municipal de Cartago					■											
Planteamiento del PAMEC que cumpla con la normatividad vigente						■										
Aplicación del instrumento: Hoja Radar						■	■	■								
Revisión de oportunidades de mejora								■	■							
Ejecución del instrumento: Priorización de planes de mejoramiento									■	■	■	■				

CD	2	2	2.500		5.000	5.000
TOTAL						6.057.000

Anexo 10: Fuente: Creación propia

5.13 POBLACIÓN BENEFICIADA

En esta oportunidad la población beneficiada es tanto todo el personal que hace parte de cada uno de los procesos de la IPS Municipal de Cartago, (misionales, estratégicos y de apoyo), como a toda la población que asiste a la misma: Lactantes, niños, adolescentes, adultos y Adultos mayores.

5.14 DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se efectuó una investigación descriptiva retrospectiva sobre las condiciones del PAMEC de la IPS Municipal de Cartago en el segundo y tercer trimestre del 2018, encontrando en él las barreras que deben corregirse del mismo año, destinando equipos de trabajo para llevar a cabo acciones de mejoramiento.

El plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la IPS del municipal de Cartago E.S.E fue 2017 fue diseñado según lineamientos del Sistema de Acreditación en Salud y los lineamientos del Manual de Acreditación en Salud.

Al hacer la verificación se encontró que la plataforma estratégica de la Institución cumple con un enfoque hacia la calidad en la definición de la misión y visión, principios corporativos, objetivos estratégicos ya que ésta se compromete a brindar atención con altos estándares de calidad orientados a la satisfacción del usuario.

Ahora bien, de los 158 estándares se dividieron según la calificación y se realizó la siguiente ponderación la cual nos arrojó una calificación institucional de 1.5; La ponderación se realizó del siguiente modo:

GRUPO DE ESTÁNDARES	CANTIDAD DE		VALOR TOTAL DEL	
	SUBESTÁNDARES	SUBESTÁNDAR	SUBESTÁNDAR	TOTAL
Asistencial	74	1,4		103,6
Direccionamiento	13	1,39		18,07
Gerencia	15	1,79		26,85
Gerencia de Talento Humano	16	1,72		27,52
Gerencia del Ambiente Físico	11	1,95		21,45
Gestión de la Tecnología	10	1,40		14
Gerencia de la Información	14	1,65		23,1
Mejoramiento de la Calidad	5	1,80		9
TOTAL				243,59/158
				1,54

Anexo 13: Fuente-Creación Propia

El puntaje Institucional de 1,5 es el rango normal que tiene una institución de primer nivel cuando está empezando con el tema de calidad, debido a que en Colombia hay una normatividad vigente que dice que las empresas públicas tienen que implementar el sistema único de acreditación.

El equipo investigador después de verificar calificaciones en el formato de autoevaluación encontró que de los 158 estándares establecidos existen 6 que no aplican.

Una vez obtenida la ponderación, se tomaron algunos estándares priorizando 17 que obtuvieron un alto puntaje con base en los factores críticos de éxito que son costo, riesgo y volumen propuestos por acreditación, metodología propuesta por Icontec, la cual es la entidad encargada de la acreditación en Colombia; De los 17 estándares priorizados 10 pertenecen al grupo asistencial, 1 al grupo de direccionamiento, 1 al grupo de gerencia, 1 del grupo de gerencia del talento

humano, 1 al grupo de gerencia del ambiente físico, 1 de gestión de tecnología, 1 al grupo de gerencia de la información y 1 estándar de gerencia de la calidad.

Finalmente, a los 17 estándares priorizados, se les planteó un plan de mejora por parte del equipo investigador, el cual se espera que sea tenido en cuenta por la IPS Municipal de Cartago E.S.E para su debido seguimiento y de este modo permitir que la institución avance en el proceso de atención y calidad a sus usuarios.

6 CONCLUSIONES

- La IPS del Municipio de Cartago E.S.E, está apuntando hacia la acreditación por medio del PAMEC.
- La IPS del Municipio de Cartago E.S.E, requiere replantear la priorización de los estándares de acreditación según los criterios del Ministerio de salud y protección social definiendo en el documento de PAMEC, los criterios que aun sin puntaje critico serán priorizados para ser consecuentes con el manual único de acreditación.
- La IPS del Municipio de Cartago E.S.E en el instrumento de consolidación de la autoevaluación se califica con 1,5; el cual es un rango esperado ya que la que la institución espera que en el transcurso de los próximos 5 años puede tener un puntaje que le permita poder acreditarse
- Dentro de los 8 grupos de estándares de la autoevaluación de acreditación, se priorizaron 17 estándares que tuvieron mayor afectación de acuerdo a los criterios críticos de éxito que son costo, riesgo y volumen, que es la metodología planteada por INCONTEC; de los cuales 10 son del proceso asistencial, 1 de direccionamiento, 1 de gerencia, 1 de gerencia de talento humano, 1 gerencia del ambiente físico, 1 de gestión de tecnología, 1 de gerencia de la información y 1 de mejoramiento de la calidad.
- Se propone oportunidades de mejora para el PAMEC de 2018 con el fin de lograr el mejoramiento continuo diario de la institución.
- Es importante que la institución se percate del perfil profesional que labora actualmente y el personal nuevo sea competente según el cargo asignado.

7 RECOMENDACIONES

El equipo investigador recomienda:

- Gerente, volver a realizar la autoevaluación dentro de un año y dar continuidad al proceso de autoevaluación.
- Se recomienda dar continuidad a las actividades implementadas en el plan de mejora impartidas por el equipo de trabajo investigativo de la fundación universitaria del areandina.
- Enfermera, socializar y evaluar la adherencia el tema de acreditación con el personal de la institución.
- IPS, generar espacios para investigaciones para el mejoramiento continuo de la calidad que incluyan los transversales como deberes y derechos de seguridad del paciente y a su tiempo el tema de investigación.
- Subgerente financiero, realizar la gestión de recursos económicos para adecuar el ambiente físico, siguiendo las políticas de seguridad del paciente y trato humanizado.
- Jefe de calidad de la IPS del Municipio de Cartago E.S.E, socializar y garantizar la comprensión de la política organizacional a todos los funcionarios esclareciendo funciones y fomentar el cumplimiento de la misma.
- Seguir fortaleciendo la política de humanización con el personal asistencial garantizando así la calidad del servicio ofertado.
- En cuanto a la plataforma estratégica se recomienda implementar el mapa de procesos que se planteó en el proyecto permitiendo tener más claridad en todos los procesos.

- Se recomienda implementar los instrumentos de consolidación de la autoevaluación. Resolución 123 de 2012. Ministerio de Salud y Protección Social y formato de priorización de planes de mejoramiento con énfasis en acreditación del Ministerio de Salud y Protección Social utilizados por el equipo investigador que se han postulados como herramientas de mejora a cada una de las falencias encontradas en la autoevaluación.

8 ANEXOS

Anexo 8

Pereira, 23 de julio de 2018

Doctora
Claudia Sánchez
Coordinadora de Calidad
IPS MUNICIPAL
Cartago

INSTITUCIÓN PRESTADORA
DE SERVICIOS DE SALUD

Fecha: 31/07/18 Hora: 9:41
Recibido: [Firma] No. de Folios

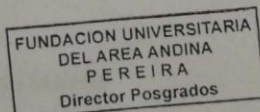
ASUNTO: Solicitud de autorización para elaboración de trabajo de grado en IPS Municipal de Cartago (Valle)

Cordial saludo,

Por medio de la presente solicito comedidamente autorización para que los estudiantes de la especialización en Auditoría en Salud: Dayanis Esneda Quiñones, Maira Alejandra Cossio, Laura Michelle Peñaloza y Juan Gabriel Santamaría, puedan acceder a la información requerida para el desarrollo de la investigación: "**Propuesta de un Plan de Mejoramiento PAMEC**", la que cuenta con una intensidad de 120 horas teórico-prácticas; con el fin de realizar seguimiento al Programa de Mejoramiento de la Calidad PAMEC. Este trabajo estará bajo la Asesoría de la Docente Dora Cristina Buitrago.

Los resultados de dicho trabajo serán socializados por parte de los estudiantes en su Institución; la información será solo para fines académicos, guardando estricta confidencialidad y finalmente se hará entrega de dicho Plan al área de calidad según los hallazgos encontrados.

[Firma manuscrita]



CARLOS OLIVARES SANTOS
Director Centro de Posgrados Seccional Pereira

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/DECRETOS/2309%2002.pdf>
2. <https://www.netquest.com/blog/es/blog/es/muestreo-probabilistico-muestreo-aleatorio-simple>
3. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=&k=planes%20dehttp://noticias.universia.com.ar/en-portada/noticia/2015/01/08/11179https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-de-preparacion-para-acreditacion.pdf>
4. <http://www.pol.una.py/sites/default/files/files/bienestar/PRINCIPIOS%20ETICOS%20DE%20ENFERMERIA.pdf>
5. http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf
6. <20/8-propositos-ecologicos-cuidar-medio-ambiente-2015.html%20mejoramiento>
7. <https://justiciaambientalcolombia.org/herramientas-juridicas/legislacion-ambiental/>
8. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?sBcript=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200042&lng=es.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?sBcript=sci_arttext&pid=S0717-95022014000200042&lng=es)
9. [http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042.](http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042)
10. <https://redjusticiaambientalcolombia.files.wordpress.com/2014/04/decreto-ley-2811-de-1974.pdf>

11. <https://redjusticiaambientalcolombia.files.wordpress.com/2015/06/decreto-1076-del-26-de-mayo-de-20152.pdf>
12. <https://www.globalstd.com/pdf/rs-iso26000-2010.pdf>
13. <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/DECRETOS/2309%2002.pdf>
14. <https://www.netquest.com/blog/es/blog/es/muestreo-probabilistico-muestreo-aleatorio-simple>
15. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=&k=planes%20dehttp://noticias.universia.com.ar/en-portada/noticia/2015/01/08/11179https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-de-preparacion-para-acreditacion.pdf>
16. <http://www.pol.una.py/sites/default/files/files/bienestar/PRINCIPIOS%20ETICOS%20DE%20ENFERMERIA.pdf>
17. http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INT.L._Cod_Nuremberg.pdf
18. 20/8-propositos-ecologicos-cuidar-medio-ambiente-2015.html%20mejoramiento
19. <https://justiciaambientalcolombia.org/herramientas-juridicas/legislacion-ambiental/>
20. http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol55_n4/pdf/A03V55N4.pdf
21. <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
22. http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf
23. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
24. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>.
25. <https://redjusticiaambientalcolombia.files.wordpress.com/2014/04/decreto-ley-2811-de-1974.pdf>
26. <https://redjusticiaambientalcolombia.files.wordpress.com/2015/06/decreto-1076-del-26-de-mayo-de-20152.pdf>

27. <https://www.globalstd.com/pdf/rs-iso26000-2010.pdf>