

**ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE AUDITORÍA: MEJORAMIENTO DE LA  
CALIDAD EN SALUD (PAMEC) DE LA UNIDAD DE ALIVIO DEL DOLOR Y  
MEDICINA PALIATIVA (UDOP SAS) IPS DEL 2017.**

**UPDATING OF THE AUDITING PLAN: IMPROVEMENT IN HEALTH QUALITY  
(PAMEC) OF THE UNIT FOR PAIN RELIEF AND PALLIATIVE MEDICINE  
(UDOP SAS) IPS OF 2017.**

**ERIKA LILIANA ALVARADO CELIS  
MARISOL LOPEZ PICO  
AZUCENA MARÍN IBARRA  
MONICA MORALES RUSSO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
UNIVERSIDAD CES MEDELLÍN  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD  
BUCARAMANGA**

**2017**

**ACTUALIZACIÓN DEL PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE  
LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) DE LA UNIDAD DE ALIVIO DEL DOLOR Y  
MEDICINA PALIATIVA (UDOP SAS) IPS DEL 2017.**

**ERIKA LILIANA ALVARADO CELIS  
MARISOL LOPEZ PICO  
AZUCENA MARIN IBARRA  
MONICA MORALES RUSSO**

**Trabajo de grado para optar el título de especialista en auditoria en salud**

**ASESORA  
ADRIANA MARÍA GIRALDO MOLINA  
Mg. CALIDAD EN SALUD**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA  
UNIVERSIDAD CES MEDELLÍN  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA EN SALUD  
BUCARAMANGA**

**2017**

## CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN.....	13
GLOSARIO .....	15
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	18
1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	18
1.2. JUSTIFICACIÓN .....	20
2. MARCO TEORICO .....	22
2.1. MARCO CONCEPTUAL.....	22
2.2. MARCO NORMATIVO .....	26
2.3. MARCO INSTITUCIONAL.....	28
2.3.1. Misión.. .....	29
2.3.2. Visión.....	29
2.3.3. Portafolio de servicios.: .....	29
3. OBJETIVOS.....	32
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	32
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
4. METODOLOGIA .....	33
4.1. HERRAMIENTAS .....	33
4.2. MATRIZ DE PLANIFICACIÓN.....	33
4.3. PLAN DE DIVULGACIÓN .....	34
4.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	35
5. RESULTADOS.....	36
5.1. EVALUACIÓN DE ESTRUCTURA.....	36
5.2. DEFINICIÓN DE PROCESOS DE CALIDAD .....	42
5.3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS .....	42
5.4. PLAN DE ACCION PARA EL PAMEC .....	46
5.5. DIVULGACIÓN DEL PAMEC .....	52
6. CONCLUSIONES .....	53
7. RECOMENDACIONES.....	55

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>63</b>

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág</b>
Tabla 1. Matriz de planificación.....	33
Tabla 2. Matriz DOFA UDOP SAS.....	40
Tabla 3. Criterios de Priorización .....	43
Tabla 4. Indicadores de procesos.....	44
Tabla 5. Plan de acción para el PAMEC.....	47

## LISTA DE GRAFICAS

	<b>Pág</b>
Grafica 1. Grado de cumplimiento del PAMEC .....	36
Grafica 2. Cumplimiento por componente.....	37

## LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo 1. Ficha Técnica .....	64
Anexo 2. Presupuesto.....	70
Anexo 3. Cronograma.....	73
Anexo 4. Evaluación del PAMEC.....	75
Anexo 5. Plan de auditoria interna .....	81
Anexo 6. Procedimiento de auditoria interna UDOP SAS.....	82
Anexo 7. Evidencia fotográfica de auditoria de infraestructura .....	90
Anexo 8. Priorización de procesos.....	97
Anexo 9. PAMEC UDOP SAS.....	98
Anexo 10. Acta de Socialización .....	112



## **RESUMEN**

**TITULO:** ACTUALIZACIÓN del PLAN DE AUDITORÍA: MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) DE LA UNIDAD DE ALIVIO DEL DOLOR Y MEDICINA PALIATIVA (UDOP SAS) IPS DEL 2017

**AUTORES:** ERIKA LILIANA ALVARADO CELIS  
MARISOL LOPEZ PICO  
AZUCENA MARIN IBARRA  
MONICA MORALES RUSSO

**PALABRAS CLAVES:** Seguridad del paciente, garantía de la calidad, plan de mejoramiento, cultura organizacional

**DESCRIPCION:** Se pretende actualizar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud PAMEC de la Unidad de Alivio del Dolor y Medicina Paliativa UDOP SAS y motivar a la institución a tomar conciencia sobre la importancia de la creación de una cultura organizacional que se enfoque en la seguridad del paciente, mediante la aplicación de un mejoramiento continuo a sus servicios asistenciales especializados, incrementando el beneficio a los usuarios, minimizando, de esta manera, los riesgos que afectan la calidad de la atención, en concordancia con el Decreto 1011 del 03 de Abril de 2006 (1), el cual en su artículo 32 (2), regula como parámetro, la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud

Para el análisis de la calidad de la atención y de la percepción de la satisfacción de los usuarios, se procede a revisar la información de la situación de la institución consignada en el PAMEC actual, con el fin de determinar claramente factores que

afecten la insatisfacción de las necesidades de atención del usuario, así mismo, la ejecución de los procesos y efectividad en la implementación del PAMEC en la institución, con el objeto de apoyar a la institución en la creación de planes de mejoramiento continuo.

La metodología utilizada para la obtención de resultados es PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) con la utilización de instrumentos guía y documentación fuente relacionada.

## **ABSTRACT**

**TITLE:** UPDATING OF THE AUDITING PLAN: IMPROVEMENT IN HEALTH QUALITY (PAMEC) OF THE UNIT FOR PAIN RELIEF AND PALLIATIVE MEDICINE (UDOP SAS) IPS OF 2017.

**AUTHORS:** ERIKA LILIANA ALVARADO CELIS  
MARISOL LOPEZ PICO  
AZUCENA MARIN IBARRA  
MONICA MORALES RUSSO

**KEY WORDS:** Key words: Patient safety, quality guarantee, improvement plan, organizational culture

**DESCRIPTION:** The aim is to update the Auditing program for the improvement of quality health PAMEC of the unit for pain relief and palliative medicine UDOP SAS and to motivate the institution to become conscious about the importance of the creation of an organizational culture that is focused on patient's safety, through the application of a continuous improvement of its specialized assistance services, increasing the benefits of all users, minimizing, in this way, the risks that affect the quality of the service, in agreement with Decree 1011 of 03 of April 2006 (1), which regulates in the article 32 (2), as a parameter, the auditing for the improvement of the quality in health service provision.

In order to analyze the quality of service provision and the perception of user satisfaction, we proceed by revising the information of the situation and the institution registered in the current PAMEC, aiming to clearly determine the factors affecting the lack of satisfaction concerning the needs in service provision to the user, as well as, the execution of the processes and effectivity of the implementation of the

PAMEC of the institution, with the aim of supporting the institution in the creation of plans of continuous improvement.

The methodology used for the attainment of results is PDVA (Planning, Doing, Verifying and Acting) by using the guiding instruments and the related source documentation.

## INTRODUCCIÓN

El Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), es la herramienta mediante la cual una institución prestadora de servicios de salud (IPS), implementa un mecanismo sistemático y continuo de auto-evaluación buscando el mejoramiento en la calidad de los servicios prestados, teniendo como objetivo que su correcta formulación logre ser percibida de la mejor manera entre los usuarios que reciben atención (3)

La finalidad de este trabajo es apoyar a la Unidad de Alivio del Dolor y Medicina Paliativa UDOP SAS, a implementar con éxito una cultura de Plan de Mejoramiento de la Calidad, a través de la aplicación y seguimiento a la normatividad vigente para el fin, orientado en la seguridad del paciente y logrado mediante la actualización y socialización del documento institucional a los clientes internos.

En este sentido, el primer capítulo se formulará el problema, se hará el análisis de la situación y la justificación para la realización del trabajo. Continuando con la finalidad del proyecto, el segundo capítulo estará dedicado a desarrollar el marco teórico, a través del marco normativo definiendo las normas vigentes que rigen para la creación e implementación del PAMEC además su obligatoriedad y el marco institucional, dándose a conocer el origen y la razón de ser de la institución. El tercer capítulo expone el objetivo general y los objetivos específicos a alcanzar con la actualización del PAMEC. Pasando al cuarto capítulo, el cual permite observar la metodología utilizada para la detección y evaluación de las no conformidades y la creación de los planes de mejoramiento que conllevan a la actualización del documento. De igual manera, se describe el plan de divulgación con las estrategias aplicadas para alcanzar su socialización y las consideraciones éticas propias, orientadas a la protección de los sujetos y de la institución. En el capítulo quinto se establecen los aspectos administrativos requeridos para lograr el objetivo principal,

el cual será entregar la actualización del PAMEC a la Unidad de Alivio del Dolor y Medicina Paliativa UDOP SAS.

## GLOSARIO

**Acreditación en Salud:** el Decreto 903 de 2014 lo define como el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, a las Entidades Promotoras de Salud, a las Entidades Administradoras de Riesgos Laborales y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que presten servicios de salud ocupacional, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. Dicho sistema se regirá por lo dispuesto en el presente decreto y en las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan, así como por la reglamentación que, para su desarrollo e implementación, expida el Ministerio de Salud y Protección Social (4)

**Aseguramiento de la calidad:** La definición de la norma ISO 9000-2015 establece que la garantía de la calidad (comúnmente abreviado QA) es parte de la gestión de la calidad enfocada en proveer a la confianza que la calidad requisitos se cumplen. Tanto los clientes y los administradores tienen una red de garantía de calidad porque no están en condiciones de supervisar las operaciones por sí mismos. Que necesitan para poner la confianza en la producción de las operaciones, evitando así la constante intervención (5)

**Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud:** El Decreto 1011 de 2006 (6) define Auditoria para el Mejoramiento como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud” que reciben los usuarios (7)

**Barreras de seguridad:** Según los lineamientos de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud y Protección Social del 2008: Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de presentación del incidente o evento adverso (8)

**Cliente:** Las personas u organizaciones que se sirven por la organización. Se incluyen clientes internos y externos. (9)

**Cultura Organizacional:** Patrón de comportamiento general, creencias compartidas y valores comunes de los miembros, que se puede inferir a partir de lo que dicen, hacen y piensan las personas dentro de un ambiente organizacional (10)

**Estándar:** Nivel deseado y alcanzable de desempeño contra el cual el rendimiento real se mide. (11)

**Humanización del servicio:** La humanización de servicios de salud considera al ser humano desde un sentido global y holístico, desde su dimensión física, emocional, relacional, espiritual, social e intelectual. Supone una actitud de servicio hacia afuera y hacia adentro de la organización (12)

**Monitorización:** Es el proceso por medio del cual, se asegura que el proceder está encaminado adecuada y eficazmente hacia un resultado final, evitando las posibles desviaciones que pudieran presentarse (13)

**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 (14) 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 del paciente:** Es un objetivo de las ciencias de la salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada por los servicios sanitarios, que con frecuencia son causas de eventos adversos (15)

**Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad de la Atención en Salud:** Tiene como objetivo proveer 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 (16)

**Sistema Único de Habilitación:** Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (17).

## **1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN**

Enmarcado en el Decreto 1011 del 2006, del Ministerio de Salud y Protección Social; se encuentra el sistema obligatorio de garantía de calidad – SOGC – según la definición manejada en dicho decreto el SOGC 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 (18); tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, con un nivel profesional inmejorable.

Dentro de los componentes establecidos por la norma para lograr este objetivo se encuentra el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC (19). Más que una evaluación de calidad el PAMEC es un proceso de autocontrol donde se otorga una gran importancia a las acciones que realizan las IPS, para mejorar las expectativas que tienen los usuarios de los procesos de servicio de salud que presta la entidad.

En este contexto y en lo que respecta a la Unidad de Alivio del Dolor y Medicina Paliativa – UDOP SAS, se considera pertinente evaluar las deficiencias en los servicios que oferta, así se encaminaría a ser competitiva en el mercado de la salud, cubriendo la brecha de insatisfacción que perciben los usuarios en el servicio que reciben; ya que en ocasiones resulta ser el no esperado.

Cabe agregar que la actualización del PAMEC institucional resulta necesaria, pues su incumplimiento y desactualización generaría insatisfacción al usuario, de igual

manera se reflejaría como una institución con baja calidad del servicio y finalmente, siendo la más grave, se expondría a amonestaciones o multas.

Las inconsistencias que puedan encontrarse al actualizar el PAMEC, se presentan como resultado de la inexperiencia del personal administrativo y asistencial, a la alta demanda del servicio en el mercado que la IPS no tiene la directriz correcta para suplirla, lo que conlleva por parte de los usuarios a una percepción baja en la calidad del servicio recibido, a una baja calidad de los profesionales que componen el talento humano de la IPS y habría tendencia a prestar tratamientos deficientes para los pacientes.

La actualización del PAMEC en la IPS UDOP, se convierte en un ejercicio obligatorio según lo estipula el Decreto 1011 de 2006 en su artículo 32: “Los procesos de auditoria serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB” (20). También se convierte en un mecanismo sistemático y continuo que conlleva al mejoramiento de la calidad que esperan los que reciben el servicio; por otra parte, permite la identificación de problemas y la formulación de normas orientando a los profesionales y personal administrativo a priorizar los procesos, estandarizar y establecer mejoras, direccionadas a la prestación del servicio con altos estándares de calidad competentes.

De lo anterior resulta necesario dar respuesta a interrogantes como: ¿Cuáles procesos prioritarios y hallazgos se deben detectar a partir de la evaluación en UDOP SAS, de manera que está se convierta en una herramienta efectiva para el cumplimiento de los altos estándares de calidad ¿Cuál sería la formulación correcta del plan de mejoramiento continuo para la calidad de la IPS UDOP con la finalidad de convertir las debilidades en oportunidades de mejora continua? Los resultados pretenden dar solución en la realización del presente proyecto.

## **1.2. JUSTIFICACIÓN**

La Unidad de Alivio del Dolor y Medicina Paliativa UDOP SAS, Institución Prestadora de Salud, es una unidad interdisciplinaria dedicada al estudio, tratamiento y control del dolor de pacientes con afectos de dolor agudo y crónico, tanto oncológico como no oncológico, igualmente el control sintomático de diversas patologías, que por las características de su enfermedad o lo avanzado de ella se consideran paliativos, mitigando y evitando de esta forma el sufrimiento de ellos y sus familias. En su visión para el 2025, planea ser una empresa líder en el oriente colombiano, reconocida por la humanización de los servicios, la gestión, generación y aplicación del conocimiento, así como que su manejo transdisciplinar este orientado al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

En este contexto, el Decreto 1011 del 3 abril del 2006 establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (21), dicho decreto busca la satisfacción de los usuarios respecto a sus derechos y a la calidad reflejada en los servicios prestados, por lo que la IPS UDOP debe adherirse y cumplir con las condiciones de habilitación propuestas en el decreto señalado; adoptando criterios, indicadores y estándares que le permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán las acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática, en concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para garantizar los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

La Resolución 2003 de 2014 resuelve. “la obligación de ajustar periódicamente y de manera progresiva los estándares que hacen parte de los componentes del Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, se hace necesario ajustar, definir y establecer los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y habilitación

de servicios de salud, así como adoptar el correspondiente Manual” (22); logrando identificar, implementar y seguir altos estándares de calidad para sus servicios asistenciales especializados, con enfoque en la seguridad del paciente, a través de los componentes de calidad del SOGC: accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Mediante la evaluación del PAMEC a corto, mediano, y largo plazo se garantizará la eficacia, y efectividad de las acciones, con un seguimiento a las intervenciones y actividades de mejoramiento continuo, haciendo que esta herramienta de continua evaluación y autocontrol, sea debidamente identificada y aplicada por quienes componen la institución.

La actualización del PAMEC en la IPS UDOP debe direccionarse a conocer y reducir las falencias, a la disminución de los costos derivados de la no calidad, a la optimización de los recursos y a minimizar el riesgo, garantizando así, un servicio de salud de alta calidad percibido y definido en planes de mejoramiento continuo alineados con la norma y en beneficio de la Seguridad de los pacientes.

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1. MARCO CONCEPTUAL**

El componente primordial de la gestión organizacional es la garantía de la calidad porque obliga a la creación de procesos estandarizados, monitoreados y evaluados que se inclinan a priorizar el mejoramiento continuo en el sector salud.

Con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios, la Ley 100 de 1993 establece en su artículo primero: “El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que lo afectan” (23), proponiendo el establecimiento de un sistema obligatorio de garantía de la calidad regulado, con el propósito de incrementar la eficiencia, motivar la productividad y reducir los gastos, tendiendo así a mejorar la calidad de los servicios y la demanda de usuarios satisfechos.

Analizando la prestación de servicios de salud a nivel nacional, el gobierno nacional ve la necesidad de expedir el Decreto 780 de 2016, “Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social” (24) para sintetizar las disposiciones de funcionamiento adecuado del Sistema Obligatorio de Calidad en la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SOGCS, enfocado a obtener mejores resultados en la calidad de servicios de salud, esta vez no solo direccionado al usuario, sino también a su familia, a través de mecanismos accesibles, oportunos, seguros, pertinentes, confiables, continuos y actuales; para inducir a la afiliación de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud al Régimen Contributivo y Subsidiado, traslado y movilidad de EPS,

portabilidad, e implementación de Sistema de Información Transaccional que proporciona los datos de información básica y complementaria de los afiliados.

Ligado a lo anterior cabe señalar que el SOGCS, está conformado por cuatro componentes: el primer componente es el Sistema Único de Habilitación (SUH) mediante la Resolución 2003 de 2014 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud" (25) los cuales son un conjunto de normas, requisitos y procedimientos para registrar, verificar y controlar el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, de obligatorio cumplimiento para la entrada y permanencia de los prestadores de servicios de salud en el sistema.

Las condiciones de capacidad tecnológica y científica son requisitos básicos de estructura y proceso por cada uno de los servicios que se prestan y se consideran suficientes y necesarios para garantizar la adecuada atención en salud. Las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera; éstas dictaminan la estabilidad financiera en el mediano plazo y el cumplimiento de obligaciones en el corto plazo. Las condiciones de capacidad técnico - administrativa son los requisitos respecto a la existencia de representación legal, para sustentar una capacidad financiera auto sostenible.

El segundo componente define la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad – PAMEC -- el cual es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios (26) se establece entonces que el PAMEC es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad.

Su propósito es contribuir al Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, siendo congruente con la búsqueda de los mayores beneficios para el usuario, mediante el desarrollo de procesos básicos como actividades de evaluación y seguimiento a procesos definidos como prioritarios, así como, la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada, por medio de normas técnico - científicas y administrativas que implican definir en forma previa, la calidad deseada, a través de la creación e implementación de manuales, guías de atención, normas técnicas, indicadores y/o estándares, entre otros instrumentos, que deben establecer un mecanismo de divulgación de los instrumentos utilizados para evaluar, medir los procesos, informar y retroalimentar los hallazgos obtenidos.

Para el PAMEC el elemento fundamental de concepto de Garantía de Calidad es la PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar) de manera objetiva, que se hace indispensable para la toma de decisiones, por su parte como proceso orientado al cumplimiento de normas y alineado con los altos estándares de normativa vigente y política nacional de calidad en Seguridad del Paciente.

Identificando así, los principales problemas de calidad presentes en la institución y estableciendo una metodología de análisis, seguimiento al cumplimiento y medición de los resultados del plan de mejoramiento de calidad institucional, de esta manera lograr metas tangibles relacionadas con la seguridad del paciente en cuanto a la prevención y control de los eventos adversos. Por tal motivo, el modelo de auditoria para la calidad en la IPS UDOP se fundamenta en permanente auditoria interna para la evaluación del desarrollo de los procesos de autocontrol aplicados a los servicios especializados de la institución.

El tercer componente es el Sistema Único de Acreditación (SUA) el cual es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades, que están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos



obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud (27). Lo cual humaniza la seguridad de atención al paciente, tiene enfoque de riesgo y ve la necesidad de involucrar la gestión de tecnología para alcanzar el logro de las metas y los objetivos de calidad institucionales.

Finalmente, el cuarto componente es el sistema de información para la calidad, la cual pretende en primer lugar realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, en segundo lugar Brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en tercer lugar Ofrecer insumos para la referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema (28), este componente sugiere realizar seguimiento y evaluación, brindar información a los usuarios y ofrecer insumos para la referenciación por calidad.

Con el planteamiento anterior, se requiere iniciar la revisión de los servicios asistenciales especializados que presta la IPS UDOP, con el fin de conocer la situación actual y evaluar la ejecución de sus procesos internos, la manera en que realizan su auditoria interna y el aprendizaje organizacional; así se podrá priorizar los procesos en la autoevaluación incluida en los pasos de la Ruta Crítica del PAMEC; para posteriormente impulsar un cambio en la cultura organizacional en caminada al mejoramiento de los indicadores del sistema de calidad, la gestión del riesgo para los procesos misionales y la seguridad del paciente.

La actualización del PAMEC de la IPS UDOP, va a contribuir a generar un cambio considerable en la cultura de seguridad institucional, como condición única de aprendizaje y mejoramiento continuo de la calidad asistencial actual y además va a

facilitar la creación de una herramienta confiable, segura y oportuna para el análisis de los procesos de la ruta crítica del PAMEC, así se motivará una participación activa de los directivos y clientes internos en los procesos de elaboración, seguimiento e implementación de la herramienta de calidad; con el fin de encontrar la ruta apropiada para garantizar la ejecución de acciones de mejoramiento, de auditoria y de aprendizaje organizacional; de tal manera que logre de manera efectiva definir y medir la calidad esperada de los procesos para alcanzar metas tangibles relacionadas con el mejoramiento continuo institucional en pro del beneficio y la satisfacción de los usuarios y sus familias.

## **2.2. MARCO NORMATIVO**

Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones (29). Como norma reguladora del Sistema General de Seguridad Social, en su artículo 153 define el concepto de la calidad en los servicios como la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional, y establece en su artículo 227 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. Su propósito es determinar que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben tener como principios básicos la calidad, la eficiencia y que tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera (29).

En el 2011 se reglamentó la Ley 1438 de 2011(30) la cual reforma el sistema general de seguridad social en salud, orientando al Sistema General de Seguridad Social en Salud a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, teniendo en cuenta la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acciones intersectoriales para impactar los determinantes en salud, cultura del autocuidado,

orientación individual, familiar y comunitaria, atención integral, integrada y continua, Interculturalidad, talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado, el fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutiveidad, participación activa de la comunidad y enfoque territorial(30).

Adicionalmente establece que la garantía de calidad y los resultados en la atención en el sistema general de seguridad social de salud definirá e implementará un plan nacional de mejoramiento de calidad el cual debe presentar resultados que cuente con (30):

- ✓ La consolidación del componente de habilitación exigible a direcciones territoriales de salud
- ✓ El establecimiento de incentivos al componente de acreditación aplicable a las instituciones prestadoras de servicios de salud
- ✓ El fortalecimiento del sistema de información para la calidad, a través de indicadores que den cuenta del desempeño y resultados de los prestadores de servicios de salud y entidades promotoras de salud.

Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus resoluciones reglamentarias (31). En su artículo 01 establece que las disposiciones presentes en el decreto se aplicarán a los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud (32).

Decreto 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social; este decreto recopila y simplifica todas las normas reglamentarias en el sector de la salud, entre esas presenta todas las

normas relacionadas con la implementación de sistema de información transaccional que permite el acceso en tiempo real a los datos de información básica y complementaria de los afiliados (33).

Circular 0012 de 2016 Superintendencia Nacional De Salud: Por la cual se hacen adiciones, modificaciones y eliminaciones a la Circular 047 de 200, e imparte instrucciones sobre el Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud – PAMEC y al Sistema de Información de Calidad (34)

Resolución 256 de 2016: Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud (35).

Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud (2007): Cuyo propósito es el de orientar a los diferentes actores del sistema hacia una adecuada manera de implementar dichos procesos y promover para el país una nueva etapa en la gestión de los procesos de calidad (36).

### **2.3. MARCO INSTITUCIONAL**

El objetivo de la institución UDOP SAS es Aliviar el dolor y el sufrimiento, ofreciendo un servicio asistencial especializado en el trabajo humano y la buena comunicación con el paciente y su entorno familiar. UDOP, es liderada por un grupo de profesionales titulados, con experiencia en cada uno los campos ofrecidos.

**2.3.1. Misión.** Somos una unidad interdisciplinar única en su género en el país, dedicada al estudio, el tratamiento y control del dolor de paciente afectos de dolor agudo y crónico, tanto oncológico como no oncológico, así como el control sintomático de diversas patologías que por las características de su enfermedad o lo avanzado de ella se consideran paliativos, mitigando y evitando de esta forma el sufrimiento de ellos y sus familias; nuestro tratamiento es tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados en instituciones o en casa, a través de altos estándares de calidad y del manejo transdisciplinar complementado con equipos de alta tecnología y la adecuada rehabilitación física especializada; actuando con responsabilidad social empresarial en pro del desarrollo sostenible de la organización.

**2.3.2. Visión.** En el 2025 seremos la unidad de dolor y cuidado paliativo líder en el oriente Colombiano en el manejo y abordaje de pacientes que padecen dolor agudo y crónico, dolor crónico oncológico y no oncológico, así como el control sintomático de diversas patologías que por las características de su enfermedad o lo avanzado de ella se consideran paliativos, siendo reconocida por sus excelentes resultados, enmarcado en la humanización de los servicios, la gestión, generación y aplicación del conocimiento y del manejo transdisciplinar orientados al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros pacientes y sus familias.

**2.3.3. Portafolio de servicios.** Los servicios que presta UDOP SAS son:

a) Ofertan consulta especializada en medicina del dolor: Se realiza una evaluación diagnóstica completa y holística, aunque muchos de los pacientes ya llegan a la unidad de dolor con un diagnóstico etiológico, es decir que su médico de referencia ha encontrado una causa a los síntomas que refiere el paciente, en la unidad del dolor se establecen una serie de diagnósticos secundarios basados en el tipo de dolor, síntomas complementarios o acompañantes de la patología sufrida

por el paciente, estado psicológico, emocional, nutricional, valoración y estatificación de heridas y estomas si los tuviese, permitiendo así, definir las mejores opciones de tratamiento, desde el punto de vista integral, por ello trabajamos transdisciplinariamente. De considerarse necesario se realiza durante la valoración una ecografía de nervios y/o musculo esquelética para establecer parámetros de abordaje, si se prescriben procedimientos mínimamente invasivos en el manejo.

Cada paciente tiene una historia clínica única institucional y tanto su diligenciamiento como su custodia estarán bajo las normas legales vigentes e institucionales. Cuentan con un software exclusivo y con registro de propiedad intelectual.

b) Tratamiento especializado en medicina paliativa: Priorización de enfermedades no curativas, como el cáncer avanzado, SIDA, falla hepática terminal, falla renal terminal, ELA (esclerosis lateral amiotrofia), y en general todo tipo de enfermedades de tipo no curativo, son beneficiarios de nuestro abordaje interdisciplinar con visitas diarias, inter-diarias o semanales de acuerdo a como se cataloguen dentro de la Unidad funcional de medicina Paliativa, esto es:

- Nivel I: Paciente afecto de enfermedad no curativa con pocos síntomas o ninguno en el momento.
- Nivel II: Paciente afecto de enfermedad no curativa con varios síntomas a controlar que puede requerir en algún momento hospitalización en Institución para el adecuado control sintomático.
- Nivel III: Paciente afecto de enfermedad no curativa cursando con síntomas refractarios al tratamiento previamente instaurado, o determinada la limitación del esfuerzo terapéutico por grupo de especialistas tratante, o que se encuentra en situación de últimos días.

c) Servicios intrahospitalaria y domiciliaria: El programa de atención domiciliar de UDOP, es dirigida por especialistas en medicina del dolor y cuidado paliativo altamente calificados y con vasta experiencia, se enfoca en atender pacientes paliativos y/o terminales, o que en general cursen con enfermedades no curativas a los cuales enfocamos nuestro manejo hacia el control de los síntomas.

Tradicionalmente los familiares han cuidado a los enfermos en sus casas, la mayoría de ellos pasan el 80% de esta etapa en su domicilio, precisando una atención que debe ser cubierta de forma integral y organizada, para evitar las múltiples visitas a urgencias, la sobresaturación de los equipos de atención primaria, ingresos hospitalarios prolongados, inclusive ingresos a las unidades de cuidado intensivo fútiles en ciertas etapas de enfermedad avanzada, y la atención fragmentada entre diferentes profesionales, muchas veces por poca conexión entre ellos.

El servicio abarca diferentes manejos para el control de síntomas incluyendo la implantación de bombas elastómericas (37)

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GENERAL**

Actualizar el PAMEC de la Unidad de Alivio del Dolor y Medicina Paliativa UDOP SAS, enfocado en el fortalecimiento de la Seguridad del paciente, alineada con los estándares regulatorios del Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad correspondiente al año 2017.

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Evaluar la estructura del PAMEC de la IPS UDOP, para detectar las no conformidades.
- ✓ Definir los principales procesos de calidad para la atención y presentación del servicio en la institución.
- ✓ Priorizar las acciones correctivas, preventivas y de mejora, orientadas a dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios.
- ✓ Diseñar planes de acción para el PAMEC institucional, tomando como referencia los hallazgos obtenidos del análisis al documento, de tal manera que se logre garantizar la integridad, vigencia y pertinencia de la información.
- ✓ Realizar la socialización de la actualización del PAMEC, a la gerencia y demás funcionarios de la Unidad de Alivio del Dolor y Medicina Paliativa (UDOP) como apoyo a la institución en su proceso de habilitación, cumplimiento del PAMEC y los sistemas de información para el año 2017 (38)



## 4. METODOLOGIA

### 4.1. HERRAMIENTAS

Los planes de mejora para los hallazgos se trabajarán y se detectarán a través de un análisis DOFA a la política institucional de Seguridad del Paciente, utilizando además como instrumentos guía la matriz de priorización, matriz de 5W 1H, y la lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la Atención en salud del Ministerio de Salud y Protección. Una vez se tenga disponible el documento institucional.

### 4.2. MATRIZ DE PLANIFICACIÓN

La Tabla 1 presenta la planificación para el desarrollo del proyecto indicando cada uno de los objetivos a cumplir junto con las acciones necesarias a desarrollar.

Tabla 1. Matriz de planificación

OBJETIVOS	ACCIONES	RESPONSABLES	FECHA	TECNICA	RESULTADOS
Evaluar la estructura del PAMEC de la IPS UDOP, para detectar las no conformidades	Visita de revisión del PAMEC, actas y planes de seguimiento	Marisol López Pico Erika Alvarado Celis Azucena Marín Ibarra Mónica Morales Russo	Julio 2017	Ciclo PHVA	
Definir los principales procesos de calidad para la atención y presentación del servicio en la institución.	Matriz de Priorización	Marisol López Pico Erika Alvarado Celis Azucena Marín Ibarra Mónica Morales Russo	Agosto 2017	Ciclo PHVA	
Priorizar las acciones correctivas, preventivas y de	Matriz de Priorización	Marisol López Pico Erika Alvarado Celis Azucena Marín Ibarra	Agosto 2017	Ciclo PHVA	

mejora, orientadas a satisfacer los estándares de habilitación vigentes		Mónica Morales Russo			
Diseñar planes de acción para el PAMEC institucional, tomando como referencia los hallazgos obtenidos del análisis al documento, de tal manera que se logre garantizar la integridad, vigencia y pertinencia de la información	Matriz 5W-1H	Marisol López Pico Erika Alvarado Celis Azucena Marín Ibarra Mónica Morales Russo	Agosto 2017	Ciclo PHVA	
Realizar la socialización de la actualización del PAMEC, a la gerencia y demás funcionarios de la Unidad de Alivio del Dolor y Medicina Paliativa (UDOP) como apoyo a la institución en su proceso de habilitación para el año 2017	Visita de Socialización a la IPS y entrega del documento	Marisol López Pico Erika Alvarado Celis Azucena Marín Ibarra Mónica Morales Russo	Septiembre 2017	Ciclo PHVA	

Fuente: Autores

#### 4.3. PLAN DE DIVULGACIÓN

Los resultados de este trabajo de grado serán divulgados a la gerencia de Unidad de Alivio del Dolor y Medicina Paliativa UDOP SAS, teniendo la certeza de que los contenidos del mismo, contribuirán a generar una cultura institucional de mejoramiento y adhesión a los procesos del PAMEC, asegurando la satisfacción del usuario con respecto al servicio recibido.

#### **4.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Resolución N° 8430 de 1993; por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; según lo planteado la intervención se clasifica en la categoría de investigación sin riesgo; como lo señala el Art 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías (39). Para este caso, se clasifica en la primera categoría, ya que como su nombre lo indica no representará un riesgo para los individuos que participen de la investigación.

a. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

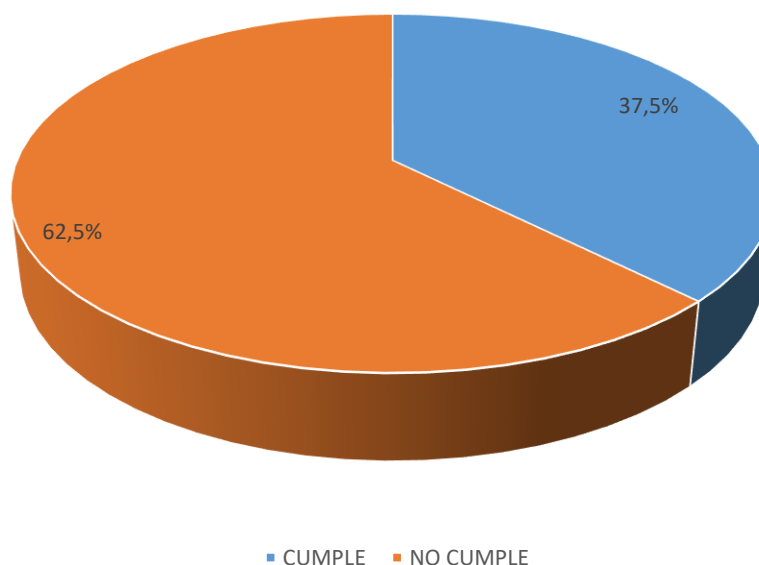
La investigación a realizar está clasificada según la Resolución 8430 de 1993 como sin riesgo, debido a que la intervención que el estudio propone, es de corte transversal donde se revisará una información de acuerdo a una lista de chequeo definida y validada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual no altera ninguna variable de los participantes del estudio, ni identifica y trata aspectos sensitivos de la conducta de estos.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. EVALUACIÓN DE ESTRUCTURA

La etapa inicial para definir el PAMEC de la IPS UDOP SAS es evaluar la estructura, para lo cual se selecciona la herramienta de evaluación definida por el Ministerio de Salud y Protección Social (ver Anexo 4) evaluando la ruta crítica del PAMEC; para lo anterior se diseñó el plan de auditoria (ver Anexo 5) con el fin de organizar las actividades de verificación durante la visita de acuerdo a lo descrito en el procedimiento de auditorías internas(Anexo 6); posteriormente se aplicó la herramienta en los procesos de la institución, obteniendo los siguientes resultados:

Grafica 1. Grado de cumplimiento del PAMEC

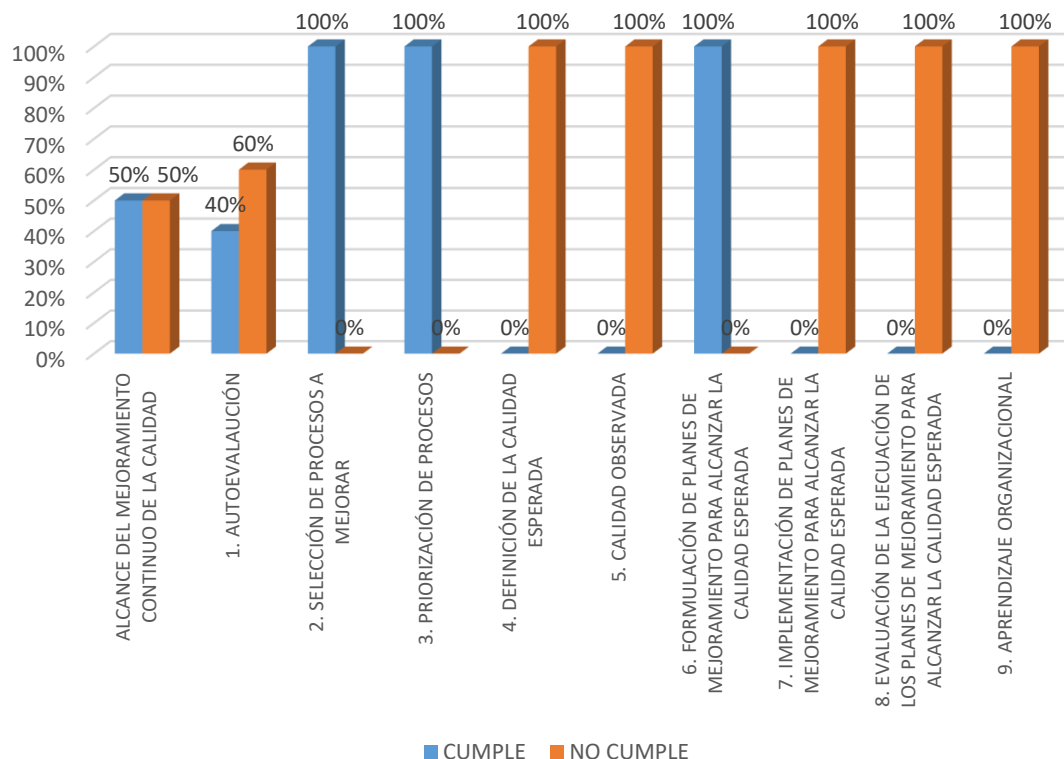


Fuente: Autores, 2017

El grado de cumplimiento de los requisitos definidos en la lista de chequeo para evaluar las condiciones de calidad para la prestación del servicio en UDOP SAS es

del 37,5% (ver Grafica 1), a continuación, se presentan a detalle el comportamiento de este resultado analizando cada uno de los componentes del instrumento descrito en el anexo 4:

Grafica 2. Cumplimiento por componente



Fuente: Autores, 2017

En la Grafica 2 se evidencia el grado de cumplimiento de cada uno de los componentes definidos en el instrumento de evaluación; para el componente del alcance de mejoramiento de la calidad UDOP SAS alcanza un 50% de cumplimiento ya que cuenta con un programa de auditoria para el mejoramiento continuo y está dirigido a los procesos asistenciales prioritarios que determinan la prestación de los servicios, pero este programa no tiene definida una duración de implementación.

Frente al primer paso “autoevaluación” se obtuvo un 40% de cumplimiento debido a que la institución no cuenta con informe de resultados de auditorías del periodo, ni con la base de datos actualizada de gestión de PQR, pero si cuenta con la conformación de los comités institucionales, con la aplicación de las reuniones de cada uno, con la medición de indicadores por procesos (de obligatorio cumplimiento y los definidos por cada proceso) y con el informe de indicadores.

Frente al paso selección de procesos UDOP SAS cumple en un 100% porque cuenta con el listado de procesos seleccionados para el programa, de igual manera, cumple en un 100% con el paso priorización de procesos bajo la metodología validada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Por otra parte, en la etapa de definición de la calidad esperada, la institución no alcanzó ningún porcentaje de cumplimiento ya que ésta no cuenta con los alcances definidos de cada nivel esperado, esto mismo sucede en la etapa “calidad observada” debido a que no cuenta con informe de resultados de auditorías del periodo.

Frente a la formulación de planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, la institución cumple en un 100%, ya que cuenta con el plan de mejoramiento institucional; sin embargo, en el aspecto evaluación de la ejecución de los planes de mejoramiento para alcanzar la calidad esperada, UDOP SAS no cumple con los requisitos, ya que no cuenta con evidencia documental de la implementación de acciones de mejora, al igual que con el aspecto de aprendizaje organizacional, debido a no se cuenta con el análisis de las acciones que se deben estandarizar en UDOP SAS. En el Anexo 7 se presenta la evidencia fotográfica de la revisión de infraestructura de la institución la cual cumple con todos los requisitos establecidos por UDOP SAS para dar cumplimiento a las políticas y protocolos de seguridad del paciente y brindar así una atención segura y de calidad.

Con estos resultados, se diseñó la DOFA institucional que ayuda a enmarcar los aspectos que se deben tener en cuenta para lograr un mejoramiento institucional,

identificando las debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas. A continuación, se presenta la DOFA (ver Tabla 2)

Tabla 2. Matriz DOFA UDOP SAS

<b>FACTORES INTERNOS</b>	<b>FORTALEZAS</b>	<b>FACTORES INTERNOS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
	<b>F1.</b> La cartera es sana tiene una edad entre 50 a 90 días <b>F2.</b> Recurso médico calificado y con amplia experiencia. <b>F3.</b> Resultados de la encuesta de satisfacción a las empresas aseguradoras y del usuario <b>F4.</b> Identificación de pacientes <b>F5.</b> Consentimiento informado <b>F6.</b> Eventos adversos <b>F7.</b> Cuidados de enfermería <b>F8.</b> Realización del perfil sociodemográfico para lograr así creación y Modificación de la encuesta de satisfacción de usuarios <b>F9.</b> Conformación del comité de COPASST y comité de CONVIVENCIA LABORAL <b>F10.</b> Revisión de políticas institucionales <b>F11.</b> Conformación brigada de emergencia <b>F12.</b> Comité investigador de Accidentes de trabajo		<b>D1.</b> Ausencia de un plan de educación médica continuada <b>D2.</b> Alta rotación de personal de enfermería <b>D3.</b> Falta de personal competente permanente para trabajar en seguridad y salud en el trabajo <b>D4.</b> Los mecanismos de captura de quejas no son suficientes. <b>D5.</b> Respuestas muy lentas a las demandas internas y externas.
<b>FACTORES EXTERNOS</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>FACTORES EXTERNOS</b>	<b>AMENAZAS</b>
	<b>O1.</b> Necesidad de consulta oportuna. <b>O2.</b> Mayor demanda de servicios y escasos ofertantes en la ciudad. <b>O3.</b> Unificación del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado con el contributivo, favoreciendo la accesibilidad a los servicios.		<b>A1.</b> Integración vertical por parte de los aseguradores



	<p><b>O4.</b> Desarrollo de programas de bienestar social que mejoran la calidad de vida de los trabajadores y resaltan el nombre de la organización</p> <p><b>O5.</b> Desarrollar estrategias para cubrir a todo el personal en temas de capacitación y formación de seguridad y salud en el trabajo</p> <p><b>O6.</b> Implementar manual de atención al usuario</p> <p><b>O7.</b> Modificar encuesta de satisfacción al usuario</p> <p><b>O8.</b> Protocolo de SIAU</p>		<p><b>A2.</b> Amenaza de nuevos entrantes en la región, en alianza entre la clínica comuneros y algunas EPS.</p> <p><b>A3.</b> Legislación en el sector cambiante y en un momento de cambio gubernamental que va requerir nuevas políticas que regulen el sistema.</p> <p><b>A4.</b> Tarifas impuestas con los aseguradores con poco margen de negociación.</p>
--	---	--	---

Fuente: Autores del proyecto, 2017

## 5.2. DEFINICIÓN DE PROCESOS DE CALIDAD

Con la aplicación de la lista de chequeo del Ministerio de Salud y Protección Social, y a la definición de la matriz DOFA, la alta dirección define que los procesos de calidad seleccionados son: atención al usuario, seguridad del paciente, seguridad y salud en el trabajo; según la alta dirección, estos procesos son claves para favorecer a las partes interesadas de la institución y al darle un control ideal a estos procesos se puede garantizar un mejoramiento no solo para la atención de los pacientes sino para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores que finalmente estos dos aspectos mejorará la imagen corporativa y la situación financiera.

## 5.3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS

La priorización de procesos se realizará de acuerdo a lo definido en el manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación; las variables para priorizar están relacionadas con el alto riesgo, alto volumen y alto costo, las cuales se aplican así (40):

- ✓ *Riesgo*: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos, si no se lleva acabo el mejoramiento.
- ✓ *Costo*: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento.
- ✓ *Volumen*: Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio).

Las calificaciones de cada variable se enmarcan entre los valores 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor, como se puede ver en la Tabla 3.

Tabla 3. Criterios de Priorización

<b>Riesgo</b>	<b>Costo</b>	<b>Volumen</b>
Califique como 1 ó 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	Califique como 1 ó 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 1 ó 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
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	Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan Moderadamente las finanzas y la imagen de la institución	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.
Califique como 4 ó 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	Califique como 4 ó 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	Califique como 4 ó 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.

Fuente: Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en Acreditación, Ministerio de salud y la protección social, 2012 (40)

Los aspectos que obtengan una calificación igual o superior a 80 puntos tendrán una categoría de prioritarios, los cuales se incluirán en el plan de acción para el PAMEC; En el Anexo 8 se puede consultar el instrumento para priorizar las oportunidades de mejora detectadas en la etapa anteriormente descrita; los aspectos que fueron identificados como prioritarios son:

- ✓ Encuestas de satisfacción del usuario
- ✓ Implementar manual de atención al usuario
- ✓ Protocolo de SIAU
- ✓ Consentimiento informado
- ✓ Eventos adversos
- ✓ Cuidados de enfermería
- ✓ Realización del perfil sociodemográfico para lograr así creación y modificación de la encuesta de satisfacción de usuarios
- ✓ Conformación del comité de COPASST y comité de convivencia laboral.

Con esta priorización se define la calidad esperada de los procesos mediante indicadores de gestión que permiten controlar y gestionar los avances y el desempeño de los procesos de UDOP SAS, en la Tabla 4 se pueden evidenciar los indicadores de los procesos priorizados.

Tabla 4. Indicadores de procesos

Proceso	Objetivo	Nombre y formula	Meta
Atención al Usuario	Evaluar la satisfacción al usuario	<b>Porcentaje de usuarios satisfechos</b>  (Número de puntos obtenidos / Número de puntos totales) X 100%	> 95%

Proceso	Objetivo	Nombre y formula	Meta
Atención al Usuario	Evaluar el conocimiento de derechos y deberes de los pacientes	<b>Porcentaje de conocimiento de deberes y derechos de los pacientes</b>  (N° de usuarios que recibieron información de derechos y deberes / N° total de usuarios encuestados) X 100%	> 85%
Atención al Usuario	Evaluar la gestión en la respuesta a las PQR	<b>Porcentaje de gestión de PQR</b>  (N° de usuarios conformes con la gestión de PQR / N° total de PQR gestionadas) X 100%	> 90%
Programa de Seguridad del Paciente	Gestionar los eventos adversos	<b>Porcentaje de gestión de eventos adversos</b>  (N° de eventos adversos gestionados / N° total de eventos reportados) X 100%	100%
Seguridad y Salud en el Trabajo	Prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo ocasionados por factores de riesgo presentes en las actividades del Instituto y las realizadas por	<b>Tasa de Accidentalidad</b>  No. de AT de trabajo en el mes / No. total de trabajadores"	< 1

Proceso	Objetivo	Nombre y formula	Meta
	terceros dentro de sus instalaciones.		
Seguridad y Salud en el Trabajo	Cubrir el 100% de la población expuesta a los riesgos con las actividades de cada programa de Gestión y de Vigilancia Epidemiológica	<b>Cubrimiento de programas de Gestión de Riesgo y de Vigilancia Epidemiológica</b>  (# trabajadores expuestos / # trabajadores cubiertos) *100	> 95%

Fuente: Autores del proyecto, 2017

#### 5.4. PLAN DE ACCION PARA EL PAMEC

Con la priorización de los procesos y la definición de la calidad esperada en UDOP SAS se diseñó el plan de acción para el PAMEC institucional con el objetivo de garantizar la integridad, vigencia y pertinencia de la información, dicho plan de acción contempla los aspectos como: proceso, aspecto cualitativo, actividad, responsable, presupuesto y fecha de cumplimiento.

En la Tabla 5 se puede observar el plan de acción donde se evidencia cada una de las actividades contempladas para los años 2017 y 2018.

Tabla 5. Plan de acción para el PAMEC

Plan de acción para el año 2017 - 2018					
Proceso	Aspecto cualitativo	Actividad	Responsable	Presupuesto	Fecha de cumplimiento
Atención al usuario	Encuestas de satisfacción del usuario	Revisión y actualización de la encuesta de satisfacción	Coordinadora de Atención al Usuario	\$ 50.000	20/12/2017
		Socializar encuestas con el personal de atención al usuario		\$ 40.000	27/12/2017
		Iniciar con la aplicación de la encuesta		\$ 250.000	04/01/2018
		Realizar medición de los resultados de satisfacción		\$ 100.000	30/01/2018
		Implementar plan de acción de acuerdo a los resultados		\$ 350.000	30/03/2018
Atención al usuario	Implementar manual de atención al usuario	Revisión bibliográfica aplicable	Coordinadora de Atención al Usuario	\$ 200.000	15/01/2018
		Diseñar manual de atención al usuario		\$ 100.000	30/04/2018
		Socializar el manual de atención al usuario		\$ 100.000	15/05/2018
		Realizar medición de adherencia al manual de atención al usuario		\$ 250.000	30/09/2018
		Implementar plan de acción de acuerdo a los resultados		\$ 300.000	30/11/2018

Plan de acción para el año 2017 - 2018					
Proceso	Aspecto cualitativo	Actividad	Responsable	Presupuesto	Fecha de cumplimiento
Atención al usuario	Protocolo de SIAU	Revisar el protocolo actual junto con bibliografía actualizada	Coordinadora de Atención al Usuario	\$ 200.000	15/01/2018
		Actualizar el protocolo SIAU		\$ 100.000	30/04/2018
		Socializar el protocolo SIAU		\$ 100.000	15/05/2018
		Medir la adherencia al protocolo SIAU		\$ 250.000	30/09/2018
		Implementar plan de acción de acuerdo a los resultados		\$ 300.000	30/11/2018
Programa de Seguridad del Paciente	Consentimiento informado	Revisar que consentimientos informados se requieres de acuerdo a los servicios prestados	Coordinadora de seguridad del paciente	\$ 50.000	20/12/2017
		Revisar la bibliografía necesaria y actualizada		\$ 50.000	30/01/2018
		Diseñar los consentimientos informados		\$ 100.000	30/04/2018
		Solicitar aprobación por parte del asesor jurídico		\$ 200.000	30/05/2018
		Socializar el consentimiento informado		\$ 80.000	30/07/2018



Plan de acción para el año 2017 - 2018					
Proceso	Aspecto cualitativo	Actividad	Responsable	Presupuesto	Fecha de cumplimiento
		Realizar medición de adherencia a la aplicación del consentimiento informado		\$ 300.000	30/10/2018
		Implementar plan de acción de acuerdo a los resultados		\$ 250.000	20/12/2018
Programa de Seguridad del Paciente	Eventos adversos	Revisar procedimiento de reporte, análisis y gestión de eventos derivados de la atención de salud	Coordinadora de seguridad del paciente	\$ 50.000	20/12/2017
		Actualizar los procedimientos que lo requieren		\$ 40.000	27/12/2017
		Socializar los procedimientos		\$ 250.000	04/01/2018
		Medir los indicadores de gestión		\$ 100.000	30/01/2018
		Realizar planes de acción de acuerdo a los resultados de los indicadores		\$ 350.000	30/03/2018
Programa de Seguridad	Cuidados de enfermería	Revisar procedimientos de atención de enfermería	Coordinadora de seguridad del paciente	\$ 200.000	15/01/2018
		Actualizar procedimientos de atención de enfermería		\$ 100.000	30/04/2018

Plan de acción para el año 2017 - 2018					
Proceso	Aspecto cualitativo	Actividad	Responsable	Presupuesto	Fecha de cumplimiento
del Paciente		Socializar procedimientos		\$ 100.000	15/05/2018
		Realizar medición de adherencia a la aplicación de los procedimientos de atención de enfermería		\$ 250.000	30/09/2018
		Implementar plan de acción de acuerdo a los resultados		\$ 300.000	30/11/2018
Seguridad y Salud en el Trabajo	Realización del perfil sociodemográfico para lograr así creación y Modificación de la encuesta de satisfacción de usuarios	Diseñar encuesta para identificar el perfil sociodemográfico de los trabajadores	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo	\$ 50.000	20/12/2017
		Aplicar encuesta de perfil sociodemográfico		\$ 40.000	27/12/2017
		Realizar informe de acuerdo a los resultados de la encuesta		\$ 250.000	04/01/2018
		Socializar informe de los resultados de la encuesta		\$ 100.000	30/01/2018
		Crear plan de acción de acuerdo al perfil sociodemográfico de la institución		\$ 350.000	30/03/2018

Plan de acción para el año 2017 - 2018					
Proceso	Aspecto cualitativo	Actividad	Responsable	Presupuesto	Fecha de cumplimiento
Seguridad y Salud en el Trabajo	Conformación del comité de COPASST y comité de CONVIVENCIA LABORAL	Realizar campaña de postulación a integrantes del COPASST y Comité de convivencia laboral	Coordinador de Seguridad y Salud en el Trabajo	\$ 200.000	15/01/2018
		Realizar elecciones para la conformación del COPASST y comité de convivencia laboral		\$ 100.000	30/04/2018
		Capacitar a los integrantes de los comités frente a las responsabilidades legales	Miembros del COPASST y Comité de Convivencia Laboral	\$ 100.000	15/05/2018
		Iniciar plan de trabajo de los comités		\$ 250.000	30/09/2018
		Hacer seguimiento a los planes de trabajo		\$ 300.000	30/11/2018

Fuente: Autores del proyecto, 2017

## **5.5. DIVULGACIÓN DEL PAMEC**

Al contar con el plan de acción para el año 2017 y 2018 del PAMEC, se realizó una socialización con la alta dirección y jefes de proceso, con el fin de que conocieran los resultados del proyecto e iniciaran con la programación y ejecución de las actividades. La alta dirección apoya el plan de acción, se interesa y pretende motivar a todos los jefes de procesos a contribuir con el cumplimiento de este para lograr así el mejoramiento institucional esperado. En el Anexo 9 se puede observar el PAMEC actualizado de UDOP SAS y en el Anexo 10 el acta de socialización del documento.

## **6. CONCLUSIONES**

1. El programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud (PAMEC) de la Unidad de Alivio del Dolor y Medicina Paliativa UDOP SAS fue actualizado y permite alcanzar el mejoramiento institucional deseado, fortaleciendo la seguridad de la atención y minimizando los riesgos para los pacientes y trabajadores.
2. Se realizó la evaluación de estructura de acuerdo a la lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud, definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, encontrando un cumplimiento del 37,5% de los requisitos establecidos en este instrumento.
3. La matriz DOFA para la Unidad de Alivio del Dolor y Medicina Paliativa UDOP SAS permite a la alta dirección contar con herramientas estratégicas para actuar ante algún cambio normativo, ingreso de una competencia o diversas situaciones que se pueden presentar, de tal manera que la institución esté preparada para cualquier situación adversa.
4. La alta dirección definió los procesos a intervenir para definir el plan de acción del PAMEC y para su priorización se aplicó lo establecido en el manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación, determinando adicionalmente la calidad esperada con el diseño de indicadores de gestión.
5. La legislación nacional cuenta con todos las herramientas y guías para que las instituciones de salud logren alcanzar estándares superiores de calidad cuya finalidad principal es atender con calidad y con seguridad a los pacientes.

6. El proceso de mejoramiento continuo que define el programa para el mejoramiento de la calidad en salud PAMEC definido por el Ministerio de Salud y Protección Social garantiza que constantemente las instituciones de salud superen las deficiencias identificadas en los procesos de autoevaluación.
7. El compromiso de la alta dirección, de los jefes de proceso y el equipo de trabajo de cada jefe, permitió diseñar satisfactoriamente el plan de acción para el PAMEC y su posterior ejecución eficaz.

## **7. RECOMENDACIONES**

1. Se debe contar con un seguimiento estricto del plan de acción del PAMEC con el fin de culminar satisfactoriamente todas las actividades descritas, de igual manera para conocer a tiempo real, las posibles barreras o inconvenientes para solucionar a tiempo.
2. Se recomienda generar un plan de auditoria que permita periódicamente medir los aspectos definidos en la lista de chequeo del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de verificar la evolución del mejoramiento continuo en los procesos de la institución.
3. Es importante contar con plan de comunicaciones que permita dar a conocer el plan de acción del PAMEC, así como la evolución del cumplimiento de este, con el fin de involucrar a todo el personal de la Unidad de Alivio del Dolor y Medicina Paliativa UDOP SAS.
4. La documentación de los procesos de la institución debe revisarse y actualizarse constantemente ya se debe contar con procedimientos de vanguardia que permitan brindar una atención segura a los usuarios.
5. Debido al cambio constante de la normatividad, es importante que se revise periódicamente la legislación para identificar las que sean aplicables para así poder dar cumplimiento a todos los requisitos, evitando posibles sanciones.
6. Se recomienda generar un plan de incentivos para los trabajadores que participan en las actividades del PAMEC, con el fin de estimular el desarrollo de las actividades descritas en el plan de acción del PAMEC.

## BIBLIOGRAFÍA

1. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 2006 (citado el 03 Abr 2017) Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.../DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>
2. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 2006 (citado el 03 Abr 2017) Página 10. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.../DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>
3. SINERGIA SALUD (Internet) (citado el 03 Abr 2017) Disponible en: [www.clinicafarallones.com.co/publicaciones.php?id=46592](http://www.clinicafarallones.com.co/publicaciones.php?id=46592)
4. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 2014 (citado el 03 Abr 2017) Artículo 5 Página 03. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-903-de-2014.pdf>
5. Normas ISO 9000 y Calidad. (Internet) 2009 Colombia (citado el 03 Abr 2017) Artículo. Disponible en: <http://normas-iso-9000.blogspot.com.co/2009/02/aseguramiento-de-la-calidad-qa.html>
6. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 03 Abr 2006 (citado el 03 Abr 2017) Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.../DECRETO%201011%20DE%202006>



7. Departamento administrativo Distrital de Salud de Cartagena (Internet) Colombia 2017 (citado el 03 Abr 2017) Disponible en: [www.dadiscartagena.gov.co/index.php/vigilancia-y-control/pamec](http://www.dadiscartagena.gov.co/index.php/vigilancia-y-control/pamec)

8. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 2008(citado el 03 Abr 2017) Página 15 Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS\\_IMPLEMENTACION\\_POLITICA\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf)

9. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia septiembre 2012 (citado el 03 Abr 2017) Página 3 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/glosario-manual-acreditacion-salud.pdf>

10. Dra. Inés Domínguez Silva, Dra. Bárbara Bibiana Rodríguez Domínguez, Ing. José Alberto Navarro Domínguez. Revmatanzas, (Internet) 2009, (citado el 03 Abr 2017) Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol6%202009/tema12.htm>

11. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia septiembre 2012 (citado el 03 Abr 2017) Página 6 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/glosario-manual-acreditacion-salud.pdf>

12. Politécnico de Colombia (internet) Información diplomados virtuales (citado el 03 Abr 2017) Disponible en: <https://politecnicodecolombia.edu.co/diplomados-virtuales-gratis/diplomado-virtual-escuela-de-salud/curso-diplomado-humanizacion-de-servicios-de-salud.html>

13. Wikipedia Enciclopedia Libre (Internet) (citado el 03 Abr 2017) Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Monitorizaci%C3%B3n>

14. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia (citado el 03 Abr 2017) Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.aspx>

15. Wikipedia Enciclopedia Libre (Internet) (citado el 03 Abr 2017) Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad\\_del\\_paciente](https://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente)

16. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia (citado el 03 Abr 2017) Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Sistema-ObligatorioGarant%C3%ADa-Calidad-SOGC.aspx>

17. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia (citado el 03 Abr 2017) Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Sistema-unicode-habilitacion.aspx>

18. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 2006 (citado el 03 Abr 2017) Artículo 2. Definiciones Página 2. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

19. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia (citado el 03 Abr 2017) Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx>

20. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia (citado el 03 Abr 2017) Artículo 32, Página 10. Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

21. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 2006 (citado el 03 Abr 2017) Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

22. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 2014 (citado el 03 Abr 2017) Página 1. Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

23. Diario Oficial Secretaria del Senado. (Internet) Colombia 2017 (citado el 03 Abr 2017) Artículo 1. Disponible en:

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html)

24. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 2016 (citado el 03 Abr 2017) Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)

25. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 2014 (citado el 03 Abr 2017) Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf)

26. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia (citado el 03 Abr 2017) Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/auditoria-parael-mejoramiento-dela-calidad.aspx>

27. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia (citado el 03 Abr 2017) Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-unicoacreditacion-sistemaobligatorio-garantia-calidad.aspx>

28. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia (citado el 03 Abr 2017) Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistemade-informacion-para-calidad.aspx>

29. Alcaldía de Bogotá (Internet) Colombia 1993 (citado el 03 Abr 2017) Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

30. Ministerio de Salud y Protección Social. ley 1438 de 2011 [Internet]. 2011 (citado 03 de abril de 2017). Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>

31. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 2006 (citado el 03 Abr 2017) Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

32. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 2006 (citado el 03 Abr 2017) Página 1 Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf)

33. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 2016 (citado el 03 Abr 2017) Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)

34. Consultor salud (Internet) (citado el 03 Abr 2017) Colombia 2016 Disponible en:

<http://www.consultorsalud.com/modificaciones-al-pamec-y-sistema-deinformacion-de-calidad-circular-012-de-2016>

35. Consultor salud (Internet) (citado el 03 Abr 2017) Colombia 2016 Disponible en:

<http://www.acreditacionensalud.org.co/sua/Documents/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016%20SinfCalidad.pdf>

36. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 2007 (citado el 03 Abr 2017) Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Pautas%20de%20Auditoria%20para%20el%20Mejoramiento%20de%20la%20Calidad%20de%20la%20Atenci%C3%B3n%20en%20Salud.pdf>

37. UDOP SAS (Internet) Colombia (citado el 03 Abr 2017) Disponible en:

<http://www.udopsas.com/nosotros/>

38. Alcaldía de Bogotá (Internet) Colombia 2006 (citado el 03 Abr 2017). Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>

39. MINSALUD: Ministerio de Salud y Protección Social (Internet) Colombia 2007 (citado el 03 Abr 2017) Página 3 Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

40. Ministerio de la Protección Social. 2012. Dirección general de calidad de servicios. Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación

## **ANEXOS**

## Anexo 1. Ficha Técnica

DATOS GENERALES DEL PROYECTO					
1. Título del proyecto	ACTUALIZACIÓN AL PLAN DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD (PAMEC) DE LA UNIDAD DE ALIVIO DEL DOLOR Y MEDICINA PALIATIVA (UDOP SAS) IPS DEL 2017.				
2. ¿El proyecto se inscribe en un grupo de investigación de la Universidad CES?	Si		No	X	
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 2, responda las preguntas N° 3 y 4					
3. Grupo de investigación de la Universidad CES que presenta el proyecto	No Aplica				
4. Línea de investigación del grupo que presenta el proyecto	No Aplica				
5. Institución	6. Grupo de investigación	7. Línea de investigación			
NA	NA	NA			
PARTICIPANTES DEL PROYECTO					
8. Rol en el proyecto	9. Cédula	10. Nombre completo	11. Correo electrónico	12. Institución	13. Grupo de Investigación al que pertenece
Investigador	63.4514.468	ERIKA LILIANA ALVARADO CELIS	jeriksa@hotmail.com	Universidad Autónoma de Bucaramanga	NO APLICA
Investigador	37.006.803	MARISOL LOPEZ PICO	marisolopezp@gmail.com	Universidad Autónoma de Bucaramanga	NO APLICA
Investigador	37.727.535	AZUCENA MARIN IBARRA	amarin426@unab.edu.co	Universidad Autónoma de Bucaramanga	NO APLICA
Investigador	1064836602	MÓNICA MORALES RUSSO	monicamorales24@hotmail.com	Universidad Autónoma de Bucaramanga	NO APLICA
14. Entidades que financiarán la investigación					
Recursos propios de los participante del proyecto					
15. Cubrimiento del estudio (Marque con una X)					
Institucional	x	Multicéntrico nacional		Otro. Cuál?	
Regional		Multicéntrico internacional			
16. Lugares o instituciones donde se llevará a cabo la investigación					
LA UNIDAD DE ALIVIO DEL DOLOR Y MEDICINA PALIATIVA (UDOP SAS) IPS DEL 2017					

### ASPECTOS TÉCNICOS Y METODOLÓGICOS



<b>17. Objetivo General</b>				
Actualizar el PAMEC de la Unidad de Alivio del Dolor y Medicina Paliativa UDOP SAS, con enfoque a fortalecer la Seguridad del paciente y alineada a los estándares regulatorios del Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad correspondiente al año 2017.				
<b>18. Objetivos específicos</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la estructura del PAMEC de la IPS UDOP, para detectar las no conformidades.</li> <li>• Definir los principales procesos de calidad para la atención y presentación del servicio en la institución.</li> <li>• Priorizar las acciones correctivas, preventivas y de mejora, orientadas a satisfacer los estándares de habilitación vigentes.</li> <li>• Diseñar planes de acción para el PAMEC institucional, tomando como referencia los hallazgos obtenidos del análisis al documento, de tal manera que se logre garantizar la integridad, vigencia y pertinencia de la información.</li> <li>• Realizar la socialización de la actualización del PAMEC, a la gerencia y demás funcionarios de la Unidad de Alivio del Dolor y Medicina Paliativa (UDOP) como apoyo a la institución en su proceso de habilitación para el año 2017.</li> </ul>				
<b>19. Marque con una X cuáles de los siguientes grupos poblacionales incluirá en su estudio (puede marcar varias opciones o ninguna de ellas si su estudio no está dirigido de manera particular a alguno de estos grupos)</b>				
Afroamericanos	N/A	Indígenas		
Analfabetas	N/A	Menores de 18 años		
Desplazados	N/A	Mujeres durante trabajo de parto, puerperio o lactancia		
Discapacitados	N/A	Mujeres embarazadas		
Empleados y miembros de las fuerzas armadas	N/A	Mujeres en edad fértil		
Estudiantes	N/A	Pacientes reclusos en clínicas psiquiátricas		
Recién nacidos	N/A	Trabajadoras sexuales		
Personas en situación de calle	N/A	Trabajadores de laboratorios y hospitales		
Personas internas en reclusorios o centros de readaptación social	N/A	Otro personal subordinado		
<b>20. Indique el tipo de estudio que se empleará para el desarrollo de la investigación</b>				
<b>21. La fuente de información de los datos del estudio será (Puede marcar varias opciones)</b>		Primarias ( Datos recopilada directamente de los participantes)	X	Secundarias ( Datos recopilados a partir de registros existentes )
<b>22. ¿En este estudio se realizarán intervenciones que modifiquen variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio?</b>			Si	No X
<b>23. ¿En este estudio se indagará a los participantes sobre aspectos sensibles de la conducta (Situaciones, eventos, recuerdos o palabras que activen emociones que lleven a alterar el estado de ánimo o la conducta)?</b>			Si	No X
<b>24. Describa los procedimientos que se llevarán a cabo en el estudio</b>		Verificación del cumplimiento por medio de la normatividad vigente,		
<b>25. ¿En este estudio se aleatorizarán sujetos?</b>			Si	No X
<b>26. Describa los grupos (En los casos que aplique)</b>				
<b>27. Indique los criterios de inclusión</b>				
<b>28. Indique los criterios de exclusión</b>				
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>				
<b>29. Indique la clasificación del estudio de acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 (Marque con una X sólo una opción)</b>				

Sin riesgo	x	Riesgo mínimo	Riesgo mayor que el mínimo		
30. ¿Los sujetos de investigación podrán participar de otro estudio mientras estén participando en éste?	Si		No	X	
31. ¿Los sujetos de investigación recibirán algún tipo de incentivo o pago por su participación en el estudio?	Si		No	X	
32. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 31, indique cuáles:					
33. ¿Los sujetos de investigación deberán asumir algún costo por su participación que sea diferente del costo del tratamiento que recibe como parte del manejo establecido por su condición médica?	Si		No	X	
34. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 33, indique cuáles:					
35. Describa los riesgos potenciales para los participantes					
36. Indique las precauciones que se tomarán para evitar potenciales riesgos a los sujetos del estudio					
37. Describa cómo será el proceso de disposición final de material biológico, reactivos, materiales contaminantes o sustancias químicas (En los casos que aplique)					
38. Describa el plan de monitoreo y seguridad que se desarrollará para garantizar la confidencialidad tanto de los participantes como de la información que éstos suministren					
39. Describa los beneficios para los participantes de la investigación	<p>La unidad de alivio del dolor y medicina paliativa (UDOP SAS) conocerá la importancia de la actualización del PAMEC institucional.</p> <p>Realizar acciones correctivas al respecto</p> <p>Garantizar los estándares de habilitación vigentes</p> <p>Definir los principales procesos de calidad para la atención y presentación del servicio en la institución.</p>				
40. Describa los beneficios que se obtendrán con la ejecución de la investigación					
41. ¿En el proyecto existen conflictos de interés?	Si		No	X	
42. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 41 indique cuáles:					
43. En caso de existir conflicto de interés, indique cómo se garantizará que éste no afecte el desarrollo de la investigación					

CONSENTIMIENTO INFORMADO				
44. ¿En el proyecto se tiene contemplada la aplicación de consentimiento informado?	Si		No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 44, responda las preguntas N° 45 a 47, en caso contrario, pase a la pregunta N° 48				
45. ¿Quién obtendrá el consentimiento informado?				
46. ¿Cómo será obtenido el consentimiento informado?	Verbal		Por escrito	
47. ¿Cómo se garantizará que los participantes de la investigación han comprendido el alcance y las condiciones de su participación?				

ELEMENTOS A UTILIZAR EN EL ESTUDIO
RADIOISÓTOPOS

48. ¿En este proyecto se utilizarán radioisótopos?	Si		No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 48, responda las preguntas N° 49 a 51 , en caso contrario, pase a la pregunta N° 52				
49. Describa el radioisótopo:				
50. Indique la dosis y vía de administración:				
51. ¿El uso de radioisótopos y/o máquinas que producen radiación se realizará solo porque el sujeto está participando en este proyecto?	Si		No	
<b>MÁQUINAS QUE PRODUCEN RADIACIÓN</b>				
52. ¿En este proyecto se utilizarán máquinas que producen radiación?	Si		No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 52, responda las preguntas N° 53 a 54 , en caso contrario, pase a la pregunta N° 55				
53. Describa el procedimiento y el número de veces que se realizará en cada sujeto				
54. ¿El uso de las máquinas se realizará solo porque el sujeto está participando en este proyecto?	Si		No	

<b>MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE ADICTIVOS</b>				
55. ¿En este proyecto se utilizarán medicamentos potencialmente adictivos?	Si		No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 55, responda las preguntas N° 56 a 58, en caso contrario, pase a la pregunta N° 59				
56. Nombre del producto:				
57. Usos aprobados:				
58. ¿Estos medicamentos se utilizarán sólo porque el sujeto está participando en este proyecto?	Si		No	

<b>MEDICAMENTOS Y/O DISPOSITIVOS EXPERIMENTALES</b>				
59. ¿En este proyecto se utilizarán medicamentos y/o dispositivos experimentales?	Si		No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 59, responda las preguntas N° 60 a 61, en caso contrario, pase a la pregunta N° 62				
60. Nombre del producto:				
61. Descripción del producto:				

<b>MEDICAMENTOS, REACTIVOS U OTROS COMPUESTOS QUÍMICOS COMERCIALMENTE DISPONIBLES</b>				
62. ¿En este proyecto se utilizarán medicamentos reactivos u otros compuestos químicos comercialmente disponibles (Con registro INVIMA)?	Si		No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 62, responda las preguntas N° 63 a 68, en caso contrario, pase a la pregunta N° 69				
63. Nombre del producto:				
64. Casa Farmacéutica:				
65. Usos aprobados:				
66. ¿Estos medicamentos se utilizarán sólo porque el sujeto está participando en este proyecto?	Si		No	
67. ¿Para este medicamento se han reportado reacciones adversas o toxicidad?	Si		No	
68. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 67, indique las reacciones adversas reportadas				

<b>EQUIPOS Y/O DISPOSITIVOS</b>				
---------------------------------	--	--	--	--

69. ¿En este proyecto se utilizarán Equipos y/o dispositivos (Con registro INVIMA)?		Si		No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 69, responda las preguntas N° 70 a 74, en caso contrario, pase a la pregunta N° 75					
70. Nombre del equipo:					
71. Indicación:					
72. Beneficios:					
73. ¿Para este equipo se han reportado riesgos potenciales?		Si		No	
74. En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 73, indique los riesgos potenciales reportados					

SANGRE O FLUIDOS CORPORALES					
75. En este proyecto se utilizará sangre o fluidos corporales		Si		No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 75, responda las preguntas N° 76 a 78, en caso contrario, pase a la pregunta N° 79					
76. ¿Cuál es el origen de estas muestras?	Se tomaron en un estudio anterior		Se tomarán en este estudio		
77. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones		Si		No	
78. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones?		Si		No	

EMBRIONES HUMANOS O CÉLULAS EMBRIONARIAS					
79. En este proyecto se utilizarán embriones humanos o células embrionarias		Si		No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 79, responda las preguntas N° 80 a 82, en caso contrario, pase a la pregunta N° 83					
80. ¿Cuál es el origen de estas muestras?	Se tomaron en un estudio anterior		Se tomarán en este estudio		
81. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones		Si		No	
82. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones?		Si		No	

ÓRGANOS O TEJIDOS DE CADÁVERES HUMANOS					
83. ¿En este proyecto se utilizarán órganos o tejidos de cadáveres humanos?		Si		No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 83, responda las preguntas N° 84 a 86, en caso contrario, pase a la pregunta N° 87					
84. ¿Cuál es el origen de estas muestras?	Se tomaron en un estudio anterior		Se tomarán en este estudio		
85. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones		Si		No	
86. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones?		Si		No	

MICROORGANISMOS PATÓGENOS O MATERIAL BIOLÓGICO					
87. En este proyecto se utilizarán microorganismos patógenos o material biológico		Si		No	X
En caso de responder afirmativamente la pregunta N° 87, responda las preguntas N° 88 a 90					

88. ¿Cuál es el origen de estas muestras?	Se tomaron en un estudio anterior	Se tomarán en este estudio		
89. En caso que estas muestras se tomen directamente en este estudio, se tiene previsto su uso en otras investigaciones	Si		No	
90. ¿En caso que estas muestras se hayan recopilado en un estudio anterior, se dispone del consentimiento informado que permita el uso de las muestras en otras investigaciones?	Si		No	

Anexo 2. Presupuesto



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN EN INNOVACIÓN  
ANEXO 3. FORMATO CRONOGRAMA Y PRESUPUESTO  
VERSIÓN 2.0 Febrero 2016

TÍTULO DEL PROYECTO									
PRESUPUESTO GENERAL									
RUBROS	ENTIDADES FINANCIADORAS								
	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	RECURSOS PROPIOS		Universidad CES		ENTIDAD 4		ENTIDAD	
	Dinero	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie
PERSONAL			\$ 44.218.560		\$ 2.814.660,00				
VIAJES									
MATERIALES E INSUMOS		\$ 214.000,00							
SERVICIOS TÉCNICOS									
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO									
EQUIPOS Y SOFTWARE		\$ 6.600.000,00							
SALIDAS DE CAMPO		\$ 120.000,00							
TOTAL	\$ -	\$ 6.814.000,00	\$ 44.218.560	\$ -	\$ 2.814.660,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
PRESUPUESTO DETALLADO									
PERSONAL		Recursos Propios		ENTIDAD 3		ENTIDAD 4		ENTIDAD n	

Cédula del participante	Nombre del participante	Nivel máximo de formación	Rol en el proyecto	Tipo de participante	Actividades a realizar en el proyecto	Horas mensuales dedicadas al proyecto	N° de meses	Valor / Hora	DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN								
									Recursos Propios	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie
37006803	MARISOL LOPEZ PICO	PREGRADO	Investigador Principal	Estudiante de Especialización no Clínica	Actualización, diseño y socialización del PAMEC	40	6	\$ 46.061			\$ 11.054.640						
63451468	ERIKA LILIANA ALVARADO CELIS	PREGRADO	Coinvestigador	Estudiante de Especialización no Clínica	Actualización, diseño y socialización del PAMEC	40	6	\$ 46.061			\$ 11.054.640						
37727535	AZUCENA MARIN IBARRA	PREGRADO	Coinvestigador	Estudiante de Especialización no Clínica	Actualización, diseño y socialización del PAMEC	40	6	\$ 46.061			\$ 11.054.640						
1064836602	MÓNICA MORALES RUSSO	PREGRADO	Coinvestigador	Estudiante de Especialización no Clínica	Actualización, diseño y socialización del PAMEC	40	6	\$ 46.911			\$ 11.054.640						
	ASESOR					10	6	\$ 46.911					\$ 2.814.660				
VIAJES									DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	ENTIDAD 2		ENTIDAD 3		ENTIDAD 4		ENTIDAD n	
Lugar de origen		Lugar de destino	N° de días	N° de personas	Valor pasaje por persona	Valor estadía por persona	Justificación										
										Dinero	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero
MATERIALES E INSUMOS									DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	RECURSOS PROPIOS		ENTIDAD 3		ENTIDAD 4		ENTIDAD n	
Descripción		Cantidad	Valor unitario	Justificación													
Papelería		3	\$ 50.000	Impresión y entrega del documento final							\$ 150.000						

Azetas	3	\$ 15.000	Entregar el documento final		\$ 45.000							
Lapiceros	3	\$ 3.000	Desarrollo del proyecto		\$ 9.000							
Block de notas	2	\$ 5.000	Desarrollo del proyecto		\$ 10.000							
SERVICIOS TÉCNICOS				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	ENTIDAD 2		ENTIDAD 3		ENTIDAD 4		ENTIDAD n	
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación									
					Dinero	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero
MATERIAL BIBLIOGRÁFICO				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	ENTIDAD 2		ENTIDAD 3		ENTIDAD 4		ENTIDAD n	
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación									
					Dinero	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero
EQUIPOS Y SOFTWARE				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	RECURSOS PROPIOS		ENTIDAD 3		ENTIDAD 4		ENTIDAD n	
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación									
					Dinero	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero
Portátiles	3	\$ 2.200.000	Digitación y desarrollo del documento			\$ 6.600.000						
SALIDAS DE CAMPO				DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN	RECURSOS PROPIOS		ENTIDAD 3		ENTIDAD 4		ENTIDAD n	
Descripción	Cantidad	Valor unitario	Justificación									
					Dinero	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero	Especie	Dinero
Visitas a la IPS	12	\$ 10.000	Inspección, visita a la sede para el desarrollo del proyecto		\$ 120.000							



### Anexo 3. Cronograma



### DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Cronograma

Sistema de Gestión  
de calidad CES



DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO EN MESES																
Importante: Para efectos de la convocatoria, el cronograma sólo debe incluir las actividades propias de la ejecución del proyecto (Aquellas posteriores a su aprobación)																
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión documental																
Visita de apertura de auditoria																
Visita de revisión del Pamec, actas y planes de seguimiento																
Matriz de Priorización de Procesos de la Institución																
PHVA - Procesos de la Institución																
Matriz de Priorización de Acciones Correctivas de la Institución																
PHVA - Acciones correctivas																

Diseño del plan de acción con base en los hallazgos priorizados y las acciones correctivas de los mismos																
Matriz 5W-1H del Plan de mejora establecido																
Visita de Socialización a la IPS y entrega del documento																

#### Anexo 4. Evaluación del PAMEC

RUTA CRÍTICA DEL PAMEC	ASPECTO CHEQUEABLE	C	NC	OBSERVACIONES
<b>ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD</b>				
El alcance del mejoramiento de la calidad de la entidad, debe ser explícito y se debe orientar en uno o varios de los siguientes temas: 1. Sistema Único de Acreditación 2. Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad 3. Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales 4. Fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente En todo caso, el PAMEC, debe ser superior al cumplimiento de estándares de Habilitación.	Escrito incorporado en el documento PAMEC donde se evidencie el alcance y propósito del mejoramiento de la calidad emprendido por la entidad	X		Se evidencia en el alcance el propósito del mejoramiento de la calidad por la entidad con el enfoque en el sistema único de acreditación
Duración de la implementación del PAMEC, evidenciando el periodo en el que se estará implementando el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad	Periodo de implementación y evaluación del PAMEC debidamente documentado	X		Se evidencia que el periodo de implementación y evaluación del Pamec es de un año
<b>RUTA CRÍTICA DEL PAMEC</b>				
<b>1. AUTOEVALUACIÓN</b>		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Si el enfoque es el Sistema Único de Acreditación: 1. La conformación de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares 2. La metodología a implementar para efectuar la autoevaluación con estándares del SUA. 3. Los formatos adoptados para la realización de la autoevaluación 4. Los resultados de la autoevaluación con estándares del SUA si hay una previa	Instructivo para la preparación para la acreditación de la entidad		X	No se encuentran conformados los equipos de autoevaluación. Se cuenta con la metodología descrita por el ministerio para la implementación del sistema único de acreditación.

				No se adoptaron los formatos definidos por el ministerio
Resultado de las auditorías Internas que realiza la IPS, que deben tener el objetivo de monitorizar y verificar el avance de la entidad en el aseguramiento de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo. Los resultados de dichas auditorías proveerán información para cada uno de los procesos sobre la consistencia del mejoramiento implementado	Principales hallazgos de las auditorías realizadas en el periodo		X	Se realizan auditorías internas pero no cuenta con el objetivo definido
Resultado de las Auditorías externas que proveen información de las partes interesadas y/o clientes y que reflejan la medición objetiva de aspectos claves en la prestación de servicios de salud de índole legal que también orientan a la IPS en la mejora continua de la calidad	Principales hallazgos de las auditorías realizadas en el periodo	X		Los informes de auditoría presentan la información de las partes interesadas y presentan la medición de indicadores de desempeño para estas partes interesadas
Resultados de la gestión de los Comités Institucionales a partir de sus planes de acción definidos para cada vigencia. El cumplimiento de dichos planes reflejará el compromiso de la entidad en el mejoramiento continuo de la calidad	Evidencia del análisis de la gestión de los comités institucionales		X	El comité de calidad, farmacovigilancia e historias clínicas no se están realizando según lo definido en las actas de conformación (reuniones mensuales)
Análisis de los resultados de los indicadores reglamentarios y de los institucionales que reflejen el estado de los mismos frente a unos estándares o metas definidas.	Evidencia del análisis de los resultados de los indicadores	X		Se cuentan definidos los indicadores para medir el desempeño de los procesos asistenciales,

				estos se miden de acuerdo a la periodicidad descrita y se analizan
Análisis de la escucha de la voz del cliente que arroja resultados sobre el impacto en el usuario y su familia de todas las acciones de mejoramiento emprendidas en la institución y es el medidor por excelencia del enfoque en el cliente de una entidad	Evidencia del análisis de la voz del cliente		X	Se cuenta con los formatos y herramientas necesarias para identificar la voz del cliente pero no se ejecutan las encuestas de satisfacción, si se usan los buzones de sugerencia y la comunicación directa con la oficina SIAU
<b>2. SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR</b>		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar la correlación de los grupos de estándares de acreditación con los procesos del mapa de procesos de la entidad, a fin de evidenciar el compromiso de cada proceso institucional con la implementación de los estándares de calidad superior que apliquen	Matriz de correlación de estándares de Acreditación con procesos institucionales	X		Se cuenta con la correlación de procesos con los grupos de estándares
Si el alcance del PAMEC no es acreditación, la entidad debe contar con una evidencia del listado de los procesos que fueron seleccionados para mejorar, debidamente justificada y con base en el diagnóstico o autoevaluación realizada en el primer paso de la ruta crítica del PAMEC	Listado de procesos seleccionados a mejorar	X		
<b>3. PRIORIZACIÓN DE PROCESOS</b>		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Si el alcance del PAMEC es acreditación, se debe evidenciar la priorización de oportunidades de mejoramiento para cada uno de los grupos y subgrupos de estándares de acreditación. Se	Instrumento técnico con la priorización de oportunidades de mejoramiento formuladas en la autoevaluación de estándares de acreditación		X	No se cuenta con la priorización de las oportunidades de mejoramiento, solo se cuenta con la identificación

sugiere utilizar el documento ABC de planes de mejoramiento de la calidad.				de fortalezas y la autoevaluación inicial
Si el alcance del PAMEC no es acreditación, se debe evidenciar una metodología validada de priorización de procesos, como la matriz de factor crítico de éxito	Metodología validada y aplicada para la priorización de procesos	X		
<b>4. DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA</b>		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Si el alcance del PAMEC es la preparación para la acreditación, se debe evidenciar en él, a qué nivel de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que le apliquen se espera llegar en el período de implementación de dicho PAMEC.	Evidencia de la definición de la calificación cuantitativa de los estándares de acreditación que espera alcanzarse en el periodo de vigencia del PAMEC	X		Se cuenta con la calificación de cada uno de los estándares definidos
Si el alcance del PAMEC no es la acreditación, se debe evidenciar a dónde se espera llegar con la implementación del PAMEC en la vigencia así: 1. Si el alcance es el Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad, indicar la meta a cumplir 3. Si el alcance es el fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos misionales, indicar el nivel deseado de riesgo al que se espera llegar. 4. Si el alcance es el fortalecimiento del Programa de Seguridad de paciente documentado en la entidad e implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente, indicar el logro esperado	Definición explícita del nivel al que se espera alcanzar en cada uno de los alcances definidos del PAMEC	X		
<b>5. CALIDAD OBSERVADA</b>		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Listado de las auditorías planeadas en la vigencia del PAMEC, para evidenciar los avances logrados en su implementación	Listado de las auditorías internas a realizarse en el periodo del PAMEC	X		Se cuenta con la programación de las auditorías anuales

Evidencia gradual de la implementación de las auditorías planeadas con la identificación de hallazgos y oportunidades de mejoramiento recomendadas	Informe de las auditorías realizadas frente a las planeadas	X		Se cuenta con los informes de las auditorías
Si el enfoque es la preparación para la acreditación, además de lo anterior, evidencia de los resultados de la autoevaluación de estándares de acreditación si en el periodo se realizó la misma	Autoevaluación de todos los estándares de acreditación que le aplican	X		Se cuenta con la autoevaluación de cada uno de los estándares definidos
<b>6. FORMULACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA</b>		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Evidencia documental de la formulación de planes de mejoramiento tendientes a alcanzar la calidad esperada. Si el alcance del PAMEC es la acreditación, se debe contar con planes de mejoramiento para cada grupo de estándares de acreditación, a saber, direccionamiento, gerencia, proceso de atención al cliente asistencial, gerencia de la información, gerencia del talento humano, gerencia del ambiente físico, gestión de la tecnología y mejoramiento de la calidad	Planes de mejoramiento formulados		X	Se cuentan con planes de mejoramiento pero no están relacionados con las oportunidades de mejora de cada uno de los estándares
<b>7. IMPLEMENTACIÓN DE PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA</b>		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Evidencia documental de la implementación de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramientos formulados para alcanzar la calidad esperada	Evidencia documental de la implementación de las acciones de mejora documentadas en los planes de mejoramientos formulados para alcanzar la calidad esperada		X	No se cuenta con plan definido
<b>8. EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO PARA ALCANZAR LA CALIDAD ESPERADA</b>		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>

Evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada. Incluye el seguimientos desde el autocontrol y de la auditoría interna	Evidencia documental del seguimiento realizado a la ejecución de las acciones de mejoramiento documentadas en los planes de mejoramiento formulados para alcanzar la calidad esperada. Incluye el seguimiento desde el autocontrol y de auditoría interna. Semaforización del cumplimiento de los planes de mejoramiento.		X	No existe evidencia ya que no se cuenta con el plan definido
<b>9. APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL</b>		<b>C</b>	<b>NC</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Documento que evidencie el análisis de la ejecución del PAMEC, luego de finalizado el periodo de implementación definido, con el fin de identificar las acciones que deben estandarizarse en la entidad	Documento de análisis de las acciones que deben estandarizarse en la entidad		X	No se ha realizado cierre del ciclo


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, 2014



## Anexo 5. Plan de auditoria interna

 <b>UDOP</b> <small>UNIDAD DE ALIVIO DEL DOLOR Y MEDICINA PALIATIVA</small>		<b>PLAN DE AUDITORIAS INTERNAS DEL SGC</b>			<b>U-AI-03-F02</b>	
					<b>VERSION:01</b>	
<b>OBJETIVO:</b> verificar el grado de cumplimiento de los requisitos definidos en la lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud						
<b>ALCANCE:</b> Aplica a los procesos habilitados en UDOP SAS						
<b>CRITERIOS:</b>						
<b>AUDITOR LÍDER</b>  MARISOL LOPEZ PICO (1)		<b>EQUIPO AUDITOR</b>  AZUCENA MARÍN IBARRA (2) MONICA MORALES RUSSO (3) ERIKA LILIANA ALVARADO CELIS (4)			REUNION APERTURA: Julio 2017  REUNION CIERRE: Julio 2017	
<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>	<b>PROCESO</b>	<b>REQUISITO</b>	<b>AUDITADO</b>	<b>AUDITORES</b>	<b>DURACIÓN</b>
6/07/2017	8:00 a.m	Todos	Reunión de apertura	Todos	1, 2, 3, 4	30 minutos
6/07/2017	8:30 a.m	Calidad	lista de chequeo Ministerio	Coordinador de calidad	1, 4	1 hora
6/07/2017	8:30 a.m	Seguridad del paciente	lista de chequeo Ministerio	Coordinadora de seguridad del paciente	2, 3	1 hora
6/07/2017	9:30 a.m	Mantenimiento e infraestructura	lista de chequeo Ministerio	Jefe de mantenimiento	2,3	1 hora
6/07/2017	9:30 a.m	consulta externa	lista de chequeo Ministerio	jefe de consulta	1, 4	2 horas
6/07/2017	10:30 a.m	cirugía	lista de chequeo Ministerio	Jefe de cirugía	2,3	2 horas
6/07/2017	2:00 p.m.	Fisioterapia	lista de chequeo Ministerio	Jefe de terapia física	1, 4	2 horas
6/07/2017	2:00 p.m.	Fonoaudiología	lista de chequeo Ministerio	Jefe de fonoaudiología	2,3	2 horas
6/07/2017	4:30 p.m	Todos	Reunión de cierre	Todos	1, 2, 3, 4	30 minutos
<b>OBSERVACIONES</b>  No aplica						
<b>RESPONSABLE</b> MARISOL LOPEZ PICO						
<b>APROBADO</b> GERENCIA				<b>FECHA</b> 3/07/2017		

## Anexo 6. Procedimiento de auditoria interna UDOP SAS

	PROCEDIMIENTO DE AUDITORIA INTERNA	PQ-AI-001
		VERSIÓN 1
<p><b>1. OBJETIVO</b></p> <p>Tener una guía para las auditorías internas que se realicen en la organización y que correspondan al Sistema de Gestión de la Calidad y al cumplimiento normativo institucional.</p> <p><b>2. ALCANCE</b></p> <p>Este procedimiento tiene un alcance para todas las auditorías que se realicen dentro de la Organización del Sistema de Gestión.</p> <p><b>3. DEFINICIONES</b></p> <p><b>AUDITORIA DE CALIDAD:</b> Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencia de la auditoria y evaluar el SGC de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en los que se cumplen los criterios de auditoria.</p> <p><b>CRITERIOS DE LA AUDITORIA:</b> Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos usados como referencia.</p> <p><b>CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA:</b> Resultado de una auditoria que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos y todos los hallazgos de esta.</p> <p><b>CLIENTE DE LA AUDITORIA:</b> Organización o persona que solicita una auditoria.</p> <p><b>AUDITADO:</b> Organización que es auditada.</p> <p><b>AUDITOR:</b> Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoria.</p>		

**EQUIPO AUDITOR:** Uno o más auditores que llevan a cabo una auditoria, con el apoyo de expertos técnicos, si se requiere.

**PROGRAMA DE LA AUDITORÍA:** Conjunto de una o más auditorias planificadas para un período de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

**PLAN DE LA AUDITORÍA:** Descripción de las actividades en el sitio y ajustes para una auditoria.

**ALCANCE DE LA AUDITORÍA:** Extensión y límites de una auditoria.

**NO CONFORMIDAD:** Un incumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001 que el juicio y la experiencia indican que es probable que resulte en la ausencia o falla total del Sistema de Gestión de Calidad o en la reducción de su capacidad para asegurar procesos o productos controlados.

**OBSERVACIÓN:** Declaración de un hecho efectuada durante una auditoria sustentada en evidencia objetiva y que no constituye en el incumplimiento de un requisito.

**ACCIÓN CORRECTIVA:** Eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación.

**ACCIÓN PREVENTIVA:** Eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.

#### **4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

##### **4.1 POLITICAS**

Elaborar y actualizar anualmente el programa de auditorías internas por parte del Coordinador del SGC, considerando que todos los procesos identificados en el mapa de procesos deben ser auditados por lo menos una vez al año, con el fin de determinar la conformidad y mejora del Sistema de gestión.

El Coordinador del SGC, seleccionará los equipos auditores. Los auditores deberán tener las competencias requeridas para lo cual deberán ser seleccionados acorde con los parámetros establecidos: perfil, selección y evaluación de los auditores.

Los auditores seleccionados por principios no auditarán procesos en los cuales participen o sean responsables.

Los hallazgos y conclusiones se deben basar en las evidencias.

Todas las evidencias deben ser verificables.

#### **4.2 ENTRENAMIENTO**

Para la realización de las auditorías internas, UDOP SAS cuenta con auditores internos.

#### **4.3 ALCANCE DE LA AUDITORIA**

La Gerencia y la Coordinación del SGC determinan el alcance de la auditoria. Debe decidirse acerca de:

- Normatividad aplicable

- Procesos del Sistema de Gestión a ser auditados
- Localización física
- Actividades Organizacionales

#### **4.4 PREPARACION DE LA AUDITORIA**

El Coordinador del SGC notifica al equipo auditor sobre la realización de la auditoria, se reúnen y se nombra al auditor líder quien es el encargado de calcular el tiempo requerido para realizar la auditoria y de distribuir las funciones de acuerdo al plan de auditorías. Luego cada auditor prepara una lista de chequeo, la cual se ajusta de acuerdo al número de preguntas que se van a desarrollar y al criterio del auditor.

#### **4.5 PLAN DE AUDITORIA**

Previo a la realización de la auditoria, el grupo auditor debe presentar a la Coordinación del SGC el plan para la ejecución de la auditoria. Este plan debe ser flexible con el fin de permitir cambios basados en la información desarrollada durante la auditoria, para permitir el uso efectivo de los recursos.

El plan debe incluir:

- Identificación del proceso a auditar
- Objetivo de la auditoria
- Identificación de documentos de referencia
- Fecha

#### **4.6 DOCUMENTOS**

Los documentos necesarios para la realización de la auditoria son los utilizados por el área, entre los cuales se pueden tener en cuenta:

- Legislación aplicable
- Manual de Calidad
- Documentación del SGC
- Procedimientos
- Informes de acciones correctivas y preventivas tomadas

#### **4.7 INFORMACION AL PROCESO**

El grupo auditor debe asegurarse que todo el personal involucrado en el proceso esté informado por adelantado de la auditoria y señalar los objetivos en la reunión previa.

#### **4.8 REUNION DE APERTURA**

Se lleva a cabo con los directivos de la empresa y todo el personal involucrado en el Sistema de Gestión implementado y se desarrollan los siguientes puntos:

- ✓ INTRODUCCIÓN: El auditor líder presenta el grupo de auditores formalmente ante el grupo que se va a auditar.
- ✓ OBJETIVO DE LA AUDITORIA: Se da a conocer a los auditados los objetivos con los cuales se desarrolla la auditoria.
- ✓ REVISIÓN DEL PLAN DE AUDITORIAS: Confirmar el tiempo programado para los procesos o personas a auditar, de acuerdo con el comunicado emitido con anticipación por la Dirección de Calidad.

- ✓ **MÉTODO DE REPORTE DE NO CONFORMIDADES:** Se da a conocer a las personas que están presentes, el mecanismo que va a utilizar cada auditor, con el fin de detectar no conformidades, como revisión de procedimientos e instructivos y verificación de evidencia objetiva.
- ✓ **FECHA, TIEMPO Y PROPÓSITO DE LA REUNIÓN CLAUSURA:** Se programa de una vez la reunión de clausura y se da a conocer su objetivo.
- ✓ **ESTABLECER LA CONFIABILIDAD DE LOS RESULTADOS:** Se indica el carácter de confiabilidad que tiene una auditoria.
- ✓ **ACLARAR QUE EN LO POSIBLE SE CUMPLA EL TIEMPO, SIN INTERRUPCIONES.**
- ✓ **BRINDAR AL PERSONAL ASISTENTE A LA REUNIÓN LA OPORTUNIDAD DE HACER PREGUNTAS.**

#### **4.9 EXAMEN**

Deben recogerse evidencias por medio de:

- Lista de Chequeo
- Examen de los documentos
- Observación de actividades y condiciones

La información recogida de las entrevistas debe comprobarse adquiriendo la misma información de otras fuentes independientes, tales como observación física, medidas y registros.

Todas las observaciones que puedan dar información relevante al proceso deben documentarse.

#### **4.10 REUNION DE CIERRE**

Los resultados de la auditoria deben ser presentados en una reunión final con el Coordinador del SIG y las personas involucradas. En dicha reunión, el auditor líder debe:

- ✓ Reconfirmar las normas y el alcance.
- ✓ Declara la finalización.
- ✓ Invitar a cada auditor a dar un sumario de sus hallazgos.
- ✓ Presentar un resumen por las condiciones del equipo y sus recomendaciones.
- ✓ Asegurar a la empresa su confidencialidad.
- ✓ Solicitar preguntas.
- ✓ Acordar las fechas para un “cierre” de las acciones correctivas.
- ✓ Cerrar la reunión.

El seguimiento lo hace el Coordinador del SGC según el procedimiento de acciones correctivas y preventivas.



El Coordinador del SGC realiza el Informe de auditoría interna, y se le entrega al auditado para que cada una de las no conformidades encontradas, asumiendo que desde ese momento inicia el proceso de acciones correctivas y preventivas.

#### **4.11 REPORTE**

Contenido: El grupo auditor debe preparar el reporte, el cual contiene los siguientes ítems:

- Identificación de cumplimiento de requisitos legales
- Identificación del elemento de la norma ISO 9001 auditado.
- No conformidades en detalle e identificadas en términos de los requerimientos específicos de la norma ISO 9001:2015 y Decreto 1072.
- Copia de informes de acciones correctivas y preventivas

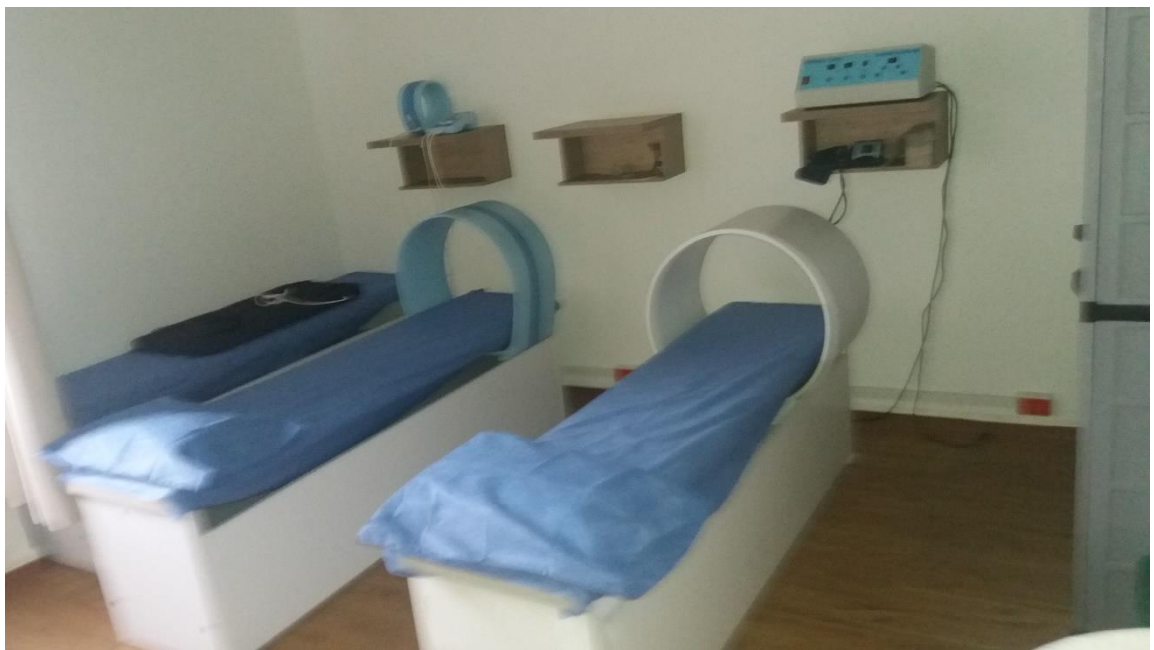
Distribución: El reporte será entregado al responsable auditado y al Coordinador del SGC quien es responsable por la revisión y seguimiento a las acciones correctivas planeadas para solucionar las no conformidades detectadas. Este informe hará parte de la revisión gerencial del sistema.

#### **4.12 VISITA DE SEGUIMIENTO**

Esta visita se realiza con el objetivo de verificar la eficacia de las acciones tomadas para prevenir la recurrencia de una no conformidad. En esta se revisan las no conformidades levantadas durante la auditoria.

## Anexo 7. Evidencia fotográfica de auditoria de infraestructura




















Anexo 8. Priorización de procesos

ASPECTOS CUALITATIVOS	PROCESO RESPONSABLE DE SU INTERVENCIÓN	PRIORIZACIÓN			CALIFICACIÓN
		RIESGO	PROBABILIDAD	COSTO	
Encuestas de satisfacción del usuario	Atención al Usuario	4	4	5	80
Implementar manual de atención al usuario	Atención al Usuario	4	4	5	80
Modificar encuesta de satisfacción al usuario	Atención al Usuario	3	4	4	48
Protocolo de SIAU	Atención al Usuario	4	4	5	80
Identificación de pacientes	Programa de Seguridad del Paciente	4	4	3	48
Consentimiento informado	Programa de Seguridad del Paciente	5	5	4	80
Eventos adversos	Programa de Seguridad del Paciente	4	4	5	80
Cuidados de enfermería	Programa de Seguridad del Paciente	4	4	5	80

Realización del perfil sociodemográfico para lograr así creación y Modificación de la encuesta de satisfacción de usuarios	Seguridad y Salud en el Trabajo	4	4	5	80
Conformación del comité de COPASST y comité de CONVIVENCIA LABORAL	Seguridad y Salud en el Trabajo	4	4	5	80
Revisión de políticas institucionales	Seguridad y Salud en el Trabajo	4	4	3	48
Conformación brigada de emergencia	Seguridad y Salud en el Trabajo	4	4	3	48
Comité investigador de Accidentes de trabajo	Seguridad y Salud en el Trabajo	4	3	3	36

## Anexo 9. PAMEC UDOP SAS

	<b>PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD PAMEC</b>	<b>PQ-AI-001</b>
		<b>VERSIÓN 1</b>
<b>1. INTRODUCCION</b>		
<p>En cumplimiento del título IV del decreto 1011 de abril 3 de 2006 por medio del cual se estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud; por ende UDOP SAS ha diseñado el presente programa de auditorías para el mejoramiento de la calidad en la prestación de los servicios de salud como uno de los primeros pasos para el logro del manejo de los riesgos y la implementación de los requisitos o estándares de seguridad del paciente.</p> <p>Como organización tenemos un alto compromiso en el mejoramiento continuo de la calidad en la prestación de servicios de bajo y alto nivel de complejidad ya que somos conscientes de que la mejor manera de lograr la fidelización de los usuarios está en el enfoque hacia el cliente que se dé a los servicios que prestamos, en un mercado cada día más competitivo, son las ideas las que marcaran la diferencia, ideas, con una mirada basada en el constante mejoramiento y equilibrio entre los objetivos de la institución y los del cliente. Es en éste sentido que la incorporación de nuevas estrategias, requerirán nuevas responsabilidades, que serán basadas en brindar soluciones con resultados positivos y significativos.</p> <p>Todo proceso que involucre a las Instituciones Prestadora de Servicios de Salud a adaptarse a los cada vez más exigentes clientes, requiere de una constante búsqueda de estrategias que permita identificarlos, atraerlos y retenerlos, por esta razón surge la necesidad de establecer una relación de beneficio mutuo,</p>		

satisfacción plena del cliente y rentabilidad para UDOP SAS en el nuevo mercado de la salud todos aspiran a superar a la competencia, retener a los clientes y al mismo tiempo atraer a clientes nuevos, para alcanzar este objetivo es indispensable contar con información precisa acerca del nivel de calidad del servicio que estamos brindando, para ello se debe establecer una brecha entre las expectativas de los clientes y el servicio que estos reciben y su diferencia es el servicio que ellos realmente están recibiendo.

Este programa de auditorías tiene como principal objetivo el logro de la satisfacción del cliente, mediante un adecuado conocimiento de sus expectativas y necesidades frente a los servicios que presta la IPS, con clara orientación a la calidad, a través de procesos que aseguran la máxima eficiencia, eficacia y efectividad de las actividades y el control permanente de estos procesos críticos con análisis de los indicadores de gestión que nos permitan generar continuamente planes de mejora.

Para el diseño del programa se inició con la conformación de un equipo interdisciplinario que se encargó de la elaboración de un diagnóstico básico que nos permitió identificar frente a los requisitos y estándares de seguridad del paciente en qué nivel estamos y que acciones debemos establecer para alcanzar el máximo nivel definido por los estándares, se realizó una revisión de los procesos que en la actualidad tiene documentados la IPS y se priorizaron aquellos que requieren planes de mejora, se determinó que procesos no están documentados y se requieren para el logro de la calidad esperada que está definida en las guías, procedimientos y protocolos de manejo de los diferentes servicios y se identificaron oportunidades de mejoramiento.

Como Institución Prestadora de Servicios de Salud estamos obligados en la búsqueda de la excelencia comprendida como un proceso que consiste en aceptar un nuevo reto cada día, dicho proceso debe ser progresivo y continuo e

involucra todos los servicios que se prestan en la institución en todos los niveles y permite desarrollar cambios positivos para el usuario como es el mejoramiento de las condiciones de salud a través de programas que fomenten los hábitos de vida saludable y el control de los riesgos de enfermedad, secuelas, incapacidad o muerte y para los aseguradores ya que las fallas de calidad cuestan dinero.

## **2. METODOLOGÍA GENERAL PARA LA ELABORACIÓN DEL PAMEC**

UDOP SAS adopta a través del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC el cumplimiento del componente de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad definido en el Decreto 1011 de 2006.

En el mencionado documento, se explica que “la Auditoría es un proceso permanente de seguimiento a los procesos organizacionales que hayan sido definidos como prioritarios y que inciden de manera importante en la atención directa del usuario planteado en el modelo de prestación de servicios, llenando sus expectativas, con el fin último de detectar oportunamente problemas de calidad, analizando sus causas y definiendo áreas críticas para las acciones de mejora de la calidad”.

Gestionar la calidad en una organización requiere que sus integrantes comprendan el propósito de la calidad y sus beneficios; “aplicando metodologías de evaluación y mejoramiento técnicamente diseñadas y basadas en evidencia científicamente probada, de acuerdo a la complejidad de los problemas de calidad enfrentados, de tal manera que los esfuerzos dedicados a la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud sean costo-efectivos”.

El proceso seguido por la institución para la elaboración del PAMEC tuvo en cuenta la Ruta Crítica definida por el Ministerio de Protección Social así:

## ruta critica



El conjunto de herramientas técnicas y científicamente probadas utilizadas por la institución para la elaboración del PAMEC se presentan a continuación:

### ✓ PLANEAR

#### ○ AUTOEVALUACIÓN

- Autodiagnóstico basado en los requisitos y estándares de seguridad del paciente.
- Un grupo interdisciplinario conformado se reunirá periódicamente para autoevaluar los requisitos y estándares de seguridad del paciente.

#### ○ SELECCIÓN Y PRIORIZACIÓN DE PROCESOS A MEJORAR

Para la priorización de los procesos en relación a los requisitos y estándares de seguridad del paciente, se tomó cada uno de los requisitos establecidos por el ministerio de salud y protección social aplicables a UDOP SAS y con base en el Riesgo, Costo y Volumen se

calificaron cada uno de los estándares, así con ello seleccionar los que tuvieran un puntaje igual o superior a 80 puntos de calificación para identificar los procesos prioritarios relacionados con el Programa para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC

- DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

Teniendo en cuenta que se utilizaron los requisitos y estándares de seguridad del paciente como base para la auto evaluación y que la intencionalidad es de orientar el proceso de mejoramiento hacia niveles superiores de calidad y adherencia de los usuarios, dichos estándares se convierten en la calidad esperada en términos cuantitativos, de los procesos de atención incluidos en este programa.

✓ HACER

- MEDICIÓN INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

- Se realizará la medición y evaluación del PAMEC basado en: la revisión de los resultados de los estándares obtenidos (autoevaluación) y en los indicadores del plan de mejoramiento.
- La Autoevaluación, será realizada según el cronograma establecido en el Plan de Acción propuesto y estará a cargo de cada uno de los responsables de las acciones de mejora.
- Posteriormente se realizará una evaluación por parte del encargado de Control Interno o quien hace sus veces, para evidenciar el grado de avance del Plan de acción propuestas en las acciones de mejora.

- PLAN DE ACCIÓN PARA PROCESOS SELECCIONADOS

- Metodología de definición de problemas
- Técnica de Lluvia de ideas

- EJECUCION DEL PLAN

- La gerencia, garantiza la ejecución de las actividades contenidas en el plan de acción.

✓ VERIFICAR

- EVALUACIÓN DE MEJORAMIENTO

Se verifica el cumplimiento y efectividad de las acciones ejecutadas por el equipo de auditoría y el seguimiento con comités (cuando aplique) a la implementación de las mejoras. Adicionalmente, se realiza el cierre del ciclo autoevaluando los estándares priorizados para verificar si la calidad esperada se logró.

✓ ACTUAR

- ACCIONES CORRECTIVAS Y APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

UDOP SAS se compromete a definir un plan de mejoramiento para realizar las actividades que no se realizaron según lo programado o que no cumplieron con el objetivo y meta propuesta, junto a esto se compromete a desplegar y retroalimentar al interior de la organización la experiencia, la socialización de los avances, capacitar para contribuir en la interiorización de los logros obtenidos y por lo tanto la estandarización de los procesos.

Partiendo del principio que en toda organización debe existir una gestión por calidad basada en procesos el cual reúne muchas ventajas y constituye prácticamente el modelo a seguir, hemos decidido utilizarlo como marco de referencia para definir los estándares y criterios para realizar la autoevaluación.

Las actualizaciones y procesos que se desarrollan deben procurar la productividad y el mejor aprovechamiento de recursos disponibles con miras a la obtención de los mejores resultados posibles, lo cual al materializarse en resultados tangibles para la institución producen un gran impacto en:

- a) Incrementar la efectividad clínica de los servicios que se presten.
- b) Disminuir el riesgo para el paciente.
- c) Incrementar la eficiencia clínica en lo referente a la adecuación en la utilización de los recursos.



- d) Incrementar la satisfacción del usuario.
- e) Contención de costos de la no calidad.

### **3. AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

La auditoría debe ser entendida como un componente del Sistema Obligatorio Garantía de Calidad, junto con el Sistema Único de Habilitación, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información a Usuarios, en el que ninguno tiene más importancia que otro.

Dentro del sistema de garantía de calidad la auditoría se convierte en la herramienta fundamental para el logro a cabalidad de los demás componentes.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, se define como un componente de mejoramiento continuo, en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, entendida como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada, de la atención en salud que reciben los usuarios”. El PAMEC es la forma a través de la cual la institución implementa este componente.

#### **3.1. PRINCIPIOS QUE ORIENTAN LA AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN.**

Los principios rectores en los que se fundamenta la auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud son:

##### **3.1.1. Promoción del autocontrol**

La auditoría debe contribuir para que cada individuo adquiera las destrezas y la disciplina necesarias para que los procesos en los cuales participa, se planeen y ejecuten de conformidad con los estándares adoptados por la organización, y para dar solución oportuna y adecuada a los problemas que se puedan presentar en su ámbito de acción.

### **3.1.2. Enfoque Preventivo**

La auditoría busca prever, advertir e informar sobre los problemas actuales y potenciales que se constituyen en obstáculos para que los procesos conduzcan a los resultados esperados.

### **3.1.3. Confianza y respeto**

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud debe fundamentarse en la seguridad y transparencia del compromiso serio y demostrado de las instituciones, para desarrollar, implantar y mejorar los procesos de mejoramiento institucional, y en la aceptación de los compradores de servicios de salud, de la autonomía institucional dentro de los términos pactados.

### **3.1.4. Sencillez**

Las acciones y mecanismos utilizados en la auditoría deben ser claramente entendibles y fácilmente aplicables para que cada miembro de la organización pueda realizar, en forma efectiva, las actividades que le corresponden dentro de estos procesos.

### **3.1.5. Confiabilidad**

Los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud deben garantizar la obtención de los mismos resultados, independientemente de quien ejecute la medición.

### **3.1.6. Validez**

Los resultados obtenidos mediante los métodos, instrumentos e indicadores utilizados en los procesos de auditoría deben reflejar razonablemente el comportamiento de las variables objeto de evaluación.

#### **4. PROGRAMA DE AUDITORIA**

##### **4.1. OBJETIVOS DEL PAMEC**

- Estructurar un modelo de evaluación de los procesos prioritarios, dentro de la estrategia del mejoramiento continuo de la calidad, hacia el aseguramiento de los resultados esperados en la atención, centrados en el usuario.
- Generar un proceso permanente de seguimiento a los procesos prioritarios que conduzca, a través de la retroalimentación, al aprendizaje organizacional.
- Promover el desarrollo de planes de mejoramiento que conduzcan a la entidad al logro de niveles superiores de calidad en sus procesos de atención.
- Estimular y propiciar la participación amplia de todos y cada uno de los miembros de la entidad para favorecer la cultura de calidad y el autocontrol.
- Facilitar el desarrollo de las etapas siguientes del proceso de seguridad del paciente.

##### **4.2. ALCANCE DEL PAMEC**

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

##### **4.3. REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA RUTA CRÍTICA**

La realización de las actividades de la ruta crítica del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad en el UDOP SAS se llevó a cabo en las siguientes etapas:

###### **4.3.1. Autoevaluación**

“Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de seguridad del paciente a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habitación.”

Decreto 1011 de 2006

Para la realización de la autoevaluación se han utilizado para el desarrollo de este programa de auditoría dos fuentes:

Autoevaluación referente estándares de seguridad del paciente.

#### **4.3.2. Selección de procesos**

Para el desarrollo del programa de auditoría se identificaron los procesos que deberían ser intervenidos para el mejoramiento de la calidad de la atención de los pacientes.

Como resultado de la autoevaluación UDOP SAS identificó una lista de procesos candidatos a mejorar que deberían ser priorizados. La alta dirección determinó con base en la metodología expuesta por el ministerio de la protección social para el programa de mejoramiento continuo con enfoque en seguridad del paciente.

#### **4.3.3. Priorización de procesos**

Los estándares de seguridad del paciente establecen que la determinación de prioridades considera las necesidades y expectativas del paciente, la familia y el equipo de salud y que esa prioridad se asigna sobre las oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación de acuerdo con criterios de alto riesgo, alto costo y alto volumen.

La auto evaluación nos permitió disponer de un diagnostico básico de los estándares de calidad que impactan en la prestación del servicio hacia el usuario,

por ende, los estándares con mayor riesgo, volumen y costo son los priorizados en los procesos en los cuales aplique.

Esa calificación de criticidad de las oportunidades de mejora para cada grupo de estándar se correlaciona con el listado de los procesos a mejorar que se identificó en el paso dos de ésta ruta crítica y se establece a qué procesos corresponden las oportunidades de mejora con una calificación más alta.

#### **4.3.4. Definición de calidad esperada**

UDOP SAS define que su calidad esperada es el aumento en la calificación de cada una de las variables propuestas en el Enfoque, Implementación y Resultado con base en la auto evaluación realizada para el grupo de estándares, todo ello en cumplimiento de los estándares de seguridad del paciente. Con ésta calidad esperada se asegura que toda su mejora se oriente al logro de la seguridad del paciente.

#### **4.3.5. Medición de la calidad observada**

En la calidad observada UDOP SAS adjuntará los resultados de la autoevaluación tanto de la calificación cualitativa como de la cuantitativa, estableciendo la brecha entre la calidad observada y la esperada.

#### **4.3.6. Implementación, ejecución y seguimiento de los planes de mejoramiento.**

Para la ejecución del plan la Alta Dirección y todo el talento humano UDOP SAS realizarán las actividades establecidas para minimizar la brecha encontrada en la autoevaluación y formuladas en los planes de mejoramiento con enfoque a la seguridad del paciente.

Con base en las oportunidades de mejoramiento priorizadas por UDOP SAS y con lo definido en los estándares de seguridad del paciente, se implementarán los

planes de mejoramiento para cada grupo de estándares, de acuerdo al formato propuesto.

#### **4.3.7. Acciones correctivas aprendizaje organizacional y nueva autoevaluación.**

UDOP SAS se compromete realizar un plan de acciones correctivas una vez realizado el seguimiento al plan de mejoramiento y encontrado que no se cumple con el objetivo y meta, junto a esto, se compromete a desplegar y retroalimentar al interior de la organización la experiencia, la socialización de los avances, capacitar para contribuir en la interiorización de los logros obtenidos y por lo tanto la estandarización de los procesos.

### **5. EQUIPOS DE TRABAJO**

#### **5.1. RESPONSABLE DEL PAMEC**

El responsable del diseño, orientación, coordinación e implementación del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la Calidad PAMEC S.A. es el líder de calidad de UDOP SAS.

#### **5.2. RESPONSABLES DE LA AUTOEVALUACIÓN**

Los equipos de autoevaluación están conformados por grupos interdisciplinarios que buscan de manera cuantitativa y cualitativa evaluar los grupos de estándares aplicables en UDOP SAS

#### **5.3. RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO**

Los responsables del seguimiento a la implementación del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la calidad PAMEC es el comité de calidad a cargo del líder de calidad de UDOP SAS

### **6. RECURSOS DEL PAMEC**

Actualmente la IPS cuenta con Recursos físicos, tecnológicos, financieros y de infraestructura para el desarrollo del programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad PAMEC.

## **7. SEGUIMIENTO Y MEDICION**

UDOP SAS realizará el seguimiento y medición al programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad apoyado en el formato denominado “Pamec salud con calidad”.

## **8. PROGRAMA DE AUDITORIA**

El Programa de Auditoria hace referencia al número global de auditorías que se realizaran en un periodo determinado, ver programa de auditorías de UDOP SAS

### **8.1. PLAN DE AUDITORIA**

El Plan de Auditoria hace referencia al detalle que debe tener cada una de las auditorias programadas en el formato, ver plan de auditorías de UDOP SAS.


### **8.2. LISTA DE VERIFICACION**

En la lista de verificación se establecen los estándares, criterios (Cliente, ley y/o Organización) que el auditor líder ha establecido en el plan de mejoramiento a auditar, entrelazado con el plan de acciones auditorías de UDOP SAS.

### **8.3. INFORME DE AUDITORIA**

En el informe de auditoría se consignan los hallazgos (fortalezas, riesgos y/o No Conformidades) presentadas en la Auditoria, ver matriz de acciones auditorías de UDOP SAS.

## Anexo 10. Acta de Socialización

 <b>UDOP</b> <small>UNIDAD DE OPERACIÓN DEL SISTEMA REGIONAL DE SALUD</small>	GESTIÓN DE CALIDAD		U-CA-02-F01	
	ACTA		VERSIÓN: 01	

FECHA	15/09/2017	ACTA N°	1		
LUGAR	Sala de reuniones	HORA INICIO	08:00:00 a.m.	HORA FINAL	10:00:00 a.m.
COMITÉ/ GRUPO PRIMARIO	Comité de calidad				

ASISTENTES / INVITADOS					
	Nombre	Cargo	Nombre	Cargo	
x	Marisela Figueroa Laiton	Directora Administrativa	Monica Morales Russo	Miembro el proyecto	x
x	Erika Liliana Alvarado Celis	Miembro del proyecto			
x	Marisol Lopez Pico	Miembro del proyecto			
x	Azucena Marin Ibarra	Miembro del proyecto			

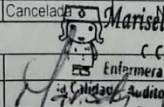
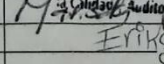
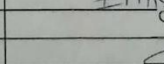
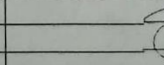
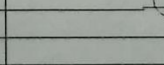
ANÁLISIS DE LOS PARTICIPANTES	
QUÓRUM	100%

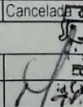
ORDEN DEL DÍA	
1.	Presentación y socialización del PAMEC de la institución
2.	
3.	
4.	
5.	

DESARROLLO
<p>se da inicio a la reunión de socialización del Pamec como resultado del proyecto ejecutado en UDOP SAS, se presenta la metodología usada para la evaluación, la herramienta de evaluación y los resultados de la auditoría realizada. Por otra parte se informa la metodología de priorización de los procesos, y los indicadores para medir la gestión de los procesos. Adicionalmente se le presenta a la gerencia el plan de intervención del PAMEC y las conclusiones y recomendaciones a tener en cuenta en el mantenimiento y actualización del PAMEC de UDOP SAS</p> <p>Se hace entrega del documento PAMEC a la empresa, la gerencia no tiene ninguna inquietud del proyecto y agradece el apoyo de la ejecución de este, resaltando la importancia de mejorar continuamente en los procesos.</p> <p>No se generaron compromisos adicionales y por ende se da por terminada la reunión.</p>

COMPROMISOS					
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA CUMPLIMIENTO	SEGUIMIENTO / FECHA		
C: Cumplida	P: En Proceso	CA: Cancelada	NC: No Cumplida	Aplazada	A:

En constancia de lo anterior, firman:

Nombre	Firma
Marisela Figueroa Laiton	
Erika Liliana Alvarado Celis	
Marisol Lopez Pico	
Azucena Marin Ibarra	
Monica Morales Russo	


**Marisela Figueroa Laiton**  
 Enfermera Especialista en Gerencia de Calidad  
 C.C. 1.005.320.751  
 Auditora de los Servicios de Salud



