

**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA  
CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD PAMEC, DE LA IPS  
ODONTOLOGÍA MÉDICA DEL PATÍA**

**CESAR AUGUSTO AGREDA REVELO  
JULIAN MAURICIO MONDRAGÓN PÉREZ  
JUAN CARLOS PATIÑO LOPEDA**

**UNIVERSIDAD EAN – CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
AUDITORÍA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD  
POPAYÁN  
2009**

**PROGRAMA DE AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA  
CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD PAMEC, DE LA IPS  
ODONTOLOGÍA MÉDICA DEL PATÍA**

**CESAR AUGUSTO AGREDA REVELO  
JULIAN MAURICIO MONDRAGÓN PÉREZ  
JUAN CARLOS PATIÑO LOPEDA**

**Tesis de Grado para optar título en AUDITOR DE LA CALIDAD EN SALUD**

**UNIVERSIDAD EAN – CONVENIO UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
AUDITORÍA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD  
POPAYÁN  
2009**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

Director

---

Jurado

---

Jurado

Popayán, diciembre de 2009

## **DEDICATORIA**

A Dios, a nuestros Padres y Familias, por haber brindado su apoyo incondicional para hacer de este sueño una realidad.

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Elkin Idarraga, Médico Cirujano Universidad del Cauca, por su asesoría y acompañamiento durante la realización de la Tesis.

Luis Antonio Muñoz Álvarez, por la asistencia en el área de sistemas.

Al personal que labora en la IPS Odontología Medica del Patía

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	11
1. JUSTIFICACIÓN	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	15
2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	15
2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	16
2.4 LOCALIZACIÓN	16
2.5 UBICACIÓN GEOGRÁFICA	17
2.6 POBLACIÓN BENEFICIARIA	19
2.7 ASPECTOS QUE PUEDEN AFECTAR EL DESARROLLO DEL PROYECTO	19
28. ESTRATEGIAS O ACCIONES QUE SE PUEDEN REALIZAR PARA CONTRARRESTAR ESOS ASPECTOS NEGATIVOS	19
3. OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GENERAL	21
3.2 OBJETIVO ESPECIFICO	21
4. MARCO TEÓRICO	22
4.1 ASPECTOS GENERALES	22
5. MARCO CONTEXTUAL	28
5.1 ÁREA DE INFLUENCIA	28
5.1.1 Servicios	28
5.1.2 Misión	28
5.1.3 Visión	28
5.2 RECURSOS FÍSICOS	29
5.2.1 Datos de la Sede de Prestación de Servicios de Salud.	29

	Pág.
5.2.2 Capacidad instalada	29
6. MARCO LEGAL	31
7. ALCANCE DEL PAMEC	32
7.1 DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE AUDITORIA	32
7.1.1 Acciones Preventivas	32
7.1.2 Acciones de Seguimiento	32
7.1.3 Acciones Coyunturales	33
8. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO	35
8.1 PROYECCIÓN PRESUPUESTAL TOTAL	35
8.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	36
9. METODOLOGÍA	37
9.1 TIPO DE ESTUDIO	37
9.2 ASPECTOS GENERALES	37
9.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN	38
9.4 DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA DE AUTOEVALUACIÓN	38
10. RESULTADOS	40
10.1 OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO	40
10.2 IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE PROCESOS PRIORIZADOS	40
11. DIAGNOSTICO SITUACIONAL	42
12. DEFINICIÓN DE CALIDAD ESPERADA	48
13. FORMULACIÓN PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	63
14. CONCLUSIONES	85
15. RECOMENDACIONES	86
BIBLIOGRAFÍA	88

## LISTA DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Capacidad instalada de planta física	20
Cuadro 2. Capacidad instalada Tecnológica	21
Cuadro 3. Recurso Humano IPS Odontología Médica del Patía	21
Cuadro 4. Matriz de Priorización – Guía para Priorizar Problemas de Calidad	35
Cuadro 5. Relación Problemas de Calidad Priorizados vs. Criterios de Acreditación	36
Cuadro 6. Relación Problemas de Calidad Priorizados vs. Criterios de Acreditación	37
Cuadro 7. Desconocimiento Parcial de los Procesos y Procedimientos de la IPS Odontología Médica del Patía por parte del Cliente Interno	40
Cuadro 8. Inexistencia de seguimiento a los pacientes remitidos a otro nivel	41
Cuadro 9. Entrega Inoportuna de Resultados de Citologías	42
Cuadro 10. Incumplimiento de la Normatividad para el Manejo de los Residuos Hospitalarios en la IPS Odontología Médica del Patía	44
Cuadro 11. Insatisfacción de los Clientes Externos por Falta Oportuna de Resolución a Quejas y Reclamos	45
Cuadro 12. Inconformidad del cliente externo por los tiempos de espera en la atención en el Área de consulta externa, Laboratorio Clínico y Odontología General. Consulta Médica General	46



Cuadro 13. Atención de Laboratorio Clínico	Pág. 48
Cuadro 14. Consulta Odontología General	49
Cuadro 15. Desconocimiento por parte del Cliente Interno del Plan Obligatorio de Salud – POS - Estipulado en la Ley 100 de 1993	50
Cuadro 16. Inexistencia de un Plan de Mejoramiento de la Calidad del Proceso de Cuidado y Tratamiento del Cliente Externo en la IPS Odontología Médica del Patía	52
Cuadro 17. Desconocimiento Parcial de los Procesos y Procedimientos de la IPS Odontología Médica de El Patía por parte del Cliente Interno	56
Cuadro 18. No se hace Seguimiento a los Pacientes después de una Remisión	58
Cuadro 19. Entrega Inoportuna de Citologías	60
Cuadro 20. Incumplimiento de la Normatividad para el Manejo de los Residuos Hospitalarios en la IPS Odontología Médica de El Patía	61
Cuadro 21. Insatisfacción de los Clientes Externos por falta Oportuna de Resolución a Quejas y Reclamos	63
Cuadro 22. Inconformidad del cliente externo por los tiempos de espera en la atención en el Área de Consulta Externa, Laboratorio Clínico y Odontología General	66
Cuadro 23. Desconocimiento por parte del Cliente Interno del Plan Obligatorio de Salud – POS - Estipulado en la Ley 100 de 1993	69
Cuadro 24. Inexistencia de un Plan de Mejoramiento de la Calidad del Proceso de Cuidado y Tratamiento del Cliente Externo en la IPS Odontología Medica del Patía	71
Cuadro 25. Plan para el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad	74

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Departamento del Cauca. Ubicación geográfica del Municipio del Patía.	16
Figura 2. Distribución Vial. Sur del Cauca – Norte de Nariño	17

## INTRODUCCIÓN

En la última década, la calidad de la atención en salud ha surgido como un tema relevante, particularmente por la legítima exigencia de los usuarios y por el conocimiento de algunas prácticas clínicas que en ocasiones demuestran pérdida con frecuencia sistemática de la calidad. Brindar servicios de buena calidad es un imperativo ético para los usuarios y organizaciones. Dado que una de las responsabilidades fundamentales exigidas en la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios pusieron en marcha los conceptos básicos relacionados con el Sistema de Garantía de la Calidad como característica del sistema general de seguridad social en salud.

La evaluación y certificación de la calidad en una institución tiene distintos componentes. Inicialmente debe garantizarse un mínimo de condiciones estructurales que aseguren una funcionalidad acorde con su objetivo declarado. Este proceso de certificación constituye la Habilitación de los Servicios la cual demuestra que se cuenta con la estructura requerida para su funcionamiento.

Es necesario establecer las condiciones para crear y mantener los niveles de calidad. En cumplimiento de las disposiciones previstas en el Decreto 1011 de 2006 y dentro de su Resolución 1043 del 3 Abril 2006, la IPS Odontológica Médica del Patía, ha venido trabajado en el cumplimiento de los estándares de habilitación según lo definido en las Condiciones que deben Cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para Habilitar sus Servicios e Implementar el Componente de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad desarrollando internamente

estrategias tales como normas, guías clínicas y procedimientos de atención entre otros. Asimismo se deben desarrollar acciones destinadas a evaluar la calidad de las prácticas a través de programas de supervisión y auditoría.

El presente documento, se constituye en una herramienta fundamental para el fortalecimiento de los procesos institucionales y la gestión de la calidad contribuyendo al mejoramiento Continuo de los servicios que presta La IPS Odontológica Médica del Patía para la satisfacción del usuario, tomando como referente el Decreto N° 1011 del 3 abril de 2006, que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en el cual se relaciona el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), que es la manera particular en que cada Institución pone en marcha, operativiza o implementa el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, en procura de lograr un documento base que ofrezca los conceptos y los instrumentos que faciliten la labor de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención que reciben los usuarios. Se pretende generar acciones planificadas y sistemáticas, para cumplir con los estándares preestablecidos de calidad y que identifiquen causas que originan insatisfacción en la prestación de los servicios.

Lo importante de la ejecución del programa de auditoría se debe a que se convierte en un instrumento de toma de decisiones sobre un proceso de cambio en la empresa. De esta forma, la alta dirección, define el alcance de lo que quiere lograr con base en los principios de mejoramiento y analiza la viabilidad de implementar los cambios como el impacto de los mismos.

## 1. JUSTIFICACIÓN

El modelo de la seguridad social en Colombia, ubica a los hospitales como instituciones de alta competitividad, con estructuras flexibles, dinámicas, con capacidad tecnológica, estructural, de prestación de servicios con calidad, eficiencia y con el deber de asegurar la calidad de los mismos (con enfoque en los usuarios) y el mejoramiento continuo. De esta forma, a las instituciones prestadoras de servicios de salud les corresponde controlar la calidad de la atención que se presta a sus usuarios y uno de los mecanismos para hacerlo es a través de la auditoría.

El Decreto 1011 de 2006 establece que se debe desarrollar obligatoriamente un sistema de garantía de calidad en la atención en salud que incluya la auditoría para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.

La implementación del PAMEC permite el desarrollo de la institución con impacto en la disminución de los costos de no calidad, maximizando los beneficios del usuario y aportando la mejor calidad de la atención con los recursos disponibles.

En la institución la implementación de la auditoría para el mejoramiento de la calidad se justifica porque:

- Es un mecanismo óptimo para detectar la calidad de atención que se ofrece.

- Es un mecanismo idóneo para detectar fallas en la prestación de los servicios y proponer los correctivos necesarios.
- Es un mecanismo apropiado para incentivar procesos de autocontrol.
- Se centra en los procesos de la institución y no en personas.
- Implica la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada.
- Eleva el nivel de calidad porque induce al personal de salud a actuar con la mejor calidad posible, permitiéndole reafirmar y/o mejorar sus conocimientos y habilidades.
- Permite que se busquen los caminos más racionales en la obtención de los mejores resultados.
- Mejora el prestigio institucional y da satisfacción a los usuarios.

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

Las instituciones Prestadoras de servicios, entre ellas la IPS Odontológica Médica del Patía, cumpliendo con la normatividad vigente se registraron ante la Dirección Departamental de Salud del Cauca como parte del proceso de habilitación, obteniendo los distintivos de habilitación, pero hasta el momento no se cuenta con el certificado emitido por el ente territorial ya que aun no se ha desarrollado la visita de verificación de servicios habilitados.

El Plan de Auditoria para el mejoramiento de la calidad se constituye en una herramienta fundamental para el fortalecimiento de los procesos institucionales y la gestión de la calidad. Por lo tanto la ausencia del mismo dificulta el cumplimiento de la normatividad vigente frente al sistema obligatorio de garantía de la calidad y no permite el desarrollo coherente de las actividades por parte del equipo de salud que se encaminen hacia el objetivo de trabajo con calidad.

### **2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Actualmente no existe un Plan de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en la IPS Odontológica Médica del Patía que permita el análisis y comparación de los procesos institucionales así su comportamiento a través del tiempo con los

estándares de acreditación en salud y mucho menos establecer planes de mejoramiento coherentes con la realidad institucional y las dificultades presentes en el desarrollo de las actividades propias de la atención en salud. La falta de medición y análisis ha permitido que los encargados de los procesos en cada área no sean evaluados de forma objetiva y por lo tanto su nivel de desempeño no sea el esperado por el área directiva, tampoco los procesos se han diseñado con enfoque en el cliente sea este interno o externo, de otro lado los planes de mejoramiento establecidos no han arrojado los resultados esperados en cuanto al incremento de la satisfacción de los usuarios y no han permitido establecer metodología de mejoramiento en el corto, mediano y largo plazo.

Un deficiente trabajo en equipo para el análisis de los problemas de calidad no ha facilitado el abordaje integral de los mismos y genera un trabajo enfocado en soluciones inmediatas ante las dificultades del día a día sin lograr el desarrollo de metodologías e indicadores que permitan la prevención de las fallas de calidad,

### **2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Es importante el diseño del Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la IPS Odontológica Médica del Patía?

### **2.4 LOCALIZACIÓN**

La IPS Odontología Médica del Patía se encuentra ubicada en la Carrera 2 No 4-40 B/ Balboita de El Bordo (Cauca).

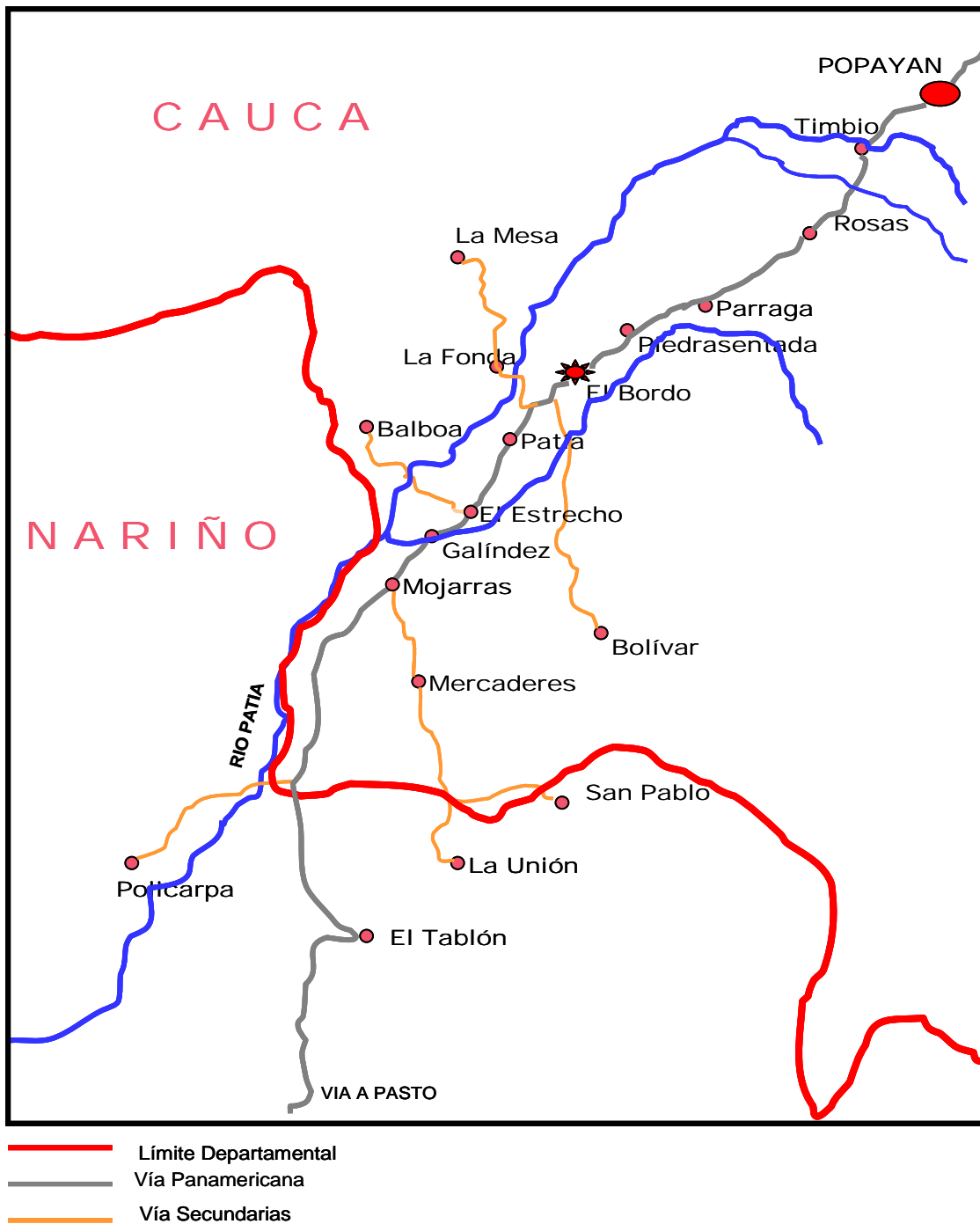


## 2.5 UBICACIÓN GEOGRÁFICA

Figura 1. Departamento del Cauca. Ubicación geográfica del Municipio del Patía.



Figura 2. Distribución Vial. Sur del Cauca – Norte de Nariño



## **2.6 POBLACIÓN BENEFICIARIA**

Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Afiliados a Asmet Salud EPS-S

Afiliados EPS SOS.

Afiliados EPS COOMEVA

Afiliados COSMITET

Que son las empresas con quienes contrata la IPS Odontología Médica del Patía, usuarios particulares y funcionarios de la IPS Odontología Médica del Patía del departamento del Cauca.

## **2.7 ASPECTOS QUE PUEDEN AFECTAR EL DESARROLLO DEL PROYECTO**

- Falta de interés por parte de la Gerencia.
- Rechazo de los empleados a la implementación de normas y procesos.
- No compromiso por parte de los funcionarios.
- Falta de recursos.
- Tiempo de implementación del proyecto.

## **2.8 ESTRATEGIAS O ACCIONES QUE SE PUEDEN REALIZAR PARA CONTRARRESTAR ESOS ASPECTOS NEGATIVOS**

- Concientizar y motivar sobre los beneficios institucionales.

- Definición de un equipo de trabajo responsable para implementar el sistema.
- Demostrar la viabilidad del proyecto.
- Sensibilización del personal de la entidad dándole a conocer la importancia de la implementación del PAMEC, su integración y colaboración.
- Gestionar los recursos adecuados para la implementación del proyecto.
- Organización del cronograma de actividades y cumplimiento de estos.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Diseñar el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad (PAMEC) en la IPS Odontológica Médica del Patía.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estructurar un modelo de evaluación de 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 procesos prioritarios que conduzca, a través de la retroalimentación, al aprendizaje organizacional y mejoramiento.
- Promover el desarrollo de planes de mejoramiento que conduzcan a la empresa 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 empresa para favorecer la cultura de calidad y el autocontrol.
- Facilitar la implementación del cuarto componente del SOGCS.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1 ASPECTOS GENERALES**

La Ley 10 de enero de 1990 reorganizó el Sistema Nacional de Salud resaltándose el hecho de haber ordenado la descentralización de la administración de los servicios de salud, responsabilizando a los municipios de la dirección y la prestación de los servicios del primer nivel, ordenó la creación de un organismo de Dirección del Sistema Local de Salud y refinanció ampliamente el sector. En esta Ley se declararon los servicios de salud como públicos, de obligatoria prestación por parte del estado e intervenida por este en los controles técnicos, sus tarifas cuando se pagan con dineros públicos y en el control de los factores que entrañan riesgos para la salud. La atención inicial de urgencias se estableció como obligatoria para todas las clínicas y hospitales públicos o privados independientemente de la situación económica del usuario, se definió además la gratuidad de la atención básica.

Posteriormente la Constitución Política de Colombia de 1991 establece en sus artículos 48, 49 y 311 que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control de Estado, se garantiza a todos los colombianos el acceso a todos los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, se establece que los servicios deben organizarse en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad, la atención básica será gratuita y obligatoria, la seguridad social es un derecho irrenunciable que debe ser prestada por el Estado, el municipio

deberá suministrar los servicios de salud, construir obras, ordenar el desarrollo y promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de la población.

La Ley 60 de 1993 por la cual se dictan normas orgánicas sobre distribución de competencias de conformación con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones, determina los criterios y montos para la asignación de los Ingresos Corrientes de la Nación (I. C. N.), dicta normas para la distribución del situado fiscal, establece criterios para la certificación de los municipios como descentralizados, establece las competencias y los recursos para el desarrollo de los sectores sociales de los Departamentos y Municipios y crea el fondo para cubrir el pasivo prestacional del sector salud.

Se define entonces “La Seguridad Social Integral” como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos del cual dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, se los habitantes del territorio nacional con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”<sup>1</sup>. Se establece además que “corresponde como obligación del estado y la sociedad, el garantizar la asignación de los recursos necesarios para brindar una adecuada cobertura en prestaciones económicas, servicios de salud, protección para riesgos profesionales y acceso a servicios complementarios en salud, para todos y cada uno de los habitantes de su territorio”.

Las características del Sistema General de Seguridad Social son sus principios y la integración funcional de actores, Como principios la norma define los siguientes: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación social.

Es importante reconocer la integración funcional de los siguientes actores: Organismos de Dirección, Vigilancia y Control: Ministerio de protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (C.N. S. S. S.), la Superintendencia Nacional de Salud (S.N.S.), Direcciones Seccionales y Locales de Salud.

Los organismos de Administración y Financiación: Empresas Promotoras de Salud (EPS), Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y Direcciones Seccionales y locales de Salud, quienes acuden, afilian y contratan los planes de beneficios, vigilan y controlan, Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud – I. P. S. empleadores y empleados y sus organizaciones, trabajadores independientes y las comunidades beneficiarias.

La reforma del Sistema de Salud posee una relación directa con la garantía de los derechos humanos que el estado debe proveer a los ciudadanos, fundamentalmente lo relacionado con la vida digna y el derecho a la salud. De igual manera, esta reforma no podría desconocer las macro tendencias universales relacionadas con la modernización del Estado, la descentralización y la administrativa y fiscal, la lucha contra la pobreza, los estímulos al sector privado y el aumento de las coberturas en la prestación de los servicios de salud, siempre en la búsqueda de una mejor condición de vida para gran parte de la población.



Se puede afirmar que la reforma, obedece a razones sociales, éticas, políticas y económicas. Sociales, por que se busca aumentar la cobertura y calidad de los servicios y por lo tanto mejorar las condiciones de salud (bienestar) de la población. Éticas, como una responsabilidad constitucional y moral del Estado. Políticas, garantizando el acceso eficiente, eficaz y equitativo de la población a los servicios de salud, con el fin de evitar la desintegración social y económica para garantizar la productividad de personas sanas.

Uno de los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, es crear condiciones para que toda la población pueda acceder a los servicios de salud, en todos los niveles de atención, en este marco el sistema dio el nombre de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (I.P.S.), a todas las entidades que prestan servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios, bien sean oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias.

Dentro del Régimen de Seguridad Social en Salud están establecidos los planes de Beneficios a los cuales tienen derecho los afiliados, estos constituyen la oferta por parte de las aseguradoras.

La resolución No. 5261 de agosto 5 de 1.994, por el cual se establece el Manual de Actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Decreto 2423 del 31 de Diciembre de 1996, por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.

La Ley No. 1678 de la persona con discapacidad del 15 de diciembre de 1995, la presente ley regula los derechos, deberes y garantías de las personas con discapacidad, para todos los habitantes en el territorio de la República de Colombia.

Decreto 1011 Establece el SOGC del SGSSS.

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

Anexo 1 de la Resolución 1043 de 2006 Manual de Estándares de Habilitación.

Anexo 2 de la Resolución 1043 de 2006 Manual Único de Procedimientos de Habilitación. Resolución 3763 de 2007 que modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y 1445 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007.

Anexo 1 de la Resolución 3763 de 2007, el cual modifica parcialmente el Anexo 1 de la Resolución 1043 de 2006.

Anexo 1 de la Resolución 3763 de 2007, el cual modifica parcialmente del Anexo 1 de la Resolución 2680 de 2007 y Anexo 1 y 2 de la Resolución 1445 de 2006.

Resolución 2680 de 2007 Por medio del cual se modifica la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

Anexo 1 de la Resolución 2680 de 2007 Modifica parcialmente los estándares 1 Recurso humano, 2 Instalaciones físicas, 3 Dotación y mantenimiento, Procesos asistenciales prioritarios y 7 Interdependencia de servicios del Anexo de la Resolución 1043 de 2006.

Anexo 2 de la Resolución 2680 de 2007 Modificación de los Numerales 5 y 6 del Anexo 1 de la Resolución 1043 de 2006.

Resolución 1446 de 2006 Por el cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de Monitoria del SOGC.

Pautas de auditoria del Ministerio de la Protección Social y como implementar dichas Pautas del año 2007.

Todos los elementos normativos sirven para el desarrollo de este trabajo.

## 5. MARCO CONTEXTUAL

### 5.1 ÁREA DE INFLUENCIA

La institución se encuentra localizada en el Municipio del Patía, Departamento del Cauca, el cual tiene una población aproximada de 35.749 habitantes.

**5.1.1 Servicios.** La IPS ofrece los servicios de Consulta Medica, Odontológica, consulta especializada, de control y seguimiento, diagnostico, apoyo y complementación terapéutica, referencia y contra referencia.

**5.1.2 Misión.** Somos una Institución prestadora de servicios de salud en la atención del primer nivel y algunas de segundo nivel con calidad y eficiencia, contamos con un talento humano calificado, una capacidad tecnológica acorde con las exigencias de nuestra población y unas amplias instalaciones para generar una cobertura total de atención a los municipios del área de influencia

**5.1.3 Visión.** Nos vemos prestando servicios en salud en el Municipio de Patía con un modelo de salud y un portafolio de servicios acorde a las necesidades y expectativas que en salud tienen nuestros usuarios; ofreciendo un talento humano idóneo y comprometido con las políticas que en salud nos brinda la ley 100 de 1993.

## 5.2 RECURSOS FÍSICOS

### 5.2.1 Datos de la Sede de Prestación de Servicios de Salud.

- Departamento: Cauca.
- Municipio: Patía.
- Centro Poblado: El Bordo
- Nombre de la Sede: IPS ODONTOLOGÍA MEDICA DEL PATÍA.
- Zona: Urbana.
- Dirección: Carrera 2 No. 4-40
- Teléfono: 8262277.
- Fax: 8261558.
- Horario de atención: 7:00 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 7:00 p.m. de lunes a viernes y los días sábados de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.,

### 5.2.2 Capacidad Instalada

**Cuadro 1. Capacidad instalada de planta física**

<b>Consultorios médicos</b>	<b>3</b>
<b>Laboratorio clínico</b>	<b>2</b>
<b>Consultorios de Enfermería</b>	<b>1</b>
<b>Consultorios de Odontología</b>	<b>3</b>
<b>Consultorio de Rehabilitación</b>	<b>1</b>
<b>Consultorios administrativos</b>	<b>6</b>

## **Cuadro 2. Capacidad instalada Tecnológica**

Microlab 50	1
Equipo de rayos X para odontología	1
Equipo de rayos X	1
Equipo de ecografía	1
Sillas de odontología	3

## **Cuadro 3. Recurso Humano IPS Odontología Médica del Patía**

Médicos Generales	3
Odontólogos	3
Bacteriólogos	1
Auxiliares de odontología	3
Auxiliares de enfermería	2
Fisioterapeuta y Terapista respiratoria	1
Personal administrativo	5
SIAU	1
Archivo	1
Facturación	1

## **6. MARCO LEGAL**

Decreto 1011 de 2006, Resolución 1043 de 2006, Resolución 1445 de 2006 del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus resoluciones reglamentarias.

Resolución 3763 de 2007, por la cual se modifican las resoluciones 1043 de 2006 y 2680 de 2007.

Resolución 1445 de 2.006, que contiene los estándares de acreditación para IPS.

Resolución 1446 de 2.006, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Circular 049 de 2006, Instrucciones para el reporte sistematizado en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Ley 872 de 2.003, por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, con su norma técnica de aplicación la NTCGP 1000:2004.

## **7. ALCANCE DEL PAMEC**

El programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad definirá con precisión las acciones a realizar, con el objeto de efectuar un seguimiento que facilite la priorización de procesos en la empresa encaminados al mejoramiento y a la identificación oportuna de desviaciones de la calidad observada frente a un marco de calidad esperada, permitiendo la construcción de planes de mejoramiento efectivos.

### **7.1 DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES DE AUDITORIA.**

La auditoría se desarrollará de conformidad con el marco normativo dado por el decreto 1011 de 2006 y las demás normas expresas expedidas por el Ministerio de la Protección social, en donde se describe los tipos de acciones, que se aplicaran en los niveles de autocontrol y de auditoría interna.

**7.1.1 Acciones Preventivas.** Entendidas como el conjunto de procedimientos y/o mecanismos de auditoria sobre los procesos prioritarios definidos por la entidad, que debe desarrollar el grupo de trabajo de la IPS, con relación directa sobre estándares de habilitación.

**7.1.2 Acciones de Seguimiento.** Conjunto de procedimiento y /o mecanismos de auditoria sobre procesos prioritarios definidos por la entidad, que tienen



relación directa para realizar seguimiento a indicadores de calidad y en habilitación a estándares de seguimiento a riesgos.

**7.1.3 Acciones Coyunturales.** Conjunto de procedimientos y/o mecanismos de auditoría que deben realizar las personas y la institución retrospectivamente para alertar, informar, y analizar la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso 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 ocurrencia.

Por otro lado la información acumulada en la institución muestra que el nivel de madurez y desarrollo hacia los sistemas de gestión, exige para la implementación de un programa de auditoría, la sostenibilidad de los tres tipos de acciones operando en los niveles de autocontrol y auditoría interna, para garantizar el logro de los objetivos.

En el Nivel de Autocontrol entendido como el conjunto de tareas de Planeación, Ejecución, verificación y ajuste, que lleva a cabo cada miembro de la entidad sobre los procedimientos a su cargo, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos con la normatividad vigente.

A Nivel de Auditoría Interna, definido como conjunto de procesos de evaluación sistemática de la calidad de la atención en salud, realizados por la misma institución desde una estancia externa al proceso que se audita, incluyendo acciones de evaluación retrospectiva, concurrente de los procesos de atención, incluyendo técnicas de auditoría generalmente aceptadas.

A Nivel de Auditoria Externa, definido como conjunto de procesos de evaluación sistemática de la calidad de la atención en salud, realizados por entidades ajenas a la organización auditada con la aplicación de técnicas de auditoría generalmente aceptadas.

## 8. ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO

### 8.1 PROYECCIÓN PRESUPUESTAL TOTAL

<b>Recursos Humanos</b>	<b>No.</b>	<b>Valor Unitario</b>	<b>Valor Total</b>
▪ Profesionales	2	\$2.000.000	\$4.000.000
▪ Técnico en Auditoría	1	\$900.000	\$900.000
▪ Auxiliares	2	\$600.000	\$1.200.000

<b>Recursos Materiales</b>	<b>Valor Unitario</b>	<b>Valor Total</b>
▪ Equipo de cómputo	\$1.200.000	\$1.200.000
▪ Papelería	\$300.000	\$300.000
▪ Útiles de oficina	\$100.000	\$100.000
▪ Insumos	\$200.000	\$200.000
▪ Viáticos	\$400.000	\$400.000
	<b>Total</b>	<b>\$8.300.000</b>

## 8.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Mes Semana	Marzo				Abril				Mayo				Junio			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
▪ Revisión Anteproyecto		■	■														
▪ Recolección información (encuestas, formatos, entrevistas)				■	■	■	■										
▪ Análisis y clasificación de la información recolectada, elaboración de cuadros descriptivos								■	■								
▪ Elaboración del PAMEC										■	■	■	■				
▪ Socialización, capacitación del personal involucrado														■	■	■	■

## **9. METODOLOGÍA**

### **9.1. TIPO DE ESTUDIO**

La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud se orienta como una herramienta de gestión de calidad, y esta a su vez, identifica y genera posibilidades de mejoramiento en la organización,

### **9.2. ASPECTOS GENERALES**

La auditoría se define como un componente de mejoramiento continuo en nuestro sistema obligatorio de Garantía de la Calidad en salud, entendida como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad complementarios a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación”.

Para el desarrollo del PAMEC se garantizó el cumplimiento de los siguientes requisitos: Cada profesional fue escuchado en las reuniones de evaluación para conocer las causas de los problemas identificados y la justificación si hubiere razón para ello.

Este plan solo se centra en procesos definidos como prioritarios y está encaminado hacia la mejora de estos y la satisfacción del cliente y no hacia la búsqueda de responsables.

### **9.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La metodología de investigación que se aplicará al presente trabajo será de tipo descriptivo, ya que busca diagnosticar e implementar los elementos y mecanismos necesarios para el diseño del plan de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la IPS ODONTOLOGÍA MÉDICA DEL PATÍA del departamento del Cauca, que sirva como herramienta de desempeño para mejorar la calidad del servicio ofrecido.

### **9.4 DESCRIPCIÓN DE LA ETAPA DE AUTOEVALUACIÓN:**

Teniendo en cuenta los estándares descritos en el anexo técnico de la resolución 1445 de 2006, se propuso la realización de la autoevaluación, es decir un diagnóstico básico para identificar fallas o problemas de calidad que afecta a la IPS. La identificación de los problemas se hizo a partir de la técnica observación directa se concretó en una lluvia de problemas expuestos por algunos clientes internos de la institución.

Como resultado de la autoevaluación, se obtuvo un listado de procesos que son factibles de intervenir por parte de la IPS y que pueden al corto, mediano o largo

plazo ser objeto de las auditorias operativas. Cada problema se interpretó y se adaptó de acuerdo a los estándares.

## **10. RESULTADO**

### **10.1 OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO**

El diagnóstico básico general identificó problemas de calidad a partir de los cuales se procedió a formular las oportunidades de mejoramiento, con el fin de corregir las desviaciones detectadas y así alcanzar los niveles establecidos por los estándares de acreditación.

Sin embargo y considerando que se debe avanzar en los resultados obtenidos, se procedió a priorizar los problemas de calidad identificados, con el propósito de concentrar los esfuerzos en aquellos aspectos donde el cambio de las condiciones existentes, tengan como consecuencia un mayor beneficio tanto para los clientes externos como internos de la institución.

### **10.2 IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE PROCESOS PRIORIZADOS**

Para llevar a cabo el proceso de priorización se utilizó la técnica de matrices de priorización. La matriz de priorización es la guía para priorizar problemas de calidad que se encuentra incluida en el presente documento. En la primera columna de la guía se encuentra el nombre de cada uno de los procesos que fueron listados como problemas de calidad de la organización, en la segunda columna se dio calificación del proceso en cuanto al impacto en el usuario, en la



tercera columna se calificó el impacto en el cliente interno y en la última columna se registró el valor total que se obtuvo después de sumar cada columna. La valoración se estipuló de 0 a 5, en el cual 0 significó la existencia de grave problemas de calidad, mientras que 5 significó que no existe problema de calidad. En esta priorización participaron 16 personas correspondientes al cliente interno, y al azar se tomó una muestra del 25% de los clientes externos que consultaron los diferentes servicios en un día de consulta normal en la IPS, en la cuarta semana de marzo.

Después del trabajo práctico se establecieron los problemas de calidad priorizados. Las prioridades dieron lugar a una serie de proyectos que en conjunto conformaron el Programa de Auditoría de la Calidad al que hace referencia este documento.

## 11. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

- El nivel de desarrollo del seguimiento a los procesos institucionales es muy incipiente.
- No existen mecanismos de evaluación del comportamiento de los indicadores de calidad institucionalizados ni estandarizados.
- En la institución no se traducen las necesidades de los clientes en atributos de calidad y especificaciones de diseño para los productos y servicios relacionados con la atención en salud.
- En la institución no se ha definido aun un mecanismo de auditoría del sistema de garantía de la calidad.
- Se evidencia un nivel incipiente en el desarrollo de estándares de acreditación por parte de la institución.
- El personal coordinador de las diferentes áreas conoce parcialmente el nivel de documentación de procesos de áreas relacionadas.
- Se logró la identificación del estado actual del sistema Obligatorio de Garantía de la calidad el cual se encuentra en niveles iniciales de desarrollo en todas las áreas de la institución.

- La IPS Odontología Médica no cuenta con un proceso de recolección de la información confiable que permita la toma de decisiones para el mejoramiento de la calidad de forma objetiva.
- La IPS Odontología Médica no hace seguimiento a los indicadores de calidad como herramienta de auditoría para el mejoramiento de la calidad.
- Aunque por parte del personal directivo se conocen las dificultades en algunos procesos institucionales, estos no han sido priorizados utilizando metodologías validas que permitan el análisis integral de los mismos.
- La IPS Odontología Médica del Patía no tiene establecido el proceso de referencia y contra referencia.
- En la IPS Odontología Médica del Patía el proceso de entrega oportuna de resultados de citologías, se ve alterado ya que hay incumplimiento en la entrega de los mismos por parte de la empresa contratada.

**Cuadro 4. Matriz de Priorización – Guía para Priorizar Problemas de Calidad**

<b>Problemas de calidad</b>	<b>Impacto en usuario</b>	<b>Impacto en cliente interno</b>	<b>Total</b>
Desconocimiento parcial de los procesos y procedimientos en la IPS por parte del cliente interno	15	18	33
No se hace seguimiento a los pacientes después de una remisión	16	20	36
Demora en la entrega de resultados de citologías	18	20	38
No se realiza un buen manejo de residuos hospitalarios	20	35	55
Insatisfacción de los clientes externos por falta oportuna de resolución a quejas y reclamos	40	43	83
Inconformidad del cliente externo por los tiempos de espera en la atención en el Área de consulta externa, laboratorio clínico y odontología general	55	50	105
Desconocimiento por parte del cliente interno del plan obligatorio de salud – pos - estipulado en la ley 100 de 1993	58	50	108
Inexistencia de un plan de mejoramiento de la calidad del proceso de cuidado y tratamiento del cliente externo en la IPS odontología médica del patía.	62	60	122

El Cuadro 4., hace referencia a los problemas más importantes y que prevalecen en la IPS lo que generará el PAMEC. Al realizar el seguimiento al PAMEC y a Auditoria, se debe evaluar el riesgo, frecuencia de ocurrencia y factibilidad de mejoras.

**Cuadro 5. Relación Problemas de Calidad Priorizados vs. Criterios de Acreditación**

<b>Problema priorizado</b>	<b>Estándar de acreditación</b>
Desconocimiento parcial de los procesos y procedimientos en la IPS por parte del cliente interno	Esta identificado el proceso de atención del cliente desde que llega a la institución hasta su egreso y es conocido por todo el personal de atención de la organización.
Inexistencia de seguimiento a los pacientes remitidos a otro nivel	El medico u organización que refirió al paciente es informado acerca del tratamiento y hospitalización del paciente referido.
Entrega inoportuna de las citologías	Existe un proceso para transmitir los datos y la información.
No se realiza un buen manejo de residuos hospitalarios	La organización garantiza procesos para el manejo seguro de desechos.
Insatisfacción de los clientes externos por falta oportuna de resolución a quejas y reclamos	<p>-La organización dispone de mecanismos para que el paciente pueda presentar quejas, sugerencias o recomendaciones. Independientemente del mecanismo, la organización garantiza que se lleva un registro de las mismas, que clasifica los motivos y genera acciones correctivas para evitar su recurrencia.</p> <p>- Existe un proceso para atención de los reclamos, sugerencias, felicitaciones de los pacientes o sus familiares durante el periodo de atención.</p>

**Cuadro 6. Relación Problemas de Calidad Priorizados vs. Criterios de Acreditación**

Problema priorizado	Estándar de acreditación
Inconformidad del cliente externo por los tiempos de espera en la atención en el área de consulta externa, laboratorio clínico y odontología general	<p>-La organización cuenta con estándares de espera, para informar cuanto tiempo deben esperar los pacientes para acceder a la consulta o realización de exámenes.</p> <p>-La institución prestadora de servicios de salud, tiene definidos los indicadores y estándares de oportunidad para los determinados servicios ambulatorios con los que cuenta.</p>
Desconocimiento por parte del cliente interno del plan obligatorio de salud – pos - estipulado en la ley 100 de 1993	<p>Existe un proceso de admisión y preparación del paciente para la atención y tratamiento, donde se le orienta sobre qué debe hacer antes de la atención por el técnico o profesional a cargo.</p> <p>Existe un proceso de registro para la atención y tratamiento.</p>
Inexistencia de un plan de mejoramiento de la calidad del proceso de cuidado y tratamiento del cliente externo en la IPS odontología médica del patía.	El Plan de Mejoramiento Continuo de Calidad cuenta con un plan escrito cuya meta es el mejoramiento de la calidad del proceso de atención y tratamiento.

Teniendo en cuenta las directrices emitidas por el Ministerio de Protección Social y la normatividad vigente, el proceso de habilitación debe trabajarse con estándares de acreditación.

El Cuadro 6., describe en una columna el problema priorizado y al lado el estándar de acreditación para IPS privada que corresponde a cada problema planteado.

## **12. DEFINICIÓN DE CALIDAD ESPERADA**

Para cada proceso seleccionado como prioritario se definió el nivel de calidad esperado a lograr con la ejecución del PAMEC, teniendo en cuenta los manuales de procesos y procedimientos, guías clínicas y protocolos de la IPS. Por otro lado se elaboraron indicadores como instrumento para monitorear y hacer seguimiento a resultados, considerando los contenidos de la Ficha Técnica propuesta por el Ministerio de la Protección Social, aunque no se incluyó el ajuste por riesgo, sino que se estableció la meta.



## INDICADORES TRAZADORES

**Cuadro 7. Desconocimiento Parcial de los Procesos y Procedimientos de la IPS Odontología Médica del Patía por parte del Cliente Interno**

	DIA - MES – AÑO 10 - 05 - 09
NOMBRE	Tasa de conocimiento de procesos y procedimientos por el cliente interno administrativo y asistencial.
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Conocimiento del cliente interno del funcionamiento de la IPS odontología medica del Patía.
DIMENSIONES	Calidad Técnica.
JUSTIFICACIÓN	El conocimiento por parte del cliente interno de los procesos y procedimientos de la IPS es uno de los factores con mayor incidencia sobre la calidad en la atención al cliente externo de nuestra Institución. La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de conocimiento de los procesos y procedimientos por parte del recurso humano vinculado a nuestra organización.
OBJETIVO DEL INDICADOR	Evaluar los conocimientos de los procesos y procedimientos internos.
FOCO DE MEDIDA	Cliente interno evaluado.
TIPO DE MEDIDA	Unidad porcentual.
NUMERADOR	Número total de clientes internos que conocen los procesos y procedimientos internos de la organización.
DENOMINADOR	Número total de clientes internos encuestados en la organización.
DEFINICIÓN DE LOS DATOS	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100. El resultado se presenta con una cifra decimal.
FUENTE DE LOS DATOS	Encuestas de conocimientos de procesos y procedimientos.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Semestral.
META	Socializar e implementar la totalidad de procesos y procedimientos, se espera que todos los clientes internos de la organización conozcan la aplicación adecuada del 100% de los procesos y procedimientos en la IPS, tanto administrativos como asistenciales.

**Cuadro 8. Inexistencia de seguimiento a los pacientes remitidos a otro nivel**

	DIA - MES - AÑO 10 - 05 - 09
NOMBRE	Tasa de cumplimiento de seguimiento a pacientes remitidos a otros niveles de atención en salud.
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Seguimiento a pacientes remitidos a otro nivel de atención en salud.
DIMENSIONES	Oportunidad.
JUSTIFICACIÓN	El seguimiento a el cliente externo de la IPS Odontología Medica del Patía, permite a la IPS evaluar la calidad del proceso de atención asistencial en esta, la pertinencia de las remisiones, la seguridad de la misma y la efectividad del proceso de referencia y contra referencia de la IPS.  La monitorización de este indicador permitirá identificar atreves del seguimiento, el estado de salud de los usuarios que son remitidos.
OBJETIVO DEL INDICADOR	Realizar el seguimiento al cliente externo remitido a otro nivel de atención en salud.
FOCO DE MEDIDA	Pacientes remitidos a otros niveles de atención en salud.
TIPO DE MEDIDA	Relación porcentual.
NUMERADOR	No. de pacientes con seguimiento.
DENOMINADOR	No. Pacientes remitidos.
DEFINICIÓN DE LOS DATOS	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100. El resultado se presenta con una cifra decimal.
FUENTE DE LOS DATOS	Registro de remisiones.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual.
META	En la elaboración de los protocolos se establecerá el seguimiento que debe hacerse a cada usuario remitido a otro nivel de atención, se espera que el 100% de los pacientes remitidos se practiquen acciones de seguimiento.

**Cuadro 9. Entrega Inoportuna de Resultados de Citologías**

	DIA - MES – AÑO 10 - 05 - 09
NOMBRE	Oportunidad de entrega de resultados de citologías.
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Entrega oportuna de resultados de citología a los pacientes.
DIMENSIONES	Accesibilidad / Oportunidad.
JUSTIFICACIÓN	<p>Los derechos establecidos en el primer nivel de atención en salud, incluye la toma de citología, el transporte y lectura de la muestra y entrega de resultado al usuario de acuerdo a la orden expedida por el profesional de la salud. Esta etapa del proceso cobra especial importancia desde la perspectiva del usuario que el resultado le sea entregado en la fecha informada y cumpliendo estándares de calidad.</p> <p>Las dificultades reportadas por nuestros usuarios en este sentido es la demora en el acceso a los resultados. Se presume que en los protocolos esta establecido los tiempos de espera y por ello debemos garantizar la oportunidad en la entrega de resultados.</p> <p>La monitorización por parte de nuestra institución de este indicador, permitirá determinar el grado de cumplimiento y oportunidad con que la Institución responde al cliente externo, en lo que se refiere a la entrega oportuna de resultados de citología.</p>
OBJETIVO DEL INDICADOR	Evaluar tiempo de espera en la entrega de resultados de citologías teniendo en cuenta la fecha de toma de la muestra con el fin de hacer seguimiento que conlleve a toma de decisiones de la IPS hacia el cumplimiento en la entrega oportuna de resultados por parte de la empresa contratada.
FOCO DE MEDIDA	Citologías remitidas a laboratorio contratado.
TIPO DE MEDIDA	Unidad porcentual.
NUMERADOR	Numero total de resultados de citología que se entregan al paciente dentro de los días de espera establecidos.

DENOMINADOR	Número total de Muestras enviadas a laboratorio contratado.
DEFINICIÓN DE LOS DATOS	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100.
FUENTE DE LOS DATOS	Registro de toma de citologías y de entrega de resultados.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Semestral.
META	Lograr que el 100% de las pacientes que se practican la toma de citología, le sea entregado el resultado dentro de los quince días hábiles señalados por parte de a IPS.

**Cuadro 10. Incumplimiento de la Normatividad para el Manejo de los Residuos Hospitalarios en la IPS Odontología Médica del Patía**

	DIA - MES – AÑO 10 - 05 - 09
NOMBRE	% de cumplimiento del plan de manejo interno de residuos hospitalarios en la IPS odontología Medica del Patía.
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Cumplimiento en la ejecución del plan de manejo integral de residuos hospitalarios.
DIMENSIONES	Gerencia del riesgo.
JUSTIFICACIÓN	<p>El cumplimiento de actividades para el manejo de residuos hospitalarios de la organización es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones de las personas al momento de elegir su IPS.</p> <p>El cliente externo que conoce de las acciones que se están realizando para el manejo de los residuos hospitalarios, tiene la certeza de estar recibiendo servicios de calidad, porque sabe que durante el uso de nuestros servicios, se han disminuido los riesgos de contaminación.</p> <p>El adecuado manejo de los residuos hospitalarios contribuye al mejoramiento y mantenimiento de las condiciones ambientales, por lo tanto, la organización aporta un grano de arena para disminuir niveles de contaminación ambiental.</p> <p>La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de cumplimiento de las actividades propuestas para el manejo de residuos hospitalarios.</p>
OBJETIVO DEL INDICADOR	Evaluar el cumplimiento de ejecución de las actividades de manejo de los residuos hospitalarios
FOCO DE MEDIDA	Actividades cumplidas.
TIPO DE MEDIDA	Unidad porcentual.
NUMERADOR	Número total de actividades cumplidas para el manejo de residuos hospitalarios.
DENOMINADOR	Número total de actividades propuestas en el Plan de Gestión Integral de Manejo de Residuos Hospitalarios de la IPS.
DEFINICIÓN DE LOS DATOS	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100.
FUENTE DE LOS DATOS	Plan de acción del PGIRH.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual.
META	Se pretende llegar a un 80% de cumplimiento del PGIRH.

**Cuadro 11. Insatisfacción de los Clientes Externos por Falta Oportuna de Resolución a Quejas y Reclamos**

	DIA - MES – AÑO 10 - 05 - 09
NOMBRE	Proporción de quejas resueltas antes de 15 días.
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Recepción de quejas por la coordinación del SIAU.
DIMENSIONES	Satisfacción / lealtad.
JUSTIFICACIÓN	La percepción de satisfacción de nuestros usuarios es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de preferir nuestra IPS. Para la organización es importante discriminar cuales de sus unidades operativas generan mayor satisfacción y adherencia. Existe abundante evidencia de la relación entre las quejas y la calidad del servicio. La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de satisfacción de nuestros usuarios con los servicios y trato recibido por parte de nuestra organización, así como nuestra capacidad de corregir las fallas detectadas y planteadas por los usuarios quejosos.
OBJETIVO DEL INDICADOR	Evaluar la satisfacción de nuestros usuarios.
FOCO DE MEDIDA	Quejas resueltas.
TIPO DE MEDIDA	Unidad porcentual.
NUMERADOR	Número de quejas en las cuales se adoptan los correctivos antes de 15 días.
DENOMINADOR	Número total de quejas recibidas.
DEFINICIÓN DE LOS DATOS	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100. El resultado se presenta con una cifra decimal.
FUENTE DE LOS DATOS	Libro y registros de quejas.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Mensual.
META	Actualmente se da resolución en el lapso de 1 mes, se pretende que la resolución de quejas y reclamos se haga máximo en un lapso de 15 días.

**Cuadro 12. Inconformidad del cliente externo por los tiempos de espera en la atención en el Área de consulta externa, Laboratorio Clínico y Odontología General. Consulta Médica General**

	DIA – MES – AÑO 10 - 05 - 09
NOMBRE	Oportunidad en la atención médica general.
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Consulta médica general.
DIMENSIONES	Accesibilidad / Oportunidad.
JUSTIFICACIÓN	<p>La atención por el médico general es la más importante y frecuente puerta de entrada a nuestra institución. La oportunidad en este nivel de atención es directamente proporcional al acceso a los servicios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema pues orienta y racionaliza la demanda a niveles superiores de complejidad y especialidad. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la detección y tratamiento en etapas iniciales del proceso patológico disminuyendo la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes a el y disminuye la congestión e inadecuada utilización de servicios de urgencias.</p> <p>El tiempo de respuesta de la IPS es útil para medir la suficiencia de nuestra institución para atender la demanda de servicios, orientación de decisiones de mejoramiento y evaluación contractual entre nosotros y las ARS y EPS.</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario, información para su decisión de acudir a nuestra organización.</p> <p>El indicador es un trazador indirecto de la capacidad resolutivez y la suficiencia de nuestra oferta.</p> <p>El indicador incentiva las acciones de mejoramiento que incremente la posibilidad del usuario de obtener nuestros servicios, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.</p>
OBJETIVO DEL INDICADOR	Relacionar la oferta y la demanda del servicio de medicina general.
FOCO DE MEDIDA	Tiempo de espera para la atención.
TIPO DE MEDIDA	Horas.
NUMERADOR	Sumatoria total de las horas transcurridas entre el momento de asignación de cita y hora de atención por médico general.
DENOMINADOR	Número total de pacientes atendidos.

DEFINICIÓN DE LOS DATOS	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con un número decimal.
FUENTE DE LOS DATOS	Factura e Historias clínicas. Sistema de facturación Caduceo.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Semanal.
META	Actualmente se tarda aproximadamente 4 horas desde la asignación de la cita (ficha) hasta la atención por médico general. Se pretende disminuir el lapso de tiempo a 2 horas.



**Cuadro 13. Atención de Laboratorio Clínico**

	DIA - MES - AÑO 10 - 05 - 09
NOMBRE	Oportunidad en la atención en el servicio de laboratorio clínico.
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Recepción de muestras en laboratorio clínico.
DIMENSIONES	Accesibilidad / Oportunidad.
JUSTIFICACIÓN	<p>La oportunidad en la atención y recepción de muestras en el laboratorio clínico es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de la atención, disminuye la congestión en nuestro servicio de urgencias y consulta externa.</p> <p>El tiempo de respuesta en el servicio de laboratorio clínico de nuestra IPS es útil para medir la suficiencia de nuestra institución para atender la demanda de servicios, orientación de decisiones de mejoramiento y evaluación contractual entre nosotros y las ARS y EPS.</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario, información para su decisión de acudir a nuestra organización.</p> <p>El indicador es un trazador indirecto de la capacidad resolutivez y la suficiencia de nuestra oferta.</p> <p>El indicador incentiva las acciones de mejoramiento que incremente la posibilidad del usuario de obtener nuestros servicios, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.</p>
OBJETIVO DEL INDICADOR	Relacionar la oferta y la demanda del servicio de laboratorio clínico.
FOCO DE MEDIDA	Tiempo de espera para la entrega de resultados de laboratorio clínico.
TIPO DE MEDIDA	24 Horas.
NUMERADOR	Sumatoria total de las horas transcurridas entre el momento de recepción de muestras y la entrega de resultados.
DENOMINADOR	Número total de muestras recibidas en el servicio de laboratorio.
DEFINICIÓN DE LOS DATOS	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con un número decimal.
FUENTE DE LOS DATOS	Libro de registro de recepción de muestras y libro de entrega de resultados.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Semanal.
META	Actualmente se tarda aproximadamente 24 horas para atención programada desde la toma de la muestra hasta la entrega de resultados. Se pretende disminuir el lapso de tiempo a 3 horas para aquellos casos prioritarios por ubicación geográfica, por patología y urgencias de otra índole.

**Nota:** tener en cuenta que la IPS no cuenta con servicio 24 Horas ni de urgencias.

**Cuadro 14. Consulta Odontología General**

	DIA - MES - AÑO 10 - 05 - 09
NOMBRE	Oportunidad en la atención en consulta de odontología general.
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Atención odontología general.
DIMENSIONES	Accesibilidad / Oportunidad.
JUSTIFICACIÓN	<p>La oportunidad en la atención en el área de odontología es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y su resolutivez es vital para la eficiencia del sistema. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de la atención y disminuye la congestión e inadecuada utilización de los servicios de odontología.</p> <p>El tiempo de respuesta en el servicio de odontología de nuestra IPS es útil para medir la suficiencia de nuestra institución para atender la demanda de servicios, orientación de decisiones de mejoramiento y evaluación contractual entre nosotros y las EPS.</p> <p>Su monitorización puede proveer al usuario, información para su decisión de acudir a nuestra organización.</p> <p>El indicador es un trazador indirecto de la capacidad resolutivez y la suficiencia de nuestra oferta</p> <p>El indicador incentiva las acciones de mejoramiento que incremente la posibilidad del usuario de obtener nuestros servicios, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.</p>
OBJETIVO DEL INDICADOR	Relacionar la oferta y la demanda del servicio de odontología general.
FOCO DE MEDIDA	Tiempo de espera entre asignación de cita y la atención.
TIPO DE MEDIDA	Días.
NUMERADOR	Sumatoria total de los días transcurridos entre el momento de asignación de cita y la atención por odontólogo.
DENOMINADOR	Número total de pacientes atendidos en el servicio de odontología general.
DEFINICIÓN DE LOS DATOS	Se divide el numerador entre el denominador y el resultado se presenta con un número decimal.
FUENTE DE LOS DATOS	Libro de registro de citas odontológicas e historias clínicas odontológicas.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Semanal.
META	Actualmente se programan citas para periodos de 8 días. Se pretende asignar cada 48 horas y mejorar así el proceso de consulta externa odontológica.

**Cuadro 15. Desconocimiento por parte del Cliente Interno del Plan Obligatorio de Salud – POS - Estipulado en la Ley 100 de 1993**

	DIA - MES – AÑO 10 - 05 - 09
NOMBRE	Tasa de conocimiento sobre POS.
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Conocimiento del cliente interno del plan obligatorio de Salud.
DIMENSIONES	Satisfacción / Lealtad.
JUSTIFICACIÓN	<p>El conocimiento por parte del cliente externo del plan obligatorio de salud es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de elegir nuestra IPS.</p> <p>El cliente interno que conoce el POS asegura la adecuada aplicación del mismo en el momento de ofrecer nuestros servicios, a la vez, nuestra organización avanzará en el plan de mejoramiento continuo de la calidad.</p> <p>La ejecución de actividades educativas que propendan por la adhesión del POS en la vida del cliente interno, permite a la organización cumplir con el estándar de calidad referido a la existencia de un proceso de registro para la atención y el tratamiento del cliente, particularmente en lo relacionado con los servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el POS.</p> <p>La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de conocimiento del plan obligatorio de salud por parte de los clientes externos de nuestra organización.</p>
OBJETIVO DEL INDICADOR	Evaluar los conocimientos sobre plan obligatorio de salud del cliente externo de la IPS Odontología Medica del Patía.
FOCO DE MEDIDA	Cliente interno evaluado.
TIPO DE MEDIDA	Unidad porcentual.
NUMERADOR	Número total de clientes internos que conocen el plan obligatorio de salud.

DENOMINADOR	Número total de clientes internos encuestados en la organización.
DEFINICIÓN DE LOS DATOS	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100. El resultado se presenta con una cifra decimal.
FUENTE DE LOS DATOS	Encuestas de conocimientos sobre plan obligatorio de salud.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Semestral.
META	Actualmente se conoce en parte el POS. Se pretende llegar al conocimiento total del POS por parte del cliente interno a través de educación continua con el fin de evitar glosas.

**Cuadro 16. Inexistencia de un Plan de Mejoramiento de la Calidad del Proceso de Cuidado y Tratamiento del Cliente Externo en la IPS Odontología Médica del Patía**

	DIA - MES - AÑO 10 - 05 - 09
NOMBRE	Tasa de cumplimiento de plan de mejoramiento de la calidad de procesos priorizados en el cuidado y tratamiento del cliente externo de la IPS Odontología Médica del Patía.
CATEGORÍA DEL INDICADOR	Cumplimiento del plan de mejoramiento de la calidad de procesos priorizados en el cuidado y tratamiento del cliente externo.
DIMENSIONES	Satisfacción / Lealtad.
JUSTIFICACIÓN	<p>La elaboración y cumplimiento del plan de mejoramiento de la calidad de procesos priorizados en el cuidado y tratamiento del cliente externo de la IPS Odontología Médica del Patía, es uno de los factores con mayor incidencia sobre la toma de decisiones al momento de elegir nuestra IPS.</p> <p>El cliente externo que conoce de las acciones que se están realizando para mejorar la calidad en la atención, se sentirá seguro en recibir servicios de calidad que no pondrán en riesgo su salud y la vida.</p> <p>La ejecución de actividades que propendan por mejorar la prestación del servicio de salud, permite a la organización cumplir con los estándares de mejoramiento de la calidad.</p> <p>La monitorización de este indicador permitirá identificar el nivel de cumplimiento de las acciones establecidas para alcanzar los estándares de mejoramiento de la calidad.</p>
OBJETIVO DEL INDICADOR	Evaluar el cumplimiento del plan de mejoramiento de la calidad.
FOCO DE MEDIDA	Cliente interno evaluado.
TIPO DE MEDIDA	Unidad porcentual.
NUMERADOR	Número total de clientes internos que aplican el plan de mejoramiento de la calidad de procesos priorizados en el cuidado y tratamiento.
DENOMINADOR	Número total de clientes internos de la organización.

DEFINICIÓN DE LOS DATOS	Se divide el numerador entre el denominador y se multiplica por 100. El resultado se presenta con una cifra decimal.
FUENTE DE LOS DATOS	Trabajadores de la organización.
PERIODICIDAD DEL INDICADOR	Semestral.
META	Actualmente no está elaborado el Plan de Mejoramiento. Se elaborará y ejecutará, considerando todas las directrices planteadas por el Ministerio de la Protección Social.

### **13. FORMULACIÓN PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD**

Toda la información recopilada permitió realizar la medición inicial del desempeño de los procesos priorizados.

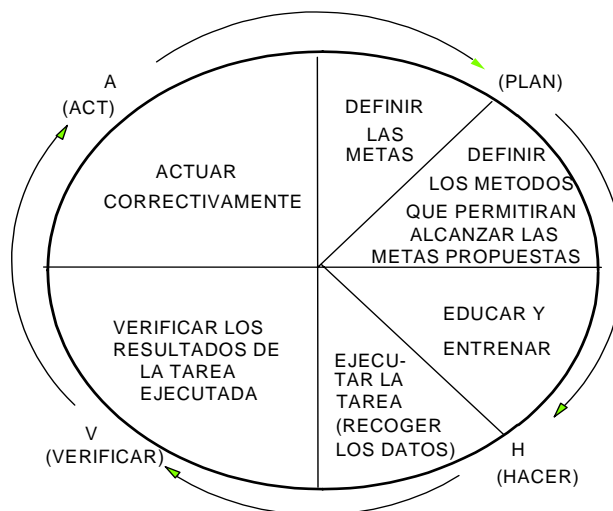
Con los insumos obtenidos en los procedimientos anteriores se formuló el presente plan de mejoramiento.

El Plan de Mejoramiento contiene la denominación del problema de calidad y el diligenciamiento del Formato Formulación Plan de acción compuesto por las siguientes columnas:

- **Ciclo Vital:** Esta columna hace referencia a cada uno de los procedimientos a realizar, teniendo en cuenta si estos hacen parte de la fase de su planeación, de su realización (hacer), de su verificación (aplicación de los indicadores establecidos según los problemas priorizados) o de su actuar. En este último se establece la estandarización para mantener los resultados del proceso (cuando la meta se ha logrado), o si por el contrario, es necesario corregir y ajustar el proceso (cuando no se ha logrado cumplir la meta).
- **Qué:** Esta columna hace referencia a las actividades que se van a realizar para bloquear la causa del problema de calidad.

- Quién: La columna hace referencia al responsable de ejecutar la actividad.
- Periodicidad o Cuando: Columna que hace referencia a la fecha de terminación de la actividad, o frecuencia con la que se debe realizar la actividad.
- Dónde: Columna en la que se establece el lugar donde se va a realizar la actividad.
- Para qué: Columna donde se establece el propósito de la actividad.
- Cómo: Columna que se refiere a la metodología que se empleará para realizar la actividad.

**Figura 1. Ciclo PHVA**



La aplicación del ciclo es continua en el tiempo.



**Cuadro 17. Desconocimiento Parcial de los Procesos y Procedimientos de la IPS Odontología Médica de El Patía por parte del Cliente Interno**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
PLANEACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar plan y métodos de trabajo</li> <li>-Programar reinducción del recurso humano de la institución en procesos y procedimientos</li> <li>-Programar jornadas de sensibilización a clientes internos</li> <li>-Definir actividades de seguimiento y medición</li> <li>-Definir acciones correctivas</li> </ul>	auditor de calidad	Octubre /09	IPS odontología Médica del Patía	Promover el establecimiento y cumplimiento de los manuales de procesos y procedimientos de cada unidad operativa y administrativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acuerdos con los jefes de cada unidad operativa y administrativa</li> <li>-Plan de seguimiento y control</li> <li>-Análisis de resultados obtenidos frente a los esperados</li> </ul>
HACER	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar capacitación en cada unidad operativa y administrativa</li> <li>-Realizar capacitaciones generales</li> <li>-Ejecutar jornadas de sensibilización para el cliente interno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jefe de cada área operativa y administrativa</li> <li>Grupo de Áreas operativas y administrativa</li> </ul>	Noviembre / 09	IPS odontología Médica del Patía	Para velar por la disminución de la brecha entre calidad esperada y calidad observada con respecto a la identificación del proceso de atención del cliente externo por parte de la organización	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acuerdos con recurso humano de cada área funcional y administrativa</li> <li>-Organización de eventos de capacitación y sensibilización</li> </ul>

**Continuación Cuadro 17.**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
VERIFICAR	Aplicar las actividades de seguimiento y medición de acuerdo al indicador establecido según las actividades priorizadas.	Comité de Ética y Comité de Vigilancia Epidemiológica	Semestral	IPS odontología Medica del Patía	Medir el cumplimiento del estándar	-Indicador de competitividad -Reuniones por cada área - A cada capacitación cumplida en el plan de educación continua se le debe realizar un indicador de cumplimiento con el fin de establecer el impacto obtenido y verificar si es o no operativo el plan de educación continua.
ACTUAR	Aplicar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Responsables de cada actividad	Semestral	IPS odontología Medica del Patía	Controlar las variables de calidad en el servicio prestado	según el Plan de Seguimiento y control

**Cuadro 18. No se hace Seguimiento a los Pacientes después de una Remisión**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
PLANEACIÓN	-Identificar recurso humano, técnico y financiero para elaborar protocolo de referencia y contrarreferencia	-Gerente	Noviembre / 09	IPS odontología Medica del Patía	Organizar los procedimientos que implican las acciones de referencias y contrarreferencia	-Teniendo en cuenta las guías establecidas para referencia y contrarreferencia
	-Establecer estándares y contenidos para elaboración del protocolo	-Auditora	Noviembre 2009			-Revisando en el sistema de la IPS a donde se hace referencia y consultando vía telefónica el contacto por cada institución
HACER	-Identificar IPS a las cuales se remite y sus responsables para el cumplimiento de actividad de referencia y contrarreferencia	-Coordinador de estadística	de Octubre 2009			
	-Elaborar protocolo de referencia y contrarreferencia	-Quien designe el gerente	-Diciembre 2009	IPS odontología	Para mejorar la calidad de la atención de los pacientes remitidos a otros niveles de atención	Dando cumplimiento a lo establecido en normas de calidad en el sistema de salud colombiano
	-Elaborar y enviar oficio a IPS de mayor nivel de complejidad para solicitar información de contrarreferencia de los pacientes	-Secretaria de gerencia	de Noviembre 2009	de Medica del Patía		
	-Anexar en historia clínica el registro de la contrarreferencia	-Coordinador de estadística	de			

**Continuación Cuadro 18.**

<b>Ciclo Vital</b>	<b>Qué</b>	<b>Quién</b>	<b>Periodicidad o Cuando</b>	<b>Donde</b>	<b>Para qué</b>	<b>Cómo</b>
<b>VERIFICAR</b>	Aplicar las actividades de seguimiento y medición de acuerdo al indicador establecido según las actividades priorizadas.	Coordinador estadística Comité de historias clínicas	Mensual	IPS odontología Medica de Patía	Verificar el cumplimiento del indicador establecido	Efectuando el análisis de los registros de contrarreferencia Revisando por muestreo las historias clínicas de pacientes remitidos
<b>ACTUAR</b>	Aplicar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Comité de urgencias	Trimestral	IPS odontología Medica de Patía	Controlar las variables de calidad en el proceso y procedimiento establecido	Teniendo en cuenta los resultados de las actividades de seguimiento y medición

**Cuadro 19. Entrega Inoportuna de Citologías**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
PLANEACIÓN	Reevaluar contratación de toma y lectura de muestras con las empresas	Gerente	Semestral	IPS odontología Medica del Patía	Mejorar la oportunidad /-Análisis de resultados de accesibilidad en la entrega encuesta de satisfacción de de resultados de las usuarios citologías	
HACER	Enviar oficio a las empresas contratada con copia a la Secretaría Departamental de Salud, sobre el inoportuna en la entrega de resultados a la IPS	Gerente	Noviembre/ 09	IPS odontología Medica del Patía	Para velar por la-Mostrando histórico de registro disminución de la brecha de fecha de toma y entrega de entre calidad esperada y muestras y el registro de las calidad observada con fechas de recibo de resultados respecto a la oportunidad y accesibilidad en la entrega de resultados de citología	
VERIFICAR	- Aplicar las actividades de seguimiento y medición de acuerdo al indicador establecido según las actividades priorizadas.	Comité de calidad	Trimestral	IPS odontología Medica del Patía	Medir el cumplimiento del estándar	Revisando los registros generados
ACTUAR	Aplicar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Comité de calidad	Trimestral	IPS odontología Medica del Patía	Controlar las variables de calidad en el servicio prestado	según las variabilidad negativa del cumplimiento del Plan de Seguimiento y control

**Cuadro 20. Incumplimiento de la Normatividad para el Manejo de los Residuos Hospitalarios en la IPS Odontología Médica de El Patía**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
PLANEACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Programar reuniones del comité administrativo del PGIRH</li> <li>-Programar capacitación para los clientes internos de la organización sobre manejo de residuos hospitalarios</li> <li>-Programar campañas de segregación en la fuente, bioseguridad y sentido de pertenencia al cliente interno</li> <li>-Establecer en el plan de compras de los implementos requeridos para el proceso</li> <li>- adecuar punto de almacenamiento de residuos sólidos</li> <li>Identificar proceso de monitorización del proceso de manejo de residuos hospitalarios</li> <li>-Definir acciones de seguimiento y medición</li> <li>-Definir las acciones correctivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auditor de calidad</li> <li>Responsable área saneamiento ambiental</li> <li>Área administrativa</li> <li>Comité del PGIRH</li> </ul>	Noviembre /09	IPS Odontología Médica de El Patía	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concientizar sobre la necesidad de elaborar y ejecutar adecuadamente el proceso de manejo interno de residuos hospitalarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acuerdos con el recurso humano de la IPS</li> <li>-Cronograma para la realización de capacitaciones a nivel teórico y a nivel práctico</li> <li>-Inventario de lo que actualmente tiene la IPS para el proceso</li> <li>-Presupuesto general de la IPS</li> <li>-Directrices planteadas en la normatividad vigente para el manejo de residuos hospitalarios y para contratación</li> <li>-Evaluación de indicadores</li> </ul>

**Continuación Cuadro 20.**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
HACER	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar reuniones con equipos de trabajo</li> <li>-Capacitar al recurso humano de la organización</li> <li>-Diseñar y ubicar señalizaciones por tipo de residuo en los sitios de ubicación de los recipientes</li> <li>-Adquirir los implementos para el manejo de los residuos hospitalarios</li> <li>-adecuar el espacio físico para la disposición final interna de los residuos hospitalarios</li> <li>-Diligenciar formatos</li> <li>-Identificar los residuos reciclables a través de los cuales se puede obtener ingresos para la institución</li> <li>-Adquirir y ubicar recipientes para reciclaje</li> <li>-Documentar el protocolo de desinfección de los cubículos de almacenamiento de los residuos sólidos</li> <li>-Documentar el protocolo de manejo de residuos líquidos en la institución</li> <li>-Trasladar los residuos hospitalarios para manejo externo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Comité del PGIR</li> <li>-Responsable almacén</li> <li>-Ingeniero contratista</li> <li>-Responsable área saneamiento ambiental</li> <li>Empresa contratada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Septiembre /09</li> <li>Octubre/ 09</li> <li>Octubre/09</li> <li>Semestral</li> </ul>	IPS odontología Medica del Patía	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para velar por la disminución de la brecha entre calidad esperada y calidad observada respecto al manejo interno de residuos hospitalarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Convocatorias a trabajadores</li> <li>-Planos de la institución</li> <li>-Ubicación de cotizaciones requeridas</li> <li>-Planos y materiales para la construcción</li> <li>-Se tiene en cuenta la información y evaluaciones recopiladas en el semestre para presentar informe</li> <li>-Se considera las pautas establecidas por el Ministerio de la Protección Social</li> <li>-Utilización de material didáctico para sensibilizar</li> <li>-Se consideran todos los procesos que se realizan en la organización para ubicar recipientes</li> </ul>
VERIFICAR	- Aplicar las actividades de seguimiento y medición de acuerdo al indicador establecido según las actividades priorizadas.	Comité PGIRH	Mensual	IPS odontología Medica del Patía	Medir el cumplimiento del estándar	-Indicador de calidad técnica -Reuniones de equipos de trabajo y del comité
ACTUAR	Aplicar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Comité PGIRH	Trimestral	IPS odontología Medica del Patía	Controlar las variables de calidad en el servicio prestado	-Diseño de nuevas estrategias para el logro del cumplimiento del estándar y el indicador

**Cuadro 21. Insatisfacción de los Clientes Externos por falta Oportuna de Resolución a Quejas y Reclamos**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
PLANEACIÓN	-Programar re inducción de personal encargado de SIAU	auditor de calidad	Septiembre/ 09	IPS odontología medica del Patía		
	-Programar organización del espacio físico del SIAU					
	-Sensibilizar a clientes externos sobre utilización del SIAU	Responsable SIAU	Septiembre/ 09			-Acuerdos con responsable SIAU -Acuerdos con gerente y administrador de la IPS
	-Sensibilizar al cliente interno asistencial acerca de la importancia de la calidez y trato humanizado en la atención a los pacientes		Septiembre/ 09		Mejorar la satisfacción global del cliente externo en la atención recibida por parte de la IPS odontología medica del Patía	-Preparación de charlas y material didáctico -Análisis de funcionalidad y aplicabilidad de los formatos actuales
	-Modificar formatos de evaluación de satisfacción					
	-Definir actividades de seguimiento y medición					-Análisis de resultados obtenidos frente a los esperados
	-Definir acciones correctivas	Comité de Ética	Semestral			



**Continuación Cuadro 21.**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
HACER	-Capacitar en las funciones del encargado del SIAU	Área administrativa	Octubre /09	IPS odontología medica del Patía	Para velar por la disminución de la brecha entre calidad esperada y calidad observada con respecto a satisfacción global del cliente externo	-Acuerdos con recurso humano del área administrativa -Educación durante la permanencia de los clientes externos en la institución y al finalizar la consulta individual -El informe se elabora de acuerdo a resultado de formatos diligenciados -Toma de decisiones de acuerdo a resultados del informe
	-Adecuar espacio físico con los implementos de oficina	Responsable SIAU	Octubre /09			
	-Realizar charlas educativas					
	-Diseñar y entregar material didáctico acerca del SIAU					
	-Aplicar encuestas de satisfacción al usuario					
	-Recepcionar y analizar encuestas		Mensual			
	-Elaborar informe					
	-Tomar decisiones basados en el informe		Semestral			
			Comité de Ética			

**Continuación Cuadro 21.**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
VERIFICAR	- Aplicar las actividades de seguimiento y medición de acuerdo al indicador establecido según las actividades priorizadas. -Realizar rondas, visitar pacientes y atender solicitudes	Comité de Ética	Semestral	IPS odontología medica del Patía	Medir el cumplimiento del estándar	-Indicador de quejas resueltas -Reuniones -Llamado de atención a responsable de quejas y reclamos
ACTUAR	Aplicar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Comité de Ética	Semestral	IPS odontología medica del Patía	Controlar las variables de calidad en el servicio prestado	según el Plan de Seguimiento y control

**Cuadro 22. Inconformidad del cliente externo por los tiempos de espera en la atención en el Área de Consulta Externa, Laboratorio Clínico y Odontología General**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
PLANEACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Programar el recurso humano para la prestación de servicio</li> <li>-Programar horarios de atención</li> <li>-Definir plan y métodos de trabajo</li> <li>-Programar jornadas de sensibilización a clientes internos sobre el problema, dando cumplimiento al programa de educación continua.</li> <li>-Programar jornadas de información para clientes externos, dando cumplimiento al proceso del SIAU.</li> <li>-Definir actividades de seguimiento y medición</li> <li>-Definir acciones correctivas</li> </ul>	auditor de calidad	Cada mes	IPS Odontología Medica del Patía	Mejorar la oportunidad y accesibilidad en la prestación de los diferentes servicios asistenciales de la IPS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acuerdos con los jefes de cada unidad operativa</li> <li>-Plan de seguimiento y control</li> <li>-Análisis de resultados obtenidos frente a los esperados</li> </ul>

**Continuación Cuadro 22.**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
HACER	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redistribuir funciones del recurso humano en el área de facturación</li> <li>-Priorizar asignación de citas a grupos vulnerables y de acuerdo a la ubicación geográfica.</li> <li>-Crear sistema de solicitud vía telefónica en forma anticipada</li> <li>-Redireccionar actividades del SIAU</li> <li>-Realizar actividades de sensibilización e información a clientes internos y externos</li> <li>-Redistribuir personal de enfermería para disminuir tiempo de espera en preconsulta</li> <li>-Adquirir equipo de impresión</li> <li>-Aplicar sistema de clasificación de la prioridad de la atención (triage)</li> <li>-Informar al paciente, la hora en la que será atendido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordinador área de facturación</li> <li>Responsable del Sistema de Información y Atención al Usuario – SIAU</li> <li>Enfermera Jefe</li> <li>Administrador</li> <li>Trabajadores de las diferentes áreas</li> <li>Facturadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Noviembre / 09</li> <li>Octubre/ 09</li> <li>Noviembre/09</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IPS Odontología</li> <li>Medica del Patía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para velar por la disminución de la brecha entre calidad esperada y calidad observada con respecto a la oportunidad y accesibilidad a los servicios prestados en la IPS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acuerdos con recurso humano del área de facturación y enfermería</li> <li>-Resolución interna sobre priorización de la atención</li> <li>-Tener en cuenta experiencias en otras unidades</li> <li>-Organización del área física y estipulación de actividades en el contrato del responsable del SIAU</li> <li>-Organización de eventos de sensibilización e información</li> <li>-Establecer en plan de compras, una impresora</li> <li>-Capacitación sobre sistema triage</li> </ul>

**Continuación Cuadro 22.**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
VERIFICAR	Aplicar las actividades de seguimiento y medición de acuerdo al indicador establecido según las actividades priorizadas.	Comité de Ética	Semestral	IPS Odontología Médica del Patía	Medir el cumplimiento del estándar	Indicador de accesibilidad / oportunidad -Reuniones con cada área
ACTUAR	Aplicar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Responsables de cada actividad	Semestral	IPS Odontología Médica del Patía	Controlar las variables de calidad en el servicio prestado	según el Plan de Seguimiento y control

**Cuadro 23. Desconocimiento por parte del Cliente Interno del Plan Obligatorio de Salud – POS - Estipulado en la Ley 100 de 1993**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
PLANEACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Programar jornadas de capacitación cliente interno</li> <li>-Seleccionar material didáctico sobre POS</li> <li>-Institucionalizar la capacitación sobre POS en el desarrollo de todas las actividades realizadas por la organización</li> <li>-Elaborar encuesta para medir nivel de conocimiento antes y después de las capacitaciones</li> <li>-Definir plan de seguimiento y medición</li> <li>-Definir acciones correctivas</li> </ul>	Auditor de calidad	Cada 6 meses	IPS odontología medica del Patía	Promover el conocimiento del Plan Obligatorio de Salud en la IPS Odontología Medica del Patía	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acuerdos con el recurso humano de la IPS Odontología Medica del Patía</li> <li>-Organización plan de trabajo con los diferentes jefes de áreas</li> <li>-Resolución expedida por la Institución</li> <li>-Instrumento se elabora de acuerdo a lo estipulado en la Ley 100/93</li> <li>-Análisis de resultados obtenidos frente a los esperados</li> </ul>

**Continuación Cuadro 23.**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
HACER	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar capacitaciones permanentes sobre POS a clientes internos</li> <li>-Diseñar y entregar material didáctico sobre POS</li> <li>-Diligenciar y aplicar encuesta</li> <li>-Analizar resultados provenientes de la encuesta</li> <li>-Elaborar informes de ejecución</li> </ul>	<p>Coordinación médica</p> <p>Responsable SIAU</p> <p>Coordinación médica</p>		IPS odontología medica del Patía	<p>Para velar por la disminución de la brecha entre calidad esperada y calidad observada con respecto a los derechos o servicios cubiertos y no cubiertos de acuerdo con el POS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Metodología ZOOB</li> <li>-Organización de eventos de capacitación general y por unidades funcionales</li> <li>-Elección muestra al azar de clientes internos</li> <li>-Comparación situación inicial y situación posterior a las capacitaciones</li> <li>-Resultados finales</li> </ul>
VERIFICAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar las actividades de seguimiento y medición de acuerdo al indicador establecido según las actividades priorizadas.</li> </ul>	Coordinación médica	Semestral	IPS odontología medica del Patía	Medir el cumplimiento del estándar	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Indicador de satisfacción global</li> <li>-Reuniones general de personal</li> </ul>
ACTUAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aplicar acciones correctivas, preventivas y de mejora</li> </ul>	Coordinación médica	Semestral	IPS odontología medica del Patía	Controlar las variables de calidad en el servicio prestado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseño de nuevas estrategias para el logro del cumplimiento del estándar y el indicador</li> </ul>

**Cuadro 24. Inexistencia de un Plan de Mejoramiento de la Calidad del Proceso de Cuidado y Tratamiento del Cliente Externo en la IPS Odontología Medica del Patía**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
PLANEACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Creación del grupo de mejoramiento de la calidad en la IPS</li> <li>-Programar elaboración del plan de mejoramiento de las prioridades establecidas por la organización en cuanto a los procesos de cuidado y tratamiento del cliente externo</li> <li>-Planear auditorias internas de calidad</li> <li>-Identificar proceso de monitorización permanente del plan de mejoramiento</li> <li>-Definir acciones correctivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-auditor de calidad</li> <li>-Grupo de mejoramiento de la calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Noviembre / 09</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IPS odontología medica del Patía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Concientizar sobre la necesidad de elaborar y ejecutar el Plan de mejoramiento de las prioridades establecida en los procesos de cuidado y tratamiento del cliente externo de la IPS Odontología Medica del Patía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Resolución interna</li> <li>-Acuerdos con el recurso humano de la IPS</li> <li>-Organización de reuniones con los diferentes jefes de áreas funcionales</li> <li>-Programa de auditoria interna</li> <li>-Evaluación de indicadores</li> </ul>





**Continuación Cuadro 24.**

Ciclo Vital	Qué	Quién	Periodicidad o Cuando	Donde	Para qué	Cómo
VERIFICAR	- Aplicar las actividades de seguimiento y medición de acuerdo al indicador establecido según las actividades priorizadas.	Grupo de mejoramiento de la calidad	Semestral	IPS odontología medica del Patía	Medir el cumplimiento del estándar	-Indicador de satisfacción global, oportunidad, accesibilidad, calidad técnica. -Reuniones del grupo de mejoramiento de la calidad
ACTUAR	Aplicar acciones correctivas, preventivas y de mejora	Grupo de mejoramiento de la calidad	Semestral	IPS odontología medica del Patía	Controlar las variables de calidad en el servicio prestado	Diseño de nuevas estrategias para el logro del cumplimiento del estándar y el indicador

**Cuadro 25. Plan para el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad**

QUE (Actividades)	QUIEN (responsable)	CUÁNDO (Fecha de terminación)	DÓNDE Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUÉ (propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Identificar los principales problemas de calidad de la institución	Auditor Coordinadores de cada área		IPS Odontología Medica del Patía	Para identificar los principales problemas de calidad de la Institución en los diferentes servicios que se habilitan y realizar un diagnostico general de la IPS.	Autoevaluación con base en los Estándares Acreditación
Realizar un diagnostico básico general donde se identifiquen fallas en la calidad, aspectos relevantes para la institución y oportunidades de mejoramiento para la institución	Auditor Coordinadores de cada área		IPS Odontología Medica del Patía	Es básico tener un conocimiento global de la institución para poder identificar los verdaderos problemas de calidad que padece la institución y llevarla a la implementación de procesos que apliquen a las necesidades.	Autoevaluándose con base en: Estándares Acreditación Elaborando a conciencia y por parte de cada funcionario basados en los conocimientos aprendidos y en la realidad de la institución, un diagnostico de cómo se desarrolla y trabaja en la actualidad en los diferentes servicios ofrecidos.
Realizar priorización de procesos	Auditor		IPS Odontología Medica del Patía	Para que la IPS oriente sus procesos hacia la satisfacción del usuario, del cliente interno y la calidad en la prestación del servicio que van a determinar el impacto de la institución en el mercado	Utilización de guía para la implementación de las pautas de auditoria - Aplicando métodos de priorización donde se tengan en cuenta los factores internos y externos que inciden directa o indirectamente en el funcionamiento adecuado de la IPS

**Continuación Cuadro 25.**

QUE (Actividades)	QUIEN (responsable)	CUÁNDO (Fecha de terminación)	DÓNDE Lugar donde se realiza la actividad)	POR QUÉ (propósito de la actividad)	CÓMO (Pautas para la realización de la actividad)
Definir Calidad Esperada	Gerente Coordinadores de área Auditor		IPS Odontología Médica del Patía	Para conocer la brecha con referencia a los hallazgos institucionales	Basándose en las guías para la implementación de las pautas de auditoría.
Presentación del PAMEC ante la Secretaría Departamental de Salud del Cauca	Gerente de la IPS		SDSC – Popayán	Para dar cumplimiento al requisito de inscripción para habilitación ante el ente territorial departamental	Con el documento PAMEC en medio físico y magnético se hace la entrega en la SDSC en la ciudad de Popayán

## 14. CONCLUSIONES

1. Una vez implementado el plan de auditoría para el mejoramiento de la calidad la IPS dará cumplimiento a lo propuesto en el seguimiento al plan de mejoramiento
2. El PAMEC brinda a la IPS las pautas necesarias para gestionar procesos y cumplir a cabalidad con la normatividad vigente
3. Teniendo en cuenta el diagnóstico organizacional de la IPS y la manera como está planteado el PAMEC se cumple con los requisitos exigidos de calidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y accesibilidad.

## 15. RECOMENDACIONES

- Se debe realizar una revisión integral de los procesos institucionales para verificar el cumplimiento del ciclo PHVA como eje de despliegue de la calidad.
- Ajustar los procesos institucionales a un enfoque centrado en el cliente.
- Mantener conformado y garantizar los recursos para el desarrollo del comité de calidad como pilar fundamental para el desarrollo de la Auditoria para el mejoramiento de la calidad.
- Establecer criterios y estándares de calidad para cada proceso de forma que se pueda evaluar objetivamente por parte del comité de calidad.
- Establecer un Plan de Capacitación del sistema de calidad para los funcionarios encargados de los procesos para facilitar su participación en la construcción y mejoramiento de los procesos.
- Implementar el esquema diseñado para la Auditoria para el Mejoramiento de la calidad como herramienta para el logro de los Estándares de Acreditación en Salud.

- Iniciar el mejoramiento de los procesos institucionales con aquellos identificados en este documento para posteriormente utilizarlos como modelo para otros procesos institucionales.

## BIBLIOGRAFÍA

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Circular única 049 de 2006, Instrucciones en materia de indicadores de calidad para evaluar la oportunidad, accesibilidad, continuidad, pertinencia y seguridad en la prestación de los servicios de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud; los indicadores de calidad y los respectivos estándares en los procesos prioritarios de atención en salud (Autoevaluación de la red prestadora y Atención al Usuario) en las Entidades Promotoras de Salud cualquiera sea su naturaleza jurídica y régimen de salud que administren, incluyendo las empresas de medicina prepagada y los requerimientos de información.

\_\_\_\_\_. Decreto 1011 de 2.006, Resolución 1043 de 2006, Resolución 1445 de 2006, del Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus resoluciones reglamentarias.

\_\_\_\_\_. Ley 872 de 2.003, por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios, con su norma técnica de aplicación la NTCGP 1000:2004.

\_\_\_\_\_. Pautas indicativas de auditoria, expedidas por el

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

\_\_\_\_\_. Resolución 1445 de 2.006, por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.



COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1446 de 2.006, por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.