

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE
LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL CENTRO DE
TRAUMATOLOGÍA DEL CAUCA. POPAYÁN. 2007 - 2008**

**SORY HERNEY AGREDO LEÓN
CAROLINA JULIANA BALCÁZAR MUÑOZ
GLORIA PATRICIA FERNÁNDEZ LÓPEZ**

**ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN
SALUD CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS
POPAYÁN
2008**

**DISEÑO DE UN PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE
LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL CENTRO DE
TRAUMATOLOGÍA DEL CAUCA. POPAYÁN. 2007 - 2008**

Presentado por:

**SORY HERNEY AGREDO LEÓN
CAROLINA JULIANA BALCÁZAR MUÑOZ
GLORIA PATRICIA FERNÁNDEZ LÓPEZ**

**Trabajo De Grado Para Optar Al Titulo De Especialista En
Auditoria Y Garantía De La Calidad En Salud**

Asesor:

**ELKIN IDÁRRAGA
Auditor Médico**

**ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORIA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN
SALUD CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA
UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS
POPAYÁN
2008**

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Popayán, 16 de diciembre de 2008

TABLA DE CONTENIDO

	Pag
Introducción	10
Planteamiento del problema	12
Formulación del problema	12
Descripción del problema	12
Delimitación del problema	13
Enunciación del problema	13
Formulación del problema	14
Propósito	15
1. Objetivos	16
1.1 Objetivo general	16
1.2 Objetivos específicos	16
2. Características de la institución	17
2.1 Reseña histórica	17
2.2 Misión	18
2.3 Visión	18
2.4 Valores	19
2.5 Infraestructura	19

2.6 Servicios	20
2.6.1 Consulta externa especializada	20
3. Marco teórico	22
4. Metodología	30
4.1 Tipo de estudio	30
4.2 Recolección de la información	30
4.3 Procesamiento de la información	30
4.4 Análisis de resultados	31
5. Conclusiones	40
6. Recomendaciones	41
Bibliografía	42
Anexos	44

LISTA DE TABLAS

	Pag
Tabla 1. Primeras diez (10) causas de consulta en el Centro de Traumatología del Cauca para el año 2007	20
Tabla 2. Procedimientos más realizados en el Centro de Traumatología del Cauca para el año 2007	21
Tabla 3. Medición inicial de la satisfacción de los usuarios para Consulta Externa del Centro de Traumatología del Cauca	34

LISTA FIGURAS

	Pag
Grafico 1. Medición mensual del indicador de satisfacción al usuario en consulta externa en el Centro de Traumatología del Cauca	38

LISTA DE ANEXOS

	Pag
Anexo A. Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en salud. Centro De Traumatología Del Cauca	44
Anexo A1. Plan operativo anual 2007 – 2008. PAMEC. Centro De Traumatología Del Cauca	71
Anexo A2. Encuesta de satisfacción al usuario en Consulta externa especializada. Centro De Traumatología Del Cauca	72

INTRODUCCIÓN

La auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud se debe entender como una herramienta de gestión de calidad y de gestión gerencial, que implica que toda la organización conozca los elementos básicos de la misma, así como la utilización de las metodologías e instrumentos dados por la normatividad vigente y complementado con la utilización de experiencias exitosas de otras organizaciones, adaptándolas a las condiciones específicas de cada organización de manera responsable y creativa.

La auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud debe impactar el desempeño del sistema de salud y debe repercutir en la salud de la población, esto se logra proveyendo servicios de salud integrales, accesibles y equitativos, con conocimiento de la evidencia científica y pertinencia en las intervenciones, de una manera eficiente y efectiva, tomando como centro al usuario de los servicios o cliente externo, identificando sus necesidades y expectativas frente al cuidado y al servicio.

Todas las organizaciones deben propender por el mejoramiento continuo de su calidad, por tal motivo se realizan las auditorias para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, constituyéndose estas en procesos organizacionales

transversales de autocontrol en pos del mejoramiento, a través de los cuales se establecen los ajustes necesarios para superar las expectativas de los clientes; las auditorias requieren de una inversión económica pequeña que se verá compensada en la obtención de incentivos económicos, de prestigio y de carácter ético y profesional. El mejoramiento continuo de la calidad debe ser entendido como una cultura organizacional y no como procesos aislados, debe ser una filosofía de vida laboral, personal y social centrada en el mejoramiento constante.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El mejoramiento de la calidad de la atención en salud no puede ser alcanzado a través de actividades aisladas, tiene que ser un elemento integral y activo de la cultura organizacional, dicho proceso forma parte del ciclo de manejo gerencial que permite comprender las dificultades e identificar las soluciones posibles para mejorar la calidad de los servicios de salud a través de un proceso participativo transversal, basado en el conocimiento de la evidencia científica y tomando como eje central a los usuarios de los servicios o cliente externo, teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas frente al servicio recibido.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El Centro de Traumatología del Cauca ha logrado habilitarse dentro de la normatividad vigente, pero como organización ha evidenciado que la habilitación no es suficiente para garantizar la prestación de servicios de salud con calidad,

para tal fin es necesario Diseñar un Programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, el cual es una herramienta de gestión que impacta en el mejor desempeño de la organización y en la salud de la población, creando una filosofía de mejoramiento continuo en toda la organización como un esfuerzo articulado en el cual deben concurrir el sector salud, los usuarios de los servicios y los diversos sectores del país.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El problema se limita a Diseñar un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud “PAMEC” en el Centro de Traumatología del Cauca. 2007 - 2008.

ENUNCIACIÓN DEL PROBLEMA

El problema se enuncia de la siguiente forma:

Diseñar un programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en el Centro de Traumatología del Cauca

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta lo anterior se plantean las siguientes preguntas:

¿Qué beneficios trae para la institución la implementación de programas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud?

¿Están satisfechos los usuarios con los servicios recibidos?

PROPÓSITO

Diseñar un programa para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, con el fin de definir los procesos prioritarios que están fallando, cual es la calidad esperada para los mismos e iniciar las acciones necesarias para disminuir la brecha entre lo observado y lo esperado; para así prestar servicios con calidad que repercutan en la buena atención a los usuarios y por tanto en la satisfacción de los mismos.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar un programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud “PAMEC” en el Centro Médico de Traumatología del Cauca con base en la normatividad vigente establecida por el Ministerio de Protección Social.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la normatividad existente sobre garantía de la calidad en salud y específicamente sobre los Programas De Auditoría Para El Mejoramiento De La Calidad De La Atención En Salud.
- Establecer un PAMEC que promueva e impulse el desarrollo de la institución generando un valor agregado para los usuarios y para la organización misma.
- Diseñar un plan de mejoramiento con base en las Fallas de Calidad detectadas en el Proceso de Consulta externa especializada del Centro de Traumatología del Cauca, estableciendo parámetros y unificando criterios que sean coherentes con el desarrollo del sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC).
- Crear mecanismos que contribuyan a la realización de acciones de seguimiento a la satisfacción del usuario para el mejoramiento de la calidad.

2. CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN

2.1 RESEÑA HISTÓRICA

El Centro de Traumatología del Cauca es una Institución Privada de Salud, creada en el año 2006 para la atención en consulta externa de pacientes con patologías traumatólogicas y de ortopedia. Presta sus servicios a la comunidad Payanesa y de municipios vecinos, especialmente del sur del Cauca, es una empresa comprometida con la comunidad y se ajusta a la normatividad del Sistema de Seguridad Social en Salud, para prestar servicios con calidad, proporcionando una atención idónea, oportuna y con calor humano.

Esta ubicado en la Calle 17AN No. 8-38, Barrio el Recuerdo y tiene disponible al servicio de sus usuarios los Teléfonos: 823 77 88 – 823 58 58.

Con Horarios de atención entre las 8:00 a.m. a 12:00 m y las 2:00 p.m. a 8 p.m. según requerimientos de los Usuarios.

2.2 MISIÓN

Propender por el desarrollo responsable de la especialidad y la aplicación ética del ejercicio médico en la comunidad, brindando una atención integral en salud con calidad en razón de un excelente trato humano hacia los pacientes y sus familias a través de profesionales altamente capacitados, con grandes aptitudes humanísticas.

2.3 VISIÓN

Para el año 2011 ser la Clínica especializada en ortopedia y traumatología líder en la asistencia, investigación y desarrollo integral, centrada en satisfacer las necesidades de salud de sus usuarios, con calidad humana, conocimiento científico y tecnología de punta, convirtiéndonos en el más importante centro de referencia municipal, departamental y nacional de la especialidad.

2.4 VALORES

El Centro De Traumatología Del Cauca, desempeña su función bajo los valores de:

- HONESTIDAD
- CONFIDENCIALIDAD
- SOLIDARIDAD
- RESPONSABILIDAD
- EQUIDAD

Que hacen de la institución una empresa sostenible a lo largo del tiempo, tienen como meta aportar y potencializar esfuerzos y recursos para resolver necesidades específicas en el área de traumatología y ortopedia, con la optimización de procesos que redundan en beneficios para los usuarios.

2.5 INFRAESTRUCTURA

El Centro de Traumatología del Cauca esta ubicado en la Ciudad de Popayán, cuenta con una infraestructura de 300 metros cuadrados en un solo nivel con amplias instalaciones entre las que se encuentra dos (2) consultorios, una (1) sala

de yesos y procedimientos, un (1) área de recepción, dos (2) salas de espera, dos (2) áreas sanitarias y una (1) zona verde

2.6 SERVICIOS

2.6.1 Consulta Externa Especializada

- El Centro de Traumatología del Cauca ofrece un servicio integral en el nivel básico ambulatorio a cargo de profesionales altamente calificados, empeñados en servir con calidad para cuidar y preservar la salud de sus usuarios.

Tabla 1. Primeras diez (10) causas de consulta en el Centro de Traumatología del Cauca para el año 2007

No. DE ORDEN	DIAGNOSTICO
1	Esguince de tobillo
2	Esguince de muñeca
3	Esguince de codo
4	Esguince de rodilla
5	Trauma de tejidos blandos (mano, codo, rodilla y tobillo)
6	Fractura de mano
7	Fractura de tobillo
8	Fractura de antebrazo
9	Fractura de humero
10	Fractura de tibia

Fuente: Estadísticas Centro de Traumatología del Cauca. 2007

- El Centro Medico De Traumatología Del Cauca ofrece el servicio de pequeños procedimientos de nivel básico ambulatorio, a cargo de profesionales altamente calificados, estableciendo un balance en la organización para lograr la adhesión y satisfacción de los usuarios.

Tabla 2. Procedimientos más realizados en el Centro de Traumatología del Cauca para el año 2007

No. DE ORDEN	PROCEDIMIENTOS
1	Inmovilización y retiro de yeso circular
2	Infiltraciones
3	Inmovilizaciones parciales con férulas
4	Reducciones cerradas de pequeñas articulaciones
5	Artrocentesis

Fuente: Estadísticas Centro de Traumatología del Cauca. 2007

3. MARCO TEÓRICO

Una característica del mundo a finales del siglo pasado fue sin lugar a dudas, el esfuerzo para lograr la calidad en productos y servicios, como un imperativo para no sucumbir al peso y fuerza de la competencia, y ante la necesidad y exigencia cada vez mayores de los componentes del sistema de salud, llámese EPS, IPS, clientes externos e internos. Los países más avanzados han recorrido largos caminos en pro del ideal de la calidad, con acciones basadas en la planeación estratégica, la ingeniería de procesos, los sistemas de gestión del mejoramiento continuo y la búsqueda del control total de la calidad.

En Colombia la auditoria para el mejoramiento de la calidad tiene antecedentes mas recientes, pero no menos importantes, en 1984 el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) a través de su Oficina Nacional de Evaluación de Calidad inicio formalmente actividades de auditoria en todas sus sedes nacionales, con muchas dificultades debido a la falta de conocimientos, a la novedad en el tema por parte del equipo de salud y a la mala percepción sobre los propósitos de mejoramiento de la calidad de la atención en salud que fueron calificados como un acto fiscalizador y represor. El ICSS experimentó muchas demandas por irregularidades en la atención a los usuarios, pues no se contaba con herramientas ni procedimientos para su control y manejo, los registros básicos no eran claros y se detectaba gran insatisfacción por parte de los usuarios por la mala

calidad de la atención en salud, poniendo en peligro la pertenencia de los mismos a la entidad. Las anteriores consideraciones hacen ver la necesidad urgente de mejorar los procesos de atención integral originando el desarrollo por parte del ICSS de un programa de capacitación, educación y actualización médica, generando varios documentos en los cuales se concibió la auditoria como una herramienta útil para lograr la garantía de la calidad en los procesos de atención en salud.¹

La normatividad creada por el Sistema de Aseguramiento de la Calidad, ha sido cada vez mas exigente en la estandarización de los procesos hasta llegar a las normas ISO (Internacional Standard Organización) que establecen pilares básicos que implementados plantean realmente guías muy precisas para la productividad y competitividad, además de que cimientan definiciones muy claras de lo que en verdad significa la calidad y lo que representa en cada uno de los factores que contribuyen a garantizarla.

En nuestro país la normatividad sobre la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud inicia con la ley 100 de 1993 en su titulo 4, articulo 227 el cual determina que “es facultad del gobierno nacional, expedir las normas relativas a la organización de un sistema de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoria clínica, de obligatorio desarrollo en las EPS con objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación del servicio”, y se hace

¹ Riaño Gamboa, German. Auditoria de la gestión en salud. Un reto a la excelencia. Bogota. Ecomedios. 2002.

mas explicita con el Decreto 2174 de 1996 que dio las primeras herramientas sobre garantía de la calidad y que se siguió mediante el Decreto 2309 de 2002, en el que se dispone: “que el Sistema obligatorio de garantía de la calidad de la Atención en salud (SOGC) del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) 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” y en los últimos años se exhibe el Decreto 1011 de 2006 para establecer los procesos de calidad que buscan lograr que el usuario acceda a servicios integrales, oportunos y con calidad.

Con el decreto 1011 de 2006 se establecen cuales son los componentes del SOGC, entre los que encontramos:

- **Sistema único de habilitación:** que es una evaluación externa, de carácter gubernamental y obligatorio, orientado a garantizar unas condiciones mínimas de seguridad, de manejo del riesgo y de dignidad para los usuarios sin las cuales no se pueden ofrecer ni contratar servicios de salud.
- **Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud:** herramienta básica de evaluación interna, continua y sistemática del cumplimiento de estándares de calidad complementarios que son básicos en el sistema único de habilitación.

- **Sistema único de acreditación:** conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles de calidad por parte de las EPSs, entidades adaptadas y empresas de medicina prepagada.
- **Sistema de información para la calidad:** permite estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector y orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus deberes y derechos, así como de los niveles de calidad de los prestadores del servicio, EPSs, entidades adaptadas y de medicina prepagada para que puedan tomar decisiones al momento de ejercer sus derechos en el sistema de seguridad social en salud.

Estos estándares del sistema deben ajustarse progresivamente para garantizar la calidad en los servicios de salud.

Para hablar de mejoramiento de la calidad de la atención en salud debemos empezar por definir el término calidad, entendida como un proceso que controla el buen desarrollo de las actividades realizadas en diferentes puntos del ciclo de atención, que al estar bien ejecutadas conducen a un buen resultado que se refleja en un producto atractivo a las necesidades del cliente. Ese buen desarrollo se basa en la normatividad ya existente. El control final está dirigido a corregir los defectos en el resultado final y principalmente a prevenirlos.

El camino hacia la calidad requiere en el cliente interno un cambio de mentalidad, una nueva filosofía en su desempeño personal, una nueva cultura que desarrolle liderazgo, promueva el trabajo en equipo y dirección del proveedor hacia el cliente como pilar fundamental del futuro de la empresa.

Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud el SOGCS del SGSSS tendrá las siguientes características:

- **Accesibilidad:** posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el SGSSS.
- **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.
- **Seguridad:** conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencia científicamente probada, que propende por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia:** grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

- **Continuidad:** grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.²

Una vez aclarados los conceptos básicos de calidad y sus características podríamos empezar a considerar el término auditoria, entendido como el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad,³ que generará un informe detallado de los hallazgos encontrados, garantizando la excelencia de los procedimientos ejecutados para llegar a la CALIDAD EN EL SERVICIO.

Se debe tener en cuenta que el fin último de la auditoria es el de conocer qué le sucedió al usuario durante los diferentes periodos, la pertinencia y calidad de los respectivos procedimientos efectuados durante su atención para conocer el resultado en función de la mejoría del cliente, lo cual condiciona su egreso: recuperado, rehabilitado o fallecido. La auditoria en salud debe evaluar el proceso en si y no el actor.

Partiendo de lo anterior podemos establecer que la Auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es una herramienta de gestión gerencial, que busca generar impacto en el desempeño del sistema y en la salud de la población,

² Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. Guía básica para la acreditación en salud. Bogota. Icontec. 2004

³ Ministerio de la Protección Social. Decreto Número 1011 de 2006. artículo 2

basándose en dos pilares fundamentales que son: el mejoramiento continuo y la atención centrada en el cliente.

El modelo de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud propuesto por el Decreto 1011 de 2006 la define como una auditoría integral sistémica que busca determinar la eficiencia, la eficacia y la economía con que se manejan los recursos disponibles de una organización para el logro de sus objetivos combinando diferentes mecanismos y técnicas de auditoría; no solo revisa asuntos financieros y operativos sino que amplía el marco de análisis con la finalidad de establecer la relación entre el uso de los recursos y el impacto de la actividad de la organización a través de estos componentes.

Esta auditoría se basa en el conocimiento integral de la organización a través de sus diferentes enfoques, logrando una interacción de sus distintos componentes que incluye los aspectos humanísticos y organizacionales dirigidos a la obtención y entrega de resultados. Su propósito no se limita a identificar las fallas de la organización, sino a generar aportes que agreguen valor a la Institución.

Las anteriores consideraciones permiten concluir que la auditoría para el mejoramiento de la calidad es un modelo de auditoría integral de la institución para hacer un aporte a su efectividad; con este enfoque la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud tiene como eje el aprendizaje organizacional e individual como elemento principal del mejoramiento continuo.

Se espera que este esfuerzo realizado entre IPSs, Usuarios y aseguradores, sea un instrumento que bien aplicado sirva para el mejoramiento de las relaciones

entre sus actores y que demande por parte de ellos la construcción de una ética o patrón de conducta como pieza fundamental del desempeño profesional dedicado a la defensa del usuario y a la calidad en la prestación de los servicio de salud.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo

4.2 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la investigación se utilizó la información primaria, es decir que no existe, y por lo tanto se debe recoger.

4.3 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información se procesó electrónicamente cumpliendo las siguientes etapas:

- Revisión de los datos
- Codificación
- Digitación

- Limpieza
- Elaboración de listados
- Elaboración de tablas

4.4 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez revisada la normatividad vigente acerca del SOGC, se procedió a evaluar el cumplimiento de los estándares de calidad y a elaborar el diagnóstico básico para establecer cuáles fueron los principales problemas de calidad, así como los procesos involucrados en su generación, los cuales fueron objeto del Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud en el Centro de Traumatología del Cauca; para esto fue necesario identificar fortalezas, carencias y oportunidades de mejoramiento con el fin de garantizar la calidad de la atención en salud cumpliendo con los objetivos y competencias de la organización y del sistema general de seguridad social en salud.

Basados en las “Pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud” del Ministerio de la Protección Social, se diseñó el Plan de auditoría para el mejoramiento de calidad “PAMEC” para el Centro de Traumatología del Cauca, dichas Pautas establecen una guía que posibilita y facilita de manera integral el accionar de la organización, pero dado el concepto

amplio del modelo de auditoria como función organizacional y de estrategia, se desarrollo el programa de auditoria a través de la ruta critica en busca del mejoramiento continuo de la atención en salud en dicho Centro.

El primer paso de la Ruta Critica es la **Autoevaluación**, en la cual se realizo un diagnostico básico general de los procesos internos de la institución con el fin de identificar y evaluar los problemas o fallas de calidad que afectan a la organización y que inciden en el usuario, este proceso se llevo a cabo utilizando la estrategia de “lluvia de ideas”, obteniendo como resultado el listado de procesos susceptibles de mejorar que impactaron en la calidad del servicio.

En esta fase se revisó la caracterización de los procesos y se procedió a hacer un listado de fallas de calidad para los diferentes procesos, como segundo paso en la ruta crítica se encuentra la **Definición De Prioridades**, en este paso se tomó como herramienta la priorización de indicadores a través del cual se definieron los factores críticos de éxito, los cuales se cruzaron con los indicadores afectados por fallas en la calidad, asignándoles calificaciones para medir su nivel de impacto. Se conformó un equipo de trabajo para realizar la aplicación de dicha herramienta, la cual llevó a la definición de un indicador crítico que fue la “**Satisfacción al usuario**”, dentro del proceso interno de “**Consulta Externa Especializada**”, conformando la base del plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad del Centro de Traumatología del Cauca.

Para el Centro de Traumatología del Cauca se encontró que los usuarios se quejaban de la falta de oportunidad en la atención debido a los prolongados

tiempo de espera transcurridos entre la hora asignada para la cita y la hora en que son atendidos por los especialistas, generando gran insatisfacción, adicionalmente se presenta un déficit en cuanto al seguimiento de la satisfacción del cliente externo con los servicios prestados.

El tercer paso en la ruta crítica es la **Definición De La Calidad Esperada** para el indicador definido como prioritario, esto con el fin de establecer la meta hacia la que quiere llegar la organización, según el problema de calidad priorizado para ser atendido, encontrándose que en el Centro de Traumatología del Cauca al momento de estructurar el PAMEC no existía un estándar de calidad esperada para el proceso de Consulta Externa Especializada, dicho estándar se obtuvo al establecer el porcentaje de satisfacción del usuario, a través de la **medición inicial del desempeño de los procesos**, mediante el cual se aplicaron los procesos de auditoria como un mecanismo de la medición de la calidad observada.

Para el Centro de Traumatología del Cauca esta definición de la calidad esperada se realizo partiendo de la identificación del producto, el cliente y las necesidades o expectativas de los clientes, usando como herramienta una matriz de la calidad esperada en la cual se realizo la definición del indicador que se utilizo para la evaluación y seguimiento del proceso escogido como prioritario, planteándose el indicador: *Satisfacción del usuario con la atención brindada en consulta externa especializada.*

Una vez definido el indicador, se procedió a establecer una meta institucional a alcanzar escogiéndose un índice esperado del 95% como óptimo, establecidos el indicador y el índice esperado, se necesitaba establecer el índice observado y dado que este índice no existía al momento de realizar el PAMEC, se procedió a calcularlo a través de la siguiente fórmula:

$$\% \text{ de inconformidad} = \text{total de quejas} / \text{total de pacientes encuestados} * 100$$

Para despejar la ecuación se realizaron 52 encuestas de satisfacción al usuario, encontrando que en 35 de ellas habían quejas sobre la atención prestada en la consulta externa especializada, dando como resultado una satisfacción del usuario con este servicio del 32.7%

Tabla 3. Medición inicial de la satisfacción de los usuarios para Consulta Externa del Centro de Traumatología del Cauca

<i>Indicador</i>	<i>Índice Observado %</i>	<i>Índice Esperado %</i>	<i>Brecha %</i>
Satisfacción del usuario con la atención brindada en consulta externa especializada.	32.7%	95 %	62.3%

El establecimiento del índice observado permitió obtener la **brecha entre lo esperado y lo observado**, la cual fue de 62.3% para el proceso prioritario seleccionado, dicha brecha se considero difícil de alcanzar, pero con la implementación del PAMEC, se generaron las estrategias a utilizar creando alternativas de solución para resolver las inconformidades, manteniendo y mejorando los servicios en cuanto a oportunidad, pertinencia, accesibilidad y

equidad teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, logrando la adhesión y satisfacción de los usuarios.

El quinto paso de la ruta crítica es la **Formulación Y Ejecución Del Plan De Mejoramiento** el cual permite visualizar el proceso de mejora que se inicia a partir de los problemas identificados, en él se establecen las acciones de mejora en las que se deben describir las actividades que se han definido como parte de este, generando responsabilidades en cuanto a personas, tiempo estimado para su ejecución, espacio, motivo y forma para desarrollarlas para garantizar el cumplimiento del plan que se pone en marcha.

Una vez detectados los problemas de calidad en el Centro de Traumatología del Cauca se realizó la formulación del Plan de Mejoramiento para lo cual se definió un formato de plan de mejoramiento basado en la matriz 5W1H (Ver anexo 1, Tabla 6) que contiene la información básica: nombre de la entidad, periodo evaluado, fecha de formulación del plan de mejoramiento, persona responsable, nombre del proceso, problema identificado, objetivo, causas que generan el problema, actividades a realizar para bloquear las causas, persona responsables de la ejecución de las actividades, cronograma de aplicación e indicadores para medir los avances en el cumplimiento de las metas.

Dentro de la matriz 5W1H del Centro de Traumatología del Cauca se estableció la realización de encuestas de satisfacción a los usuarios (QUE), a cargo de la recepcionista (QUIEN), cada 3 meses, los cuales iniciaron a partir del 23 de noviembre de 2007 y terminaron el 10 de septiembre de 2008 (CUANDO), dichas

encuestas se realizaron en las instalaciones de la misma Institución (DONDE), esta actividad se realizó debido a que la satisfacción del usuario es lo primordial en la atención en salud (POR QUE) y se hizo a través de retroalimentación a los trabajadores, usuarios y prestadores (COMO).

Una vez establecido el plan de acción se dio inicio al sexto paso de la ruta crítica que es la **Ejecución Del Plan De Mejoramiento**, el cual se realizó contando con el apoyo de los niveles directivos de la organización con el fin de generar espacios para hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de acción y a los resultados obtenidos en el mejoramiento a través de los indicadores definidos con este fin, incorporando los procesos mejorados en la nueva etapa de planeación de la calidad.

Para la ejecución del plan de mejoramiento en el Centro de Traumatología del Cauca se estableció un plan operativo anual para desarrollar las actividades en relación con el proceso prioritario seleccionado, el cual se describe brevemente a continuación:

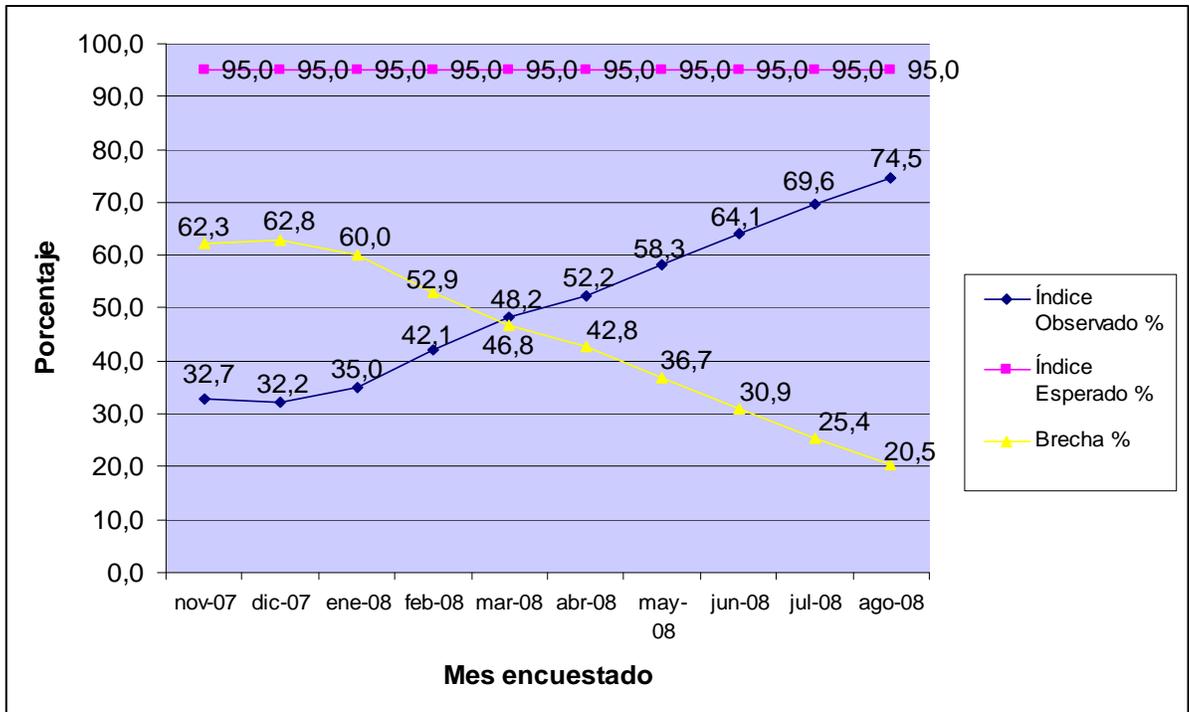
- Seguimiento mensual a la satisfacción de los usuarios en consulta externa
- Tabulación de encuesta de satisfacción a los usuarios en el servicio de consulta externa cada tres meses.
- Análisis trimestral de la información recolectada y tabulada.
- Retroalimentación a los trabajadores, al contratante y usuarios cada 6 meses.

Siguiendo los lineamientos del ciclo PHVA, la administración hizo seguimiento a la implementación de las mejoras para verificar cual fue el impacto de las mismas en

la calidad del servicio de consulta externa (Ver anexo 1, tabla 7), posteriormente se evaluó el cumplimiento de los objetivos y se identificó las oportunidades de mejora que se incorporan en la nueva etapa de planeación de la calidad.

El séptimo paso de la ruta crítica es la **Evaluación Del Mejoramiento**, en el Centro de Traumatología del Cauca como elemento del seguimiento se evaluaron las acciones que se estaban ejecutando con el fin de determinar si eran o no efectivas, se monitorearon durante 10 meses los resultados del indicador planteado, lo cual se hizo a través de la medición sistemática del indicador Satisfacción del usuario con la atención brindada en consulta externa especializada, encontrándose que la brecha entre lo esperado y lo observado inicial fue de 62.3%, tres meses después la brecha disminuyó a 52.9%, demostrando así una mejora de la satisfacción de los usuarios en un 9.4%, porcentaje que fue mejorando todavía más a través del tiempo, para el mes de mayo de 2008, se encontró una brecha de 36.7%, evidenciando una disminución de la brecha de un 25.6% en comparación con la inicial, para el mes de agosto se logró disminuir la brecha al 20.5%, logrando una satisfacción de los usuarios del 74.5%, con base en lo anterior se determinó que el plan de mejora fue positivo, ya que al realizar el último análisis los resultados del indicador propuesto muestran una disminución sustancial de la brecha entre lo observado y lo esperado, en comparación con la medición inicial. (Ver Grafico 1)

Grafico 1. Medición mensual del indicador de satisfacción al usuario en consulta externa en el Centro de Traumatología del Cauca



El ultimo paso de la ruta critica es el **Aprendizaje Organizacional**, el cual se relaciona con la toma de decisiones definitivas y elaboración de estándares con los cuales se puede hacer un control periódico y un seguimiento permanente para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y observada.

Debido a que el PAMEC del Centro de Traumatología del Cauca esta programado hasta el mes de noviembre de 2008 encontramos que aunque la brecha entre lo observado y lo esperado disminuyo considerablemente, el ciclo aún no se puede cerrar debido a que falta un período de auditoria por evaluar y a que todavía existe

una brecha del 20.5% que debe ser mejorada, por tanto el ciclo debe continuar para seguir implementando acciones de mejoramiento, hasta obtener el índice esperado del 95%, caso en el cual, se podría estandarizar el proceso y hacer un conteo periódico y seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad observada y esperada.

5. CONCLUSIONES

- El PAMEC establecido en el Centro de Traumatología del Cauca, cumple con los lineamientos normativos establecidos por el SOGC del Ministerio de la Protección Social.
- Se promovió e impulsó el desarrollo de la institución a través del PAMEC por medio de la educación continua al personal que labora en la Institución creando una cultura organizacional la cual se entiende como una filosofía de vida laboral, personal y social, que genera un valor agregado para los usuarios y para la organización misma.
- Se diseñó un plan de mejoramiento con base en las debilidades detectadas en la satisfacción al usuario en el proceso de consulta externa especializada, siendo coherentes con el desarrollo del SOGC.
- Se estableció una línea base de 32.7% del indicador de satisfacción al usuario en consulta externa especializada, logrando alcanzar un 74.5% en un periodo de 10 meses.

6. RECOMENDACIONES

- Terminar la evaluación de los periodos programados para completar las actividades del plan de mejoramiento de la institución del año 2007-2008.
- Continuar realizando la retroalimentación a los clientes internos para motivar aun más su participación en el desarrollo del PAMEC y lograr que la calidad se convierta en una filosofía de vida, de liderazgo y de trabajo en equipo en pos del cliente externo.
- Continuar socializando el PAMEC con los Clientes externos, con el fin de que aporten elementos de mejoramiento para alcanzar la calidad en la Institución.
- Seguir la metodología recomendada por el Ministerio de la Protección Social para la implementación del PAMEC, adaptándolo a las diferentes necesidades según se definan las nuevas prioridades para la institución.
- Desarrollar el PAMEC anualmente abriendo y cerrando ciclos, en busca de la mejora continua de la calidad.
- Teniendo en cuenta las sugerencias brindadas por los usuarios en las encuestas realizadas, se recomienda a la Organización ofrecer los servicios de Rehabilitación y tener disponibilidad de medicamentos e insumos terapéuticos, generando así una mayor satisfacción por la implementación de estos servicios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación. Guía básica para la acreditación en salud. Bogota. Icontec. 2004
2. Malagón Londoño, Gustavo. Galán Morera, Ricardo. Pontón Laverde, Gabriel. Administración hospitalaria. Ed. Panamericana. Bogota. 2000
3. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto Número 2174. Bogotá D. C. 1996.
4. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 100. Bogotá D. C. 1993.
5. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto Número 2309. Bogotá D. C. 2002.
6. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto Número 1011. Bogotá D. C. 2006.
7. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Número 1043. Bogotá D. C. 2006.
8. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Número 1445. Bogotá D. C. 2006.
9. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Número 1446. Bogotá D. C. 2006.
10. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Número 2181. Bogotá D. C. 16 de junio de 2008.

11. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guías básicas para la implementación de las pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Sistema obligatorio de salud. Bogotá D.C. 2007.
12. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Pautas de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud. Sistema obligatorio de salud. Bogotá D.C. 2007.
13. Riaño Gamboa, German. Auditoria de la gestión en salud. Un reto a la excelencia. Bogota. Ecomedios. 2002.

ANEXOS

ANEXO A

CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA DEL CAUCA

PAMEC

Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad

SORY HERNEY AGREDO LEON

GERENTE

Popayán, 2007 – 2008

ÍNDICE

	Pag
Introducción	50
Justificación	52
1. Centro de traumatología del cauca	57
1.1. Reseña de la institución	57
1.2. Misión	58
1.3. Visión	58
1.4. Valores	59
1.5. Infraestructura	59
1.6. Servicios	60
1.6.1. Consulta externa especializada	60
2. Ruta crítica para el desarrollo de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud	62
2.1. Autoevaluación	62
2.2. Definición de prioridades	64
2.3. Definición de la calidad esperada	66
2.4. Establecimiento de la brecha entre lo esperado y lo observado	67
2.5. Formulación y ejecución del plan de mejoramiento	68

2.6. Ejecución del plan de mejoramiento	70
2.7. Evaluación del mejoramiento	72
2.8. Aprendizaje organizacional	73

LISTA DE TABLAS

	Pag
Tabla 1. Primeras diez (10) causas de consulta en el centro de traumatología del cauca para el año 2007	60
Tabla 2. Procedimientos más realizados en el centro de traumatología del cauca para el año 2007	61
Tabla 3. Priorización de fallas en la prestación del servicio de Consulta externa Especializada en el Centro de Traumatología del Cauca. 2007	65
Tabla 4. Definición de la calidad esperada	66
Tabla 5. Satisfacción de los usuarios	67
Tabla 6. Matriz de descripción de mejoramiento para acciones a mediano plazo (5W1H)	69
Tabla 7. Seguimiento al plan de mejoramiento	71
Tabla 8. Medición del índice de satisfacción del usuario	67

LISTA DE ANEXOS

	Pag
Anexo A1. Plan anual de mejoramiento 2007 – 2008. PAMEC. Centro De Traumatología Del Cauca.	74
Anexo A2. Encuesta de satisfacción al usuario en Consulta externa especializada. Centro De Traumatología Del Cauca	75

INTRODUCCIÓN

Una característica del mundo a finales del siglo pasado fue sin lugar a dudas, el esfuerzo para lograr la calidad en productos y servicios, como un imperativo para no sucumbir al peso y fuerza de la competencia, y ante la necesidad y exigencia cada vez mayores de los componentes del sistema de salud, llámese EPS, IPS, Clientes o usuarios. Los países más avanzados han recorrido los caminos en pro del ideal de la calidad con ejercicios de varios años en la planeación estratégica, la ingeniería de procesos, la administración, en el sistema de gestión del mejoramiento continuo, en el control total de la calidad.

En la auditoria interna, el sistema de aseguramiento de la calidad, cada vez ha sido mas exigente en la estandarización de los procesos hasta llegar a las normas ISO (Internacional Standard Organización) que establecen pilares básicos que implementados plantean realmente derroteros muy precisos para la productividad y competitividad, además de que cimientan definiciones muy claras de lo que en verdad significa la calidad y lo que representa en cada uno de los factores que contribuyen a garantizarla.

Colombia inicia con la garantía de calidad en 1996, con el Decreto 2174 que dio las primeras herramientas para llevar a cabo esta experiencia cada vez mas

enriquecedora y que se siguió mediante el decreto 2309 en el 2002 y en los últimos años con el decreto 1011 de 2006 para establecer los procesos de calidad que busca lograr que el usuario acceda a servicios integrales, oportunos y con calidad.

Se espera que este esfuerzo realizado entre IPS, Usuarios y aseguradores, basados en las directrices dadas por el Estado logre verdaderos cambios en la prestación de servicios de salud, en cuanto a oportunidad, accesibilidad, seguridad y pertinencia; Adicionalmente que propenda por la prestación de servicios de salud integrales con calidad, calidez humana, optimización de procesos para los usuarios, que son la razón de ser del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

JUSTIFICACIÓN

Considerando que en un producto o servicio lo más importante es la satisfacción del cliente es necesario establecer un programa de auditoria en las IPS que permita establecer parámetros de evaluación de los procesos que conlleven a cumplir con los objetivos de mejoramiento de la calidad de los servicios.

El Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC) cuenta con un proceso de seguimiento permanente de mejoramiento, recolección de información, procesamiento, análisis de resultados y evaluaciones periódicas basadas en mediciones que proporcionan las estadísticas; se cuenta con un proceso de comparación y confrontación periódica de los resultados obtenidos de las acciones de mejoramiento frente a las metas propuestas.

El Centro de Traumatología del Cauca se debe enmarcar dentro de los Procesos de Auditoria como Institución Prestadora de Servicios de Salud teniendo en cuenta como mínimo, los siguientes procesos:

Autoevaluación del Proceso de Atención de Salud: La entidad establecerá prioridades para evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios desde el punto de vista del cumplimiento de las características de calidad.

Atención al Usuario: La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos y a la calidad de los servicios recibidos.

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados.

Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

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

Oportunidad: Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Seguridad: Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

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

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

El Centro de Traumatología del Cauca S.A. es una entidad privada que no está obligada a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, mas sin embargo en la búsqueda de un mejoramiento continuo desarrollara los procesos de Auditoría para el mejoramiento de la calidad, basados en los niveles de operación del PAMEC, se aplicara y operara el modelo en los siguientes niveles:

Autocontrol: Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que éstos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.

Auditoría Interna: Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol.

Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que éste sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.

Auditoría Externa: Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden. Las entidades que se comporten como compradores de servicios de salud deberán desarrollar obligatoriamente la auditoría en el nivel de auditoría externa.

TIPOS DE ACCIONES. El modelo de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud se lleva a cabo a través de tres tipos de acciones:

Acciones Preventivas: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que deben realizar las personas y la organización, en forma previa a la atención de los usuarios para garantizar la calidad de la misma.

Acciones de Seguimiento: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría, que deben realizar las personas y la organización a la prestación de sus servicios de salud, sobre los procesos definidos como prioritarios, para garantizar su calidad.

Acciones Coyunturales: Conjunto de procedimientos, actividades y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la organización

retrospectivamente, para alertar, informar y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante los procesos de atención de salud y facilitar la aplicación de intervenciones orientadas a la solución inmediata de los problemas detectados y a la prevención de su recurrencia.

1 CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA DEL CAUCA

1.1 RESEÑA DE LA INSTITUCIÓN

El Centro De Traumatología Del Cauca es una Institución Privada de Salud, creada en el año 2006 para la atención en consulta externa de pacientes con patologías traumatológicas y de ortopedia. Presta sus servicios a la comunidad Payanesa y de municipios vecinos, especialmente del sur del cauca, es una empresa comprometida con la comunidad y se ajusta a normatividad del Sistema de Seguridad Social en Salud, para prestar servicios con calidad, proporcionando una atención idónea, oportuna y con calor humano.

Esta ubicado en la Calle 17AN No. 8-38, Barrio el Recuerdo y tiene disponible al servicio de sus usuarios los Teléfonos: 823 77 88 – 823 58 58.

Con Horarios de atención entre las 8:00 a.m. a 12:00 m y las 2:00 p.m. a 8 p.m. según requerimientos de los Usuarios.

1.2 MISIÓN

Propender por el desarrollo responsable de la especialidad y la aplicación ética del ejercicio médico en la comunidad, brindando una atención integral en salud con calidad en razón de un excelente trato humano hacia los pacientes y sus familias través de profesionales altamente capacitados, con grandes aptitudes humanísticas.

1.3 VISIÓN

Para el año 2011 ser la Clínica especializada en ortopedia y traumatología líder en la asistencia, investigación y desarrollo integral, centrada en satisfacer las necesidades de salud de sus usuarios, con calidad humana, conocimiento científico y tecnología, convirtiéndonos en el más importante centro de referencia municipal, departamental y nacional de la especialidad.

1.4 VALORES

El Centro de Traumatología del Cauca S.A., desempeña su función bajo los valores de:

- HONESTIDAD
- CONFIDENCIALIDAD
- SOLIDARIDAD
- RESPONSABILIDAD
- EQUIDAD

Que hacen de la institución una empresa sostenible a lo largo del tiempo, tienen como meta aportar y potencializar esfuerzos y recursos para resolver necesidades específicas en el área de traumatología y ortopedia, con la optimización de procesos y calidad al servicio del usuario.

1.5 INFRAESTRUCTURA

El Centro Medico De Traumatología Del Cauca esta ubicado en la Ciudad de Popayán, cuenta con una infraestructura de 300 metros cuadrados en un solo nivel con amplias instalaciones entre las que se encuentra dos (2) consultorios,

una (1) sala de yesos y procedimientos, un (1) área de recepción, dos (2) salas de espera, dos (2) áreas sanitarias y una (1) zona verde

1.6 SERVICIOS

1.6.1 CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

- El Centro Medico De traumatología del Cauca ofrece un servicio integral en el Nivel Básico Ambulatorio a cargo de profesionales altamente calificados, empeñados en servir con calidad para cuidar y preservar la salud de sus usuarios.

TABLA 1. Primeras diez (10) causas de consulta en el Centro de Traumatología del Cauca para el año 2007

No. DE ORDEN	DIAGNÓSTICOS
1	Esguince de tobillo
2	Esguince de muñeca
3	Esguince de codo
4	Esguince de rodilla
5	Trauma de tejidos blandos (mano, codo, rodilla y tobillo)
6	Fractura de mano
7	Fractura de tobillo
8	Fractura de antebrazo
9	Fractura de humero
10	Fractura de tibia

Fuente: Estadísticas Centro de Traumatología del Cauca. 2007

- El Centro Medico De Traumatología del Cauca ofrece el servicio de pequeños procedimientos de nivel básico ambulatorio, a cargo de profesionales altamente calificados, empeñados en servir con calidad para cuidar y preservar la salud de sus usuarios.

TABLA 2. Procedimientos más realizados en el Centro de Traumatología del Cauca para el año 2007

No. DE ORDEN	PROCEDIMIENTOS
1	Inmovilización y retiro de yeso circular
2	Infiltraciones
3	Inmovilizaciones parciales con férulas
4	Reducciones cerradas de pequeñas articulaciones
5	Artrocentesis

Fuente: Estadísticas Centro de Traumatología del Cauca. 2007

2. RUTA CRÍTICA PARA EL DESARROLLO DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD



2.1 AUTOEVALUACIÓN

La autoevaluación es el primer paso para que la organización pueda establecer que se puede mejorar, es decir establecer un diagnóstico básico, en el que se identifiquen problemas y deficiencias en la prestación de servicios con calidad que afectan a la empresa, o de los aspectos que en función del concepto de monitoreo de la calidad, tienen importancia para la institución.

Un problema o una falla de calidad, es la diferencia que existe entre el resultado deseado y el obtenido en la realidad.

El resultado de la autoevaluación es la identificación de los procesos a mejorar, en otras palabras, la generación de un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la organización y que pueden a corto, mediano o largo plazo ser objeto de la o las auditorías operativas.

Este proceso se llevo a cabo utilizando la estrategia de “lluvia de ideas” obteniendo como resultado el listado de procesos susceptibles de mejorar que impactan en la calidad del servicio,

En esta fase se reviso la caracterización de los procesos y se procedió a hacer un listado de fallas de calidad para los diferentes procesos.

1. ASIGNACIÓN DE CITAS

- Falta de oportunidad en la respuesta del call center
- Error en la verificación de derechos

2. CONSULTA EXTERNA

- Falta de oportunidad en la atención de medico especialista
- Insatisfacción del usuario con la atención.

3. ATENCIÓN AL USUARIO

- Presentación de quejas y reclamos por inconformidad en la prestación de servicios.

- Falta de oportunidad en respuesta a peticiones, queja y reclamos.

4. GESTIÓN DOCUMENTAL

4.1 Archivo de Historias clínicas

- Falta de procedimientos establecidos para identificación y trazabilidad de la historia clínica.

4.2 Base de Datos

- Falta de bases de datos para identificación de usuario.

2.2 DEFINICIÓN DE PRIORIDADES

Tomando como herramienta la Tabla 3. Priorización de fallas en la prestación del servicio de Consulta externa Especializada en el Centro de Traumatología del Cauca se procedió a definir los factores críticos de éxito, los cuales se cruzaron con los problemas que afectan la calidad, asignando las siguientes calificaciones para medir el nivel de impacto:

1= NO

2 = ALGO

3 = MODERADO

4 = MUCHO

5 = ELEVADO

Tabla 3. Priorización de fallas en la prestación del servicio de Consulta Externa Especializada en el Centro de Traumatología del Cauca. 2007

FALLAS EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	FACTORES CLAVES DE ÉXITO				TOTAL	ORDEN
	1	2	3	4		
	Impacto sobre los recursos	Impacto en satisfacción del cliente usuario	Impacto en satisfacción del cliente pagador	Impacto sobre la calidad del servicio		
Falta de oportunidad en la respuesta del call center	5	3	1	3	45	8
Error en la verificación de derechos	3	2	3	3	54	7
Falta de oportunidad en la atención de medico especialista	5	5	5	5	625	1
Insatisfacción del usuario con la atención.	3	5	2	5	150	2
Presentación de quejas y reclamos por inconformidad en la prestación de servicios.	3	3	2	5	90	4
Falta de oportunidad en respuesta a peticiones, queja y reclamos.	2	3	2	5	60	6
Falta de procedimientos establecidos para identificación y trazabilidad de la historia clínica.	1	5	3	5	75	5
Falta de bases de datos para identificación de usuario.	4	3	3	3	108	3

Una vez realizada la priorización de fallas de calidad en el Centro de Traumatología del Cauca se considera que para el proceso de consulta externa especializada al definir los diferentes factores críticos de éxito el indicador que mayor impacto causó fue el de la **“Satisfacción al usuario”**, ya que esta directamente relacionado con la calidad de los servicios prestados; encontrando que los usuarios se quejan de la falta de oportunidad en la atención debido a los prolongados tiempos de espera transcurridos entre la hora asignada para la cita y la hora en que son atendidos por los especialistas, generando gran insatisfacción,

adicionalmente, se presenta un déficit en cuanto al seguimiento de la satisfacción del cliente externo con los servicios prestados.

2.3 DEFINICIÓN DE LA CALIDAD ESPERADA

Para el proceso definido o seleccionado como prioritario se procedió a definir la calidad esperada, partiendo de la identificación del producto, el cliente y las necesidades o expectativas de los clientes.

A partir de esta matriz de la calidad esperada se realizó la definición del indicador que se utilizara para la evaluación y seguimiento del proceso escogido como prioritario.

Tabla 4. Definición de la calidad esperada

PROCESO PRIORITARIO	PRODUCTO	CLIENTE EXTERNO	NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL CLIENTE
CONSULTA EXTERNA	Atención oportuna, eficiente, efectiva	Usuario	Satisfacción del usuario con la atención brindada en consulta externa especializada

Una vez definido el indicador, se procedió a establecer una meta institucional a alcanzar escogiéndose un índice esperado del 95% como óptimo, establecidos el indicador y el índice esperado, se necesitaba establecer el índice observado y dado que este índice no existe al momento de realizar el PAMEC, se procedió a calcularlo a través de la siguiente fórmula:

% de inconformidad = total de quejas / total de pacientes encuestados * 100

Para despejar la ecuación se realizaron 52 encuestas (Ver anexo A2) de satisfacción al usuario, encontrando que en 35 de ellas habían quejas sobre la atención prestada en consulta externa, dando como resultado una satisfacción del usuario con este servicio del 32.7%

Tabla 5. Medición inicial de la satisfacción de los usuarios para Consulta Externa del Centro de Traumatología del Cauca

Indicador	Índice Observado %	Índice Esperado %	Brecha %
Satisfacción del usuario con la atención brindada en consulta externa especializada	32.7%	95 %	62.3%

2.4 ESTABLECIMIENTO DE LA BRECHA ENTRE LO ESPERADO Y LO OBSERVADO

El Centro de Traumatología del Cauca ha establecido para la calidad esperada y observada una brecha del 62.3% la cual se podría considerar difícil de alcanzar, pero si se tiene en cuenta que con la implementación de este PAMEC, se generaran las estrategias a utilizar creando alternativas de solución para resolver las inconformidades, manteniendo y mejorando los servicios en cuanto a oportunidad, pertinencia, accesibilidad y equidad teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, logrando la adhesión y satisfacción de los

usuarios, disminuyendo así la brecha hasta alcanzar los estándares de calidad deseados para el proceso prioritario.

2.5 FORMULACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Una vez detectados los problemas de calidad se realiza la formulación del plan de mejoramiento para lo cual se definió un formato de plan de mejoramiento basado en la matriz 5W1H que contiene la información básica: nombre la entidad, periodo evaluado, fecha de formulación del plan de mejoramiento, persona responsable, nombre del proceso, problema identificado, objetivo, causas que generan el problema, actividades a realizar para bloquear las causas, persona responsables de la ejecución de las actividades, cronograma de aplicación e indicadores para medir los avances en el cumplimiento de las metas.

Tabla 6. Matriz de descripción de mejoramiento para acciones a mediano plazo (5W1H)

Nombre: CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA DEL CAUCA

Periodo evaluado: 2007 – 2008

Fecha de Formulación: 15 de noviembre de 2007

Responsable: Sory Herney Agredo – Gerente

Proceso: Consulta Externa

Problema identificado: Falta de oportunidad en la atención del medico especialista

Objetivo: Mejorar el nivel de satisfacción del usuario con respecto al servicio de consulta externa especializada

INDICADOR	QUE	QUIEN	CUANDO	DONDE	POR QUE	COMO
Satisfacción del usuario con la atención brindada en consulta externa especializada que se atiende en el Centro de Traumatología del Cauca	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de horarios de atención. • Reprogramación de agendas. • Contratación de otro especialista. • Realización de encuestas de satisfacción. • Tabulación y análisis de las encuestas realizadas. • Retroalimentación a los trabajadores y usuarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerente • Gerente • Gerente • Recepcionista • Recepcionista y Gerente • Gerente 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 de noviembre de 2007 • Mensual • Inicial o de acuerdo a la necesidad • Cada 3 meses y se inicia a partir del 23 de noviembre de 2007 y termina el 10 de septiembre de 2008 • Mensual • Semestral 	En las instalaciones del Centro de Traumatología del Cauca	La satisfacción del usuario es lo primordial en la atención	<ul style="list-style-type: none"> • Mediante el análisis de la asignación de las citas de los especialistas del Centro. • A partir del anterior análisis y su resultado se definirá la reprogramación de las agendas de los especialistas. • Contratación de un especialista con mayor numero de horas para satisfacer las necesidades. • Se realizaran encuestas en forma aleatoria por la recepcionista en los tiempos ya establecidos. • A través de retroalimentación a los trabajadores, usuarios y prestadores mediante charlas, videos alusivos a los temas, volantes informativos.

2.6 EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO

Para la ejecución del plan de mejoramiento se estableció un plan anual de mejoramiento para desarrollar las actividades en relación con el proceso prioritario seleccionado. (Ver anexo A1), el cual se describe brevemente a continuación:

- Revisión de horarios de atención.
- Reprogramación de agendas.
- Contratación de otro especialista.
- Seguimiento mensual a la satisfacción de los usuarios en consulta externa
- Tabulación y análisis de encuesta de satisfacción a los usuarios en el servicio de consulta externa mensualmente.
- Retroalimentación a los trabajadores, al contratante y usuarios cada 6 meses.

Siguiendo los lineamientos del ciclo PHVA, la administración hizo seguimiento a la implementación de las mejoras para verificar cual fue el impacto de las mismas en la calidad del servicio de consulta externa (Ver tabla 7), posteriormente se evalúa el cumplimiento de los objetivos y se identifica las oportunidades de mejora que se incorporan en la nueva etapa de planeación de la calidad.

Tabla 7. Seguimiento Al Plan De Mejoramiento

Nombre del proceso: Consulta externa

Meta a lograr: Que el 95% de los usuario estén satisfechos con la atención brindada en consulta externa especializada que se atiende en el centro de traumatología del cauca

Indicador de seguimiento: Satisfacción del usuario con la atención brindada en consulta externa especializada que se atiende en el Centro de Traumatología del Cauca

ACTIVIDADES PLANEADAS PARA EL PERIODO	ACTIVIDADES EJECUTADAS	PROBLEMAS QUE SE PRESENTARON	CAMBIOS EN LA META
Revisión de horarios de atención	Se realizo el análisis de la asignación de las citas de los especialistas del Centro y se establecieron los horarios de atención.	No se presentaron inconvenientes para la recolección de la información	No hubo cambios en la meta
Reprogramación de agendas	A partir del anterior análisis y su resultado se definió la reprogramación de las agendas de los especialistas.	No se presentaron inconvenientes para la recolección de la información	No hubo cambios en la meta
Contratación de otro especialista	Se contrató un especialista con mayor número de horas para satisfacer las necesidades de los usuarios.	No se presentaron inconvenientes para la recolección de la información	No hubo cambios en la meta
Seguimiento mensual a la satisfacción del usuario en consulta externa, el cual se hizo a través de encuestas de satisfacción al usuario	Se aplicaron un total de 507 encuestas de satisfacción al usuario durante el desarrollo del plan de mejoramiento.	No se presentaron inconvenientes para la recolección de la información	No hubo cambios en la meta
Tabulación y análisis de encuestas de satisfacción al usuario	Se tabularon y analizaron las encuestas realizadas a los usuarios, encontrándose una disminución en la brecha entre lo observado y lo esperado	No se presentaron inconvenientes para la tabulación de la información	No hubo cambios en la meta
Retroalimentación a los trabajadores, usuarios y contratistas en los meses de marzo y septiembre de 2008	Se efectuaron jornadas de retroalimentación a los trabajadores, a los usuarios y a los contratistas, encontrando gran aceptación de los mismos por las mejoras realizadas	Hubo poco interés de parte de algunos contratistas por la socialización del plan de mejoramiento	No hubo cambios en la meta

2.7 EVALUACIÓN DEL MEJORAMIENTO

Como elemento del seguimiento se evaluaron las acciones que se están ejecutando con el fin de determinar si son o no efectivas, se monitorizaron durante 10 meses los resultados del indicador planteado, lo cual se hizo a través de la medición sistemática del indicador Satisfacción del usuario con la atención brindada en consulta externa especializada, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 8. Medición Del Índice De Satisfacción Del Usuario

INDICADOR: Satisfacción del usuario con la atención brindada en consulta externa especializada que se atiende en el Centro de Traumatología del Cauca

<i>Mes Evaluado</i>	<i>Numero De Encuestas Realizadas</i>	<i>Total De Quejas Por Mes</i>	<i>Índice Observado %</i>	<i>Índice Esperado %</i>	<i>Brecha %</i>
<i>Noviembre</i>	<i>52</i>	<i>35</i>	<i>32.7%</i>	<i>95 %</i>	<i>62.3%</i>
<i>Diciembre</i>	<i>35</i>	<i>22</i>	<i>32.2%</i>	<i>95 %</i>	<i>62.8%</i>
<i>Enero</i>	<i>40</i>	<i>24</i>	<i>35%</i>	<i>95 %</i>	<i>60%</i>
<i>Febrero</i>	<i>51</i>	<i>27</i>	<i>42.1%</i>	<i>95 %</i>	<i>52.9%</i>
<i>Marzo</i>	<i>64</i>	<i>30</i>	<i>48.2%</i>	<i>95 %</i>	<i>46.8%</i>
<i>Abril</i>	<i>42</i>	<i>18</i>	<i>52.2%</i>	<i>95 %</i>	<i>42.8%</i>
<i>Mayo</i>	<i>49</i>	<i>18</i>	<i>58.3%</i>	<i>95 %</i>	<i>36.7%</i>
<i>Junio</i>	<i>55</i>	<i>17</i>	<i>64.1%</i>	<i>95 %</i>	<i>30.9%</i>
<i>Julio</i>	<i>51</i>	<i>13</i>	<i>69.6%</i>	<i>95 %</i>	<i>25.4%</i>
<i>Agosto</i>	<i>68</i>	<i>14</i>	<i>74.5%</i>	<i>95 %</i>	<i>20.5%</i>
<i>Total</i>	<i>507</i>	<i>218</i>			

Fuente: Centro de Traumatología del Cauca. 2007-2008.

Se determino que el plan de mejora fue efectivo, ya que al realizar el último análisis los resultados del indicador propuesto muestran una disminución

sustancial de la brecha entre lo observado y lo esperado, en comparación con la medición inicial.

2.8 APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL

Debido a que el PAMEC del Centro de Traumatología del Cauca esta programado hasta el mes de noviembre de 2008 encontramos que aunque la brecha entre lo observado y lo esperado ha disminuido considerablemente, el ciclo aún no se puede cerrar debido a que falta un período de auditoria por evaluar y a que todavía existe una brecha del 20.5% que debe ser mejorada, por tanto el ciclo debe continuar para seguir implementando acciones de mejoramiento, hasta obtener el índice esperado del 95%, caso en el cual, se podría estandarizar el proceso y hacer un conteo periódico y seguimiento permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad observada y esperada.

DR. SORY HERNEY AGREDO LEON
GERENTE

ANEXO A1

CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA DEL CAUCA PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

CRONOGRAMA

PLAN ANUAL DE MEJORAMIENTO: PAMEC 2007-2008

No.	PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	AÑO: 2007												Porcentaje de ejecución	Observaciones
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
1	Consulta Externa	revisión de horarios de atención	Gerente													100%	
2		Reprogramación de agendas	Gerente													100%	
3		contratación de otro especialista	Gerente													100%	
4		Realizar encuestas de la satisfacción del usuario en el servicio de consulta externa especializada	Recepcionista													100%	
5		Tabulación y análisis de encuestas de satisfacción de los usuarios	Recepcionistas													100%	
6		Retroalimentar a los trabajadores, usuarios y contratantes	Gerente														

PLAN ANUAL DE MEJORAMIENTO: PAMEC 2007-2008

No.	PROCESO	ACTIVIDADES	RESPONSABLES	AÑO: 2008												Porcentaje de ejecución	Observaciones
				Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic		
1	Consulta Externa	Reprogramación de agendas	Gerente												75%	Pamec ejecutado hasta el 10 de septiembre de 2008	
2		Realizar encuestas de la satisfacción del usuario en el servicio de consulta externa especializada	Recepcionista											75%			
3		Tabulación y análisis de encuestas de satisfacción de los usuarios	Recepcionista											75%			
4		Retroalimentar a los trabajadores, usuarios y contratantes	Gerente y recepcionista											48%	Hubo poco interés de parte de algunos contratistas por la socialización del plan de mejoramiento		

ANEXO A2

CENTRO DE TRAUMATOLOGÍA DEL CAUCA

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO
CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA**

GRACIAS POR CONTESTAR ESTA ENCUESTA SU OPINIÓN ES VALIOSA PARA SERVIRLE MEJOR.

1. USTED RECIBIÓ UN TRATO RESPETUOSO Y AMABLE DEL:
- | | SI | NO |
|--|-------|-------|
| A) PERSONAL DE ADMISIONES (AL INGRESO) | _____ | _____ |
| B) PERSONAL MEDICO. | _____ | _____ |

2. CUANTO TIEMPO SE DEMORO EN SER ATENDIDO (Marque una sola respuesta)
- | | SI | NO |
|-----------------------------------|-------|-------|
| ENTRE QUINCE MINUTOS Y MEDIA HORA | _____ | _____ |
| MAS DE MEDIA HORA | _____ | _____ |
| NO LO ATENDIERON | _____ | _____ |

3. ¿EL MEDICO LE PERMITIÓ COMENTAR ACERCA DE LA ENFERMEDAD?
- | | | |
|--|-------|-------|
| | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

4. ¿USTED SE SIENTE SATISFECHO CON EL SERVICIO?
- | | | |
|--|-------|-------|
| | _____ | _____ |
|--|-------|-------|

SI SU RESPUESTA ES NO. EXPLIQUE BREVEMENTE POR QUÉ

5. SUGERENCIAS QUE NOS AYUDEN A MEJORAR NUESTRO SERVICIO
