

**DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD (PAMEC) E IMPLEMENTACIÓN DE LAS SEIS (6) FASES EN LA
CLÍNICA SAN FRANCISCO S.A**

PAULA ANDREA CASTAÑO RIVERA

**UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA
FACULTAD DE INGENIERÍA
PROGRAMA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL
VALLE DEL CAUCA**

TULUÁ

2022

**DISEÑO DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA
CALIDAD (PAMEC) E IMPLEMENTACIÓN DE LAS SEIS (6) FASES EN LA
CLÍNICA SAN FRANCISCO S.A**

PAULA ANDREA CASTAÑO RIVERA

DIRECTOR

Carlos Andrés Ordoñez Sarasty

Ingeniero Industrial

CO-DIRECTOR

ADOLFO LEON BURITICA OLAYA

Ingeniero Industrial

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE DEL CAUCA

FACULTAD DE INGENIERÍA

PROGRAMA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

VALLE DEL CAUCA

TULUÁ

2022

Resumen

El gobierno colombiano estableció el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en la Atención en Salud (SOGCS), establecido en el decreto 1011 del 2006 y en el Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social 780 del 2016, cuyos componentes según lo establecido en el artículo 2.5.1.2.2 de dicho decreto son: 1. Sistema Único de Habilitación (SUH), 2. Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, 3. Sistemas de Información para la Calidad y 4. Sistema Único de Acreditación (SUA). El SOGCS es el conjunto de “instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.), en este orden de ideas la Clínica San Francisco como parte del SOGCS busca generar condiciones de calidad en la prestación de los servicios en un ambiente seguro para el paciente, para lo cual debe implementar la estrategias de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de Atención en salud, el cual está contemplado en el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)

El presente trabajo realiza el diseño (PLANEAR) del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de las seis (6) fases en la Clínica San Francisco S.A, dado el alcance del proyecto, el cual en sus tres fases siguientes (HACER) aplica la implementación y desarrollo de los planes de mejoramiento que la Clínica deberá definir en el tiempo, dando cumplimiento al ciclo completo (VERIFICAR y ACTUAR). El PAMEC se realiza debido a que el anterior PAMEC de la Clínica tuvo diferentes falencias durante el desarrollo e implementación del programa, generando un bajo impacto del mismo en la institución, este se realiza con el propósito de identificar las brechas que se presentan en la ejecución del mismo.

Por lo anterior se realiza el diagnóstico actual del PAMEC de la clínica para identificar esas falencias y realizar el diseño de la nueva metodología para el PAMEC de la Clínica, que permita identificar las oportunidades de mejora que se van a desarrollar. Teniendo como resultado un nuevo PAMEC con una calificación global de 1,6 con 95 oportunidades de mejora priorizadas y 581 actividades, las cuales están orientadas a la mejora continua de los procesos.

Palabras clave: Programa, Auditoria, Mejoramiento, Calidad

Abstract

The Colombian government established the Obligatory System of Quality Assurance in Health Care (SOGCS), established in decree 1011 of 2006 and in the Single Regulatory Decree of the health and social protection sector 780 of 2016, whose components according to what is established in article 2.5.1.2.2 of said decree are: 1. Single Qualification System (SUH), 2. Audit for the Improvement of the Quality of Health Care, 3. Information Systems for Quality and 4. System Single Accreditation (SUA). The SOGCS is the set of "deliberate and systematic institutions, standards, requirements, mechanisms and processes developed by the health sector to generate, maintain and improve the quality of health services in the country" (Ministry of Health and Social Protection, s.f.), in this order of ideas, the San Francisco Clinic as part of the SOGCS seeks to generate quality conditions in the provision of services in a safe environment for the patient, for which it must implement the Audit strategies for the Improvement of the Quality of Health care, which is contemplated in the Audit Program for Quality Improvement (PAMEC)

The present work carries out the design (PLANEAR) of the Audit Program for Quality Improvement (PAMEC) of the six (6) phases in the San Francisco S.A Clinic, given the scope of the project, which in its three following phases (DO) applies the implementation and development of the improvement plans that the Clinic must define over time, complying with the complete cycle (VERIFY and ACT). The PAMEC is carried out because the previous PAMEC of the Clinic had different shortcomings during the development and implementation of the program, appearing to have a low impact on the institution, this is carried out with the purpose of identifying the gaps that appear in the execution. of the same.

Due to the above, the current diagnosis of the PAMEC of the clinic is carried out to identify these shortcomings and to design the new methodology for the PAMEC of the Clinic, which allows identifying the opportunities for improvement that are going to be developed. Resulting in a new PAMEC with a global rating of 1.6 with 95 prioritized improvement opportunities and 581 activities, which are aimed at continuous improvement of processes.

Keywords: Program, Audit, Improvement, Quality

Tabla de Contenido

	0Pág.
Resumen	III
Abstract	V
Introducción.....	11
1. Planteamiento, descripción y formulación del problema	13
2. Justificación	19
3. Objetivos.....	21
3.1 Objetivo general	21
3.2 Objetivos específicos.....	21
4. Marco referencial.....	22
4.1 Marco teórico	22
4.2 Marco contextual	24
4.3 Marco legal.....	26
5 Metodología	29
5.1 Tipo de investigación	29
5.2 Procedimientos para recolección, análisis y sistematización de información	29
6 Desarrollo de la metodología.....	30
6.1 Diagnóstico de la situación actual	30
6.2 Metodología para el desarrollo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	31
6.2.1 Ruta crítica del PAMEC	34
6.2.1.1 Primera Fase: Autoevaluación.....	35
6.2.1.2 Segunda Fase: Procesos a seleccionar	44
6.2.1.3 Tercera Fase: Priorización	45
6.2.1.4 Cuarta Fase: Definición de la calidad esperada.....	48
6.2.1.5 Quinta Fase: Medición inicial.....	48
6.2.1.6 Sexta Fase: Plan de acción para el mejoramiento.....	48
6.2.1.7 Séptima Fase: Ejecución del Plan de acción	50
6.2.1.8 Octava Fase: Evaluación del mejoramiento	50
6.2.1.9 Novena Fase: Aprendizaje Organizacional.	51
6.3 Implementación de los seis primeros pasos de la metodología del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	52
6.3.1 Identificación del equipo que va realizar la autoevaluación.....	52
6.3.2 Organización de procesos logísticos.....	54
6.3.3 Organización de los equipos de los equipos	54
6.3.4 Sensibilización a los integrantes del equipo el proceso de autoevaluación.....	55
6.3.5 Realización del proceso de autoevaluación	55

6.3.5.1	Resultado de autoevaluación de estándares.....	57
7	Conclusiones	83
8	Recomendaciones.....	84
9	Bibliografía.....	85
10	Anexos.....	87

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1.....	14
Figura 2.....	16
Figura 3.....	32
Figura 4.....	35
Figura 5.....	45
Figura 6.....	52
Figura 7.....	54
Figura 8.....	57
Figura 9.....	58
Figura 10.....	59
Figura 11.....	60
Figura 12.....	61
Figura 13.....	62
Figura 14.....	63
Figura 15.....	64
Figura 16.....	65
Figura 17.....	66
Figura 18.....	67
Figura 19.....	68
Figura 20.....	69
Figura 21.....	70
Figura 22.....	71
Figura 23.....	72
Figura 24.....	73
Figura 25.....	74
Figura 26.....	75
Figura 27.....	79
Figura 28.....	80
Figura 29.....	80
Figura 30.....	81

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Resultados Autoevaluación	15
Tabla 2. Resultados priorización.....	15
Tabla 3. Resultados de la lista de chequeo PAMEC	30
Tabla 4. Matriz autoevaluación	44
Tabla 5. Criterios de priorización.....	46
Tabla 6. Matriz de calificación	47
Tabla 7. Matriz de priorización	47
Tabla 8. Matriz de plan de mejoramiento.....	48
Tabla 9. Lideres y secretarios de los equipos.....	55
Tabla 10. Total oportunidades de mejora	76
Tabla 11. Procesos seleccionados	77
Tabla 12. Calificación priorización	78
Tabla 13. Planes de acción para el Mejoramiento.....	82

Introducción

El presente trabajo realiza el diseño (PLANEAR) del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de las seis (6) fases en la Clínica San Francisco S.A, dado el alcance del proyecto, el cual en sus tres fases siguientes (HACER) aplica la implementación y desarrollo de los planes de mejoramiento que la Clínica deberá definir en el tiempo, dando cumplimiento al ciclo completo (VERIFICAR y ACTUAR), el cual pretende realizar un diagnóstico para identificar los puntos débiles que se dieron en el PAMEC anterior, para así iniciar una nueva metodología que permita identificar las oportunidades de mejora a desarrollar.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social, la Auditoría para el Mejoramiento Continuo es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios, por esta razón, se tiene como objetivo implementar planes de mejoramiento para cerrar las brechas y alcanzar altos estándares de calidad en la prestación de los servicios.

De acuerdo con Decreto 1011 del 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el programa de Auditoría es obligatorio para las IPS, la cual requiere de la realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos, la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida y la adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2006)

Para el desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) se tuvo en cuenta la guía y las pautas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, la guía práctica de preparación para la acreditación en salud del Ministerio de Protección Social, los cuales dan lineamientos para el diseño e implementación del mismo.

Además, se realizó bajo la ruta crítica que contiene nueve fases: Autoevaluación, selección de procesos a mejorar, priorización de procesos, definición de la calidad esperada, medición inicial, planes de mejoramiento, ejecución de los planes de mejoramiento, evaluación del plan de mejoramiento y aprendizaje organizacional.

Desde el punto de vista estructural, el presente trabajo consta de la descripción de la metodología, el desarrollo y la implementación de unas fases de la misma.

1. Planteamiento, descripción y formulación del problema

“La Prestación de Servicios de Salud en Colombia se encuentra reglamentada por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, obedeciendo a la Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Pública” (Ministerio de Salud y Protección Social, s. f.).

Por otra parte, según el Decreto 1011 del 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el artículo 4, el SOGCS está integrado por cuatro componentes: Sistema Único de Habilitación (SUH), Sistema de información para la calidad en Salud, Auditoría para el Mejoramiento de Calidad de la Atención de Salud y el Sistema Único de Acreditación (SUA). (Ministerio de Salud y protección Social, 2006)

Teniendo en cuenta que el enfoque del proyecto es diseño (PLANEAR) del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de las seis (6) fases en la Clínica San Francisco S.A, dado el alcance del proyecto, el cual en sus tres fases siguientes (HACER) aplica la implementación y desarrollo de los planes de mejoramiento que la Clínica deberá definir en el tiempo, dando cumplimiento al ciclo completo (VERIFICAR y ACTUAR) y es la forma a través de la cual la institución implementará el componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud es un componente que se debe implementar de forma obligatoria buscando alcanzar estándares superiores de calidad basados en la medición del desempeño de los procesos.

Para el desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud se realiza por medio de la ruta crítica, que se evidencia en la siguiente imagen:

Figura 1.

Ruta Crítica



Nota: Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud, Ministerio de Salud

Mencionando lo anterior se evidencia que el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud ayuda a obtener un panorama de los procesos de las instituciones para así actuar y tener un mejoramiento continuo para promover y garantizar servicios confiables y de calidad.

La Clínica San Francisco S.A. es una entidad prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad ubicada en el municipio de Tuluá atendiendo en el año 2021 aproximadamente

a 30.000 usuarios según el balance de gestión Medica de la revista san francisco al día de la Clínica, contando con un amplio portafolio de servicios y ha logrado posicionarse como la más importante entidad de salud del centro y norte del departamento del Valle del Cauca.

La clínica cuenta con un PAMEC con vigencia 2018-2022 donde se realizó solamente una autoevaluación obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 1.

Resultados Autoevaluación

Estándares	Oportunidades
Asistenciales	113
Talento Humano	25
Ambiente físico	41
Tecnología	23
Información	41
Mejoramiento	7
Direccionamiento y Gerencia	14
Total	264

Nota: PAMEC Clínica San Francisco S.A.

Como se evidencia en Tabla 2. Resultados Autoevaluación, la Clínica obtuvo un total de 264 oportunidades de mejora con un puntaje de 2, y se priorizaron con la metodología riesgo, costo y volumen obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 2.

Resultados priorización

Estándares	Calificación de 125	Calificación de 75	Calificación de 45	Calificación <45
Asistenciales	40	25	25	23
Talento Humano	14	7	3	1
Ambiente físico	23	4	9	5
Tecnología	9	5	5	4

Información	13	3	9	16
Mejoramiento	2	3	1	1
Direccionamiento y Gerencia	6	4	3	1
Total	107	51	55	51

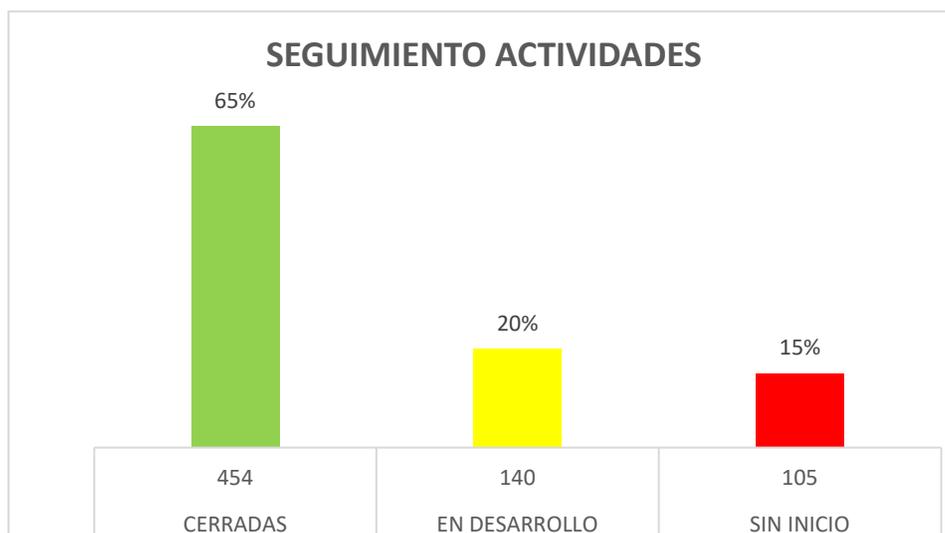
Nota: PAMEC Clínica San Francisco S.A.

Para la priorización de las oportunidades de mejora del PAMEC la clínica priorizo todas las oportunidades que obtuvieron una calificación de 125 y para el estándar asistencial las oportunidades que obtuvieron calificación de 75 puntos. Obteniendo un total de 132 oportunidades priorizadas como se evidencia en la Tabla 2. Resultados priorización que son los números que están de color rojo.

Continuando con el PAMEC, de esas 132 oportunidades de mejora se obtuvieron 698 actividades a realizar en el periodo 2018-2022, obteniendo un total de 454 actividades cerradas, 140 actividades en desarrollo y 105 actividades sin inicio como se evidencia en la Figura 2. Resultados Actividades.

Figura 2.

Resultados Actividades



Nota: PAMEC Clínica San Francisco S.A.

Teniendo en cuenta los resultados anteriores del PAMEC de la Clínica, se evidencio diferentes falencias durante el desarrollo del programar, una de ellas fue que solo se realizó una autoevaluación en el año 2018 que duro los cuatro (4) años, conllevando a tener un PAMEC desactualizado según los requerimientos actuales de la clínica, otra de ellas fue la alta rotación del personal que hacía que se retrasaran la entrega de las actividades para así darles cierre a las misma, además que entre los años 2018-2021 se tenían las mismas actividades, reabriéndolas sin dar cierres efectivos. Por lo anterior, la dirección de calidad decide hacer cierre del PAMEC 2018-2022, en el 2021 dejando como actividad la evaluación de la metodología utilizada como diagnóstico inicial del nuevo PAMEC.

Tanto el Decreto 1011 del 2006 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGCS) y en el Decreto Único Reglamentario del sector salud y protección social 780 del 2016, no establece una metodología para la elaboración del componente de la auditoria para el Mejoramiento de Calidad en la Atención en Salud, solo establece tres lineamientos para el desarrollo: realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos, la comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida y la adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas, pero no establece que herramientas y metodologías se deben aplicar en el desarrollo del mismo, una vez analizada la metodología utilizada en la implementación del PAMEC 2018-2022 se detecta que el Programa de Auditoria no es concordante y no cumple con la intencionalidad de los estándares de acreditación.

De acuerdo con la circular 012 del 2016, se debe realizar un reporte anual de los resultados alcanzados en la vigencia del PAMEC anterior, como el reporte de las acciones nuevas para la próxima vigencia, es decir, que el PAMEC puede tener una vigencia de más de dos años pero se debe aplicar la ruta crítica en cada ciclo con duración de un año, lo cual no se realizó en el PAMEC existente de la clínica, obtenido como resultado el diseño de una nueva metodología que cumpla con el artículo 2.5.1.4.1 del decreto 780 del 2006 y la circular 012 2016

Para la Clínica San Francisco S.A como lo evidencia en su misión y su visión es ser una organización líder en la prestación de servicios de mediana y alta complejidad con una excelente atención y altos estándares de calidad que con el apoyo de PAMEC, puede alcanzar y lograr sus objetivos propuestos, dando cumplimiento a los estándares de acreditación.

Es por esto que se plantea el siguiente interrogante y bajo el cual se desarrollara la investigación ¿Qué metodología es la adecuada para el diseño del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) e implementación de las seis (6) fases del de la Clínica San Francisco S.A.?

2. Justificación

El Sistema de Gestión de Calidad dentro de las organizaciones es muy importante, ya que, lo que busca es implementar diferentes estrategias que permiten que las organizaciones sean más competitivas y más llamativas en el mercado, en este caso como la empresa está encaminada a servicios de la salud, busca implementar estrategias para ofrecer servicios con estándares de calidad altos y que los diferencie en el mercado.

Teniendo en cuenta lo anterior, se busca implementar estrategias y metodologías que logren identificar las brechas que se presentan entre los procesos que se tienen identificados, para así identificar las oportunidades e implementar los planes de mejora permitiendo así elevar los índices de productividad, lograr una mayor eficiencia para brindar servicios de calidad y tener una mejora continua en los procesos y servicios.

Por lo tanto, a través de este documento se pretende proponer metodología para el diseño (PLANEAR) del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de las seis (6) fases en la Clínica San Francisco S.A, dado el alcance del proyecto, el cual en sus tres fases siguientes (HACER) aplica la implementación y desarrollo de los planes de mejoramiento que la Clínica deberá definir en el tiempo, dando cumplimiento al ciclo completo (VERIFICAR y ACTUAR), por medio de la ruta crítica para así impactar en la institución en la calidad de sus servicios.

Teniendo en cuenta lo anterior, la ruta crítica se pretende lograr por medio del ciclo Deming (PHVA) con el ánimo de establecer acciones de mejora continua de la calidad, partiendo de la primera etapa que es Planear que comprende las autoevaluaciones, selección de los procesos a

mejorar y priorizándolos para así definir la calidad esperada siguiendo con la etapa Hacer que comprende la medición inicial del desempeño de los procesos, realizar los planes de acciones de los procesos seleccionados y la ejecución del plan, en la etapa de Verificar se realiza la evaluación del mejoramiento y por último la etapa de Actuar se realiza el aprendizaje organizacional.

Para la etapa de autoevaluación Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, En el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad la autoevaluación deberá realizarse tomando como base:

1. Los estándares definidos por el Sistema Único de Acreditación (Resolución 1445 de 2006).
2. Indicadores para el monitoreo del sistema y lineamientos para la vigilancia de eventos adversos trazadores. (Resolución 1446 de 2006)
3. Política de Seguridad del Paciente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
4. Indicadores de seguimiento a riesgos del estándar 9 del Sistema Único de Habilitación (Resolución 1043 de 2006): Seguimiento a riesgos en la prestación de los servicios.

Todo lo anterior conlleva a las organizaciones a buscar mecanismos para mejorar la prestación de los servicios y cumplir con todas las exigencias de los usuarios, que representan un desafío muy grande para la planeación y el desarrollo de los procesos.

Finalmente, es necesario tener en cuenta que las empresas de salud necesitan de herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad en los servicios como lo es el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), con la cual busca desarrollar procesos continuos a través de la realización de las autoevaluaciones para así encontrar las brechas entre la calidad esperada y la calidad deseada de los procesos y así les permita detectar oportunidades de mejora y afianzar sus fortalezas.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Diseñar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) e implementar las seis (6) fases del mismo, mediante el diagnóstico de la situación actual del PAMEC con un enfoque de estándares de calidad, de la Clínica San Francisco S.A de Tuluá Valle del Cauca.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar el estado actual del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de la Clínica San Francisco S.A.
- Diseñar la metodología para el desarrollo del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de la Clínica San Francisco S.A.
- Implementar las seis primeras fases de la metodología y ruta crítica del Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de la Clínica San Francisco S.A

4. Marco referencial

4.1 Marco teórico

- **Auditoría para el mejoramiento de la calidad:**

Según el Ministerio de Salud y Protección Social la Auditoría para el mejoramiento de la calidad: “Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios”.

- **Ciclo Deming (PHVA):**

Es una herramienta que ayuda a los sistemas de auditoria porque por medio de este ciclo monitorea la planeación de los procesos, se toman las acciones y se realiza las respectivas verificaciones para así actuar frente a las desviaciones encontradas y reiniciar el ciclo que ayuda a la mejora continua de los mismo.

Planear: en esta etapa se realiza la planeación de los procesos, donde se identifica que se va a realizar y como se va a realizar, además se plantean las metas que se quieren alcanzar

Hacer: en esta etapa se desarrolla lo que se planeó en la etapa anterior y se recogen los datos que se identificaron según la ejecución de las actividades planteadas.

Verificar: en esta etapa se verifica la calidad de los datos y si se alcanzaron las metas propuestas

Actuar: esta etapa consiste en tomar las medidas necesarias frente a las desviaciones encontradas en el ciclo.

- **Matriz de priorización:**

La matriz de priorización o valoración de problemas es una herramienta que consiste en una tabla en la que se presentan diferentes criterios que permiten realizar una elección, en este caso, definir cuál problema puede ser prioritario de abordar.

- **Indicadores de eficacia**

La eficacia de una organización se mide por el grado de satisfacción de los objetivos fijados en sus programas de actuación, o de los objetivos incluidos tácita o explícitamente en su misión. Es decir, comparando los resultados reales con los previstos, independientemente de los medios utilizados. Nos indica si se hicieron las cosas que se debían hacer, los aspectos correctos del proceso. Los indicadores de eficacia se enfocan en el Qué se debe hacer, por tal motivo, en el establecimiento de un indicador de eficacia es fundamental conocer y definir operacionalmente los requerimientos de receptor de los productos o servicios, de los beneficios que produce la organización. De lo contrario, se puede estar logrando una gran eficiencia en aspectos no relevantes.

4.2 Marco conceptual

Atención de salud. Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

Calidad de la atención de salud. Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud

Prestadores de servicios de salud. Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

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

4.3 Marco contextual

El lugar donde se va a realizar el proyecto es el departamento del Valle del Cauca en el municipio de Tuluá donde se encuentra ubicada la Clínica San Francisco el cual tiene como

objetivo diseñar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) y la implementación de las seis (6) fases del mismo en la clínica.

La clínica desde 1991 es una entidad que ofrece servicios médicos de mediana y alta complejidad que ha logrado posicionarse como la más importante entidad de salud del centro y norte del departamento del Valle del Cauca, generando el reconocimiento de los pacientes y sus entidades aseguradoras por su excelente calidad científica, tecnológica y humana. Creando un constante crecimiento asistencial, administrativo y de infraestructura, lo cual permite generar una mayor comodidad y eficiencia en la atención de sus pacientes.

La cual tiene como misión, ser una organización líder en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad en el centro y norte del valle. Caracterizada por el cuidado humanizado de sus pacientes, cuidadores y sus familias. Reconocida por tener altos estándares de calidad y seguridad del paciente, con excelente grupo de profesionales que trabajan comprometidos de manera continua en la creación de valor, integrando la sostenibilidad, investigación científica, innovación y transformación tecnológica.

Frente a su visión, es para el 2025 ser reconocida como una organización científica, prestadora de servicios y generadora de desarrollo en la región y de talento humano en la institución y en la comunidad. Enfocada en prestar servicios de salud de alta complejidad. Certificada por garantizar excelente atención a los pacientes mediante el cuidado responsable, seguro, y humanizado, cuyo enfoque sostenible permite generar un impacto social positivo a través de la eficiencia de sus procesos contribuyendo al mejoramiento de la salud en la región y siendo distinguida a nivel nacional.

4.4 Marco legal

Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Artículo 178 Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. ARTICULO 227. Control y Evaluación de la Calidad del Servicio de Salud. Es facultad del Gobierno Nacional expedir las normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud, incluyendo la auditoría médica de obligatorio desarrollo en las Entidades Promotoras de Salud, con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios. La información producida será de conocimiento público

Decreto 0780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.1.4.1 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las EAPB.

Decreto 1011 de 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículo 2 AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios. Artículo 4 donde menciona que es uno de ellos componentes del SOGCS

Resolución 3100 de 2019 - Sistema Único de Habilitación de Servicios de Salud. "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud".

Resolución 1445 de 2006: por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones.

- Anexo 1 de la Resolución 1445 de 2006, por la cual se expiden los Manuales de estándares del Sistema Único de Acreditación. Que corresponden a estándares de referencia para el PAMEC.

- Anexo 2 de la Resolución 1445 de 2006: Lineamientos para el desarrollo del proceso de otorgamiento de la Acreditación en Salud.

Resolución 1446 de 2006: Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud".

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 auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención.

Guía básica de implementación pautas auditoria: Ministerio de salud y protección social (2007) Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Pautas de auditoria: Ministerio de salud y protección social (2007) Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud

5 Metodología

5.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación que se desarrollará en este trabajo será la investigación descriptiva, puesto que se quieren conocer las características de los procesos de la Clínica San Francisco para así implementar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) de la Clínica San Francisco S.A

5.2 Procedimientos para recolección, análisis y sistematización de información

- **Fuentes primarias:** Para obtener un diagnóstico inicial de la situación actual utilizaremos las diferentes clases fuentes de información para el desarrollo del trabajo tales como: entrevistas y lista de chequeo dirigidas a lideres de los procesos.
- **Fuentes Secundarias:** Se obtendrán a partir de los informes de gestión de la clínica, la investigación de trabajos de grado, proyectos, Internet y libros.

6 Desarrollo de la metodología

6.1 Diagnóstico de la situación actual

Para llevar a cabo el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) en la Clínica San Francisco se debe realizar un diagnóstico inicial para así identificar las fortalezas para el desarrollo del nuevo ciclo del PAMEC, donde se aplica una lista de chequeo del Ministerio de Salud y Protección social (Anexo A. lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud PAMEC) obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 3.

Resultados de la lista de chequeo PAMEC

Criterios de evaluación	Total criterios	C	NC	NA	Cumplimiento
a. Alcance	5	5	0	0	100%
1. Autoevaluación	9	6	3	0	67%
2. Selección de procesos a mejorar	1	0	1	0	0%
3. Priorización de procesos	1	1	0	0	100%
4. Definición de la calidad esperada	4	0	1	3	0%
5. Calidad Observada	2	0	2	0	0%
b. Ruta Crítica	1	0	1	0	0%
6. Formulación de planes de mejoramiento	1	0	1	0	0%
7. Implementación de planes de mejoramiento	1	0	1	0	0%
8. Evaluación de la ejecución de los planes	1	0	1	0	0%
9. Aprendizaje organizacional	1	0	1	0	0%
TOTAL	26	12	11	3	52%

Nota: Elaboración propia

De acuerdo a lo anterior, se evidencia que se debe fortalecer en el proceso diferentes fases de la ruta crítica, como lo son: la selección de los procesos, definir una calidad esperada de acuerdo al mejoramiento que se quiere lograr, realizar un mejor análisis de la calidad observada y el fortalecimiento de la formulación y evaluación de los planes de mejoramiento y determinar el aprendizaje organizacional de cada ciclo.

6.2 Metodología para el desarrollo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)

Para el diseño del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) en la Clínica San Francisco se tendrá en cuenta Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud y Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de Salud y protección social.

El Mejoramiento Continuo de la Calidad debe ser visto como un proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

Uno de los modelos de mejora, y el mejor conocido, es el ciclo Deming (PHVA), el enfoque de este modelo para el desarrollo de los planes de mejoramiento se enmarca en el fortalecimiento e implementación del Ciclo PHVA aplicable a todos los procesos de la institución, garantizando un ciclo sistemático de los planes de acción y actividades desarrolladas en todos los niveles de operación.

La aplicación de este ciclo abarca todos los niveles de gestión, y parte de la cultura organizacional.

Figura 3.

Ciclo PHVA



Planificar - Organización lógica del trabajo

- a) Conformación del grupo de trabajo
- b) Realizar autoevaluación.
- c) Seleccionar procesos por mejorar.
- d) Priorizar procesos con fallas de calidad que afectan los factores críticos de éxito.
- e) Definir la calidad esperada de los procesos priorizados
- f) Determinar el plan de auditoria para realizar la medición inicial de desempeño

Hacer - Correcta realización de las tareas planificadas

-
- a) Diseñar los papeles de trabajo, los formatos de registros que se requieren para consignar la información que se pretende obtener, las conclusiones, análisis y recomendaciones.
 - b) Hacer cronograma para controlar la ejecución de la ruta crítica del **PAMEC**.
 - c) Entrenar al equipo
 - d) Definir y ejecutar los planes de acción.
 - e) Asignar los recursos para la ejecución de los planes de acción
 - f) Realizar la medición de los indicadores establecidos

Verificar - Comprobación de los logros obtenidos

- a) Evaluar la efectividad de los planes de acción.
- b) Verificar en sitio la implantación de los planes de mejora.

Actuar - Posibilidad de aprovechar y extender aprendizajes y experiencias adquiridas en otros casos

- a) Socializar los resultados de las verificaciones y los procesos que deben generar plan de Mejora.
- b) Acompañar al equipo en la aplicación de métodos de análisis y solución de problemas.
- c) Soportar al equipo en la formulación y seguimiento y evaluación de la efectividad del Plan de Mejoramiento.
- d) Monitorear el aprendizaje organizacional

e) Estandarizar los procesos priorizados de acuerdo a las acciones de mejoramiento implementadas, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada. Se pueden presentar tres escenarios en esta etapa:

✓ Que se cumpla la meta y no se detecten riesgos que aumenten la probabilidad de que presenten problemas futuros. En este caso, es necesario estandarizar la ejecución con el ánimo de mantener los resultados del proceso.

✓ Que se cumpla la meta y se detecten riesgos que aumenten la probabilidad de que se presenten problemas futuros. Aquí se debe evaluar dicho riesgo con el fin de determinar la necesidad de implementar las acciones preventivas pertinentes.

✓ Que no se cumpla la meta, en este escenario se deben analizar las causas del incumplimiento con el fin de corregir y ajustar el proceso para volver a realizar el ciclo hasta que la meta sea alcanzada.

6.2.1 Ruta crítica del PAMEC

El Ministerio de Salud y Protección Social, definió la ruta a seguir para la implementación del PAMEC, que involucra nueve (9) fases las cuales se deben desarrollar así:

Figura 4.*Ruta crítica PAMEC*

Fuente: Propia

6.2.1.1 Primera Fase: Autoevaluación

La autoevaluación es el primer paso que se debe realizar, puesto que se identifican los procesos que se deben mejorar y se realiza el diagnóstico actual para así determinar los problemas de la calidad de la clínica para determinar fortalezas e identificar las oportunidades de mejora.

6.2.1.1.1 Metodología de trabajo

1. Identificación del equipo que va realizar la autoevaluación.
2. Organización de procesos logísticos: lugares de trabajo, material de trabajo, programación de equipos.

3. Organización de los equipos de los equipos, nombramiento de un líder y un secretario que apoyen el proceso.
4. Sensibilización a los integrantes del equipo el proceso de autoevaluación.
5. Realización del proceso de autoevaluación

6.2.1.1.2 Proceso de autoevaluación

La autoevaluación se realiza tomando como referente el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1”, se realizan dos tipos de evaluaciones:

- **Evaluación cualitativa**

La autoevaluación se realiza desde el punto de vista cualitativo identificaciones de fortalezas y oportunidades de mejora.

- a) Lectura rápida y general de todos los estándares.
- b) Lectura del estándar: El grupo en pleno estudia y homologa el enfoque del criterio asignado, ya que este es el referente, si todos entendieron continúe, si no se debe buscar la aclaración.
- c) Revisión y discusión cada estándar: Las siguientes preguntas ayudan a encontrar más fácilmente las oportunidades de mejora o fortalezas, léalas y anote las respuestas en una hoja, al terminar se discuten las repuestas con sus compañeros.
 - ✓ ¿Cuáles son los procesos a través de los cuales la organización obtiene el cumplimiento de los estándares?
 - ✓ ¿Cómo se ejecutan los procesos actividades o tareas a través de los cuales se cumplen los estándares?
 - ✓ ¿Que de lo que se hace es un hecho o evidencia de cumplimiento del estándar?

- ✓ ¿Cuál es el resultado de lo que se hace?
 - ✓ ¿Cómo se miden los resultados de lo que se hace?
 - ✓ ¿Qué se debe cambiar para mejorar el resultado de los procesos?
 - ✓ ¿Cómo cubrir la diferencia entre lo que se está haciendo y lo que se necesita hacer?
- d) Una vez aclarado el significado, se redactan las fortalezas relacionadas con la práctica, con sus respectivos soportes y se reportan en la herramienta.
- e) Identificación y descripción de las oportunidades de mejoramiento detectadas respecto al estándar; en las dimensiones de enfoque, implementación y resultados.

- **Evaluación cuantitativa**

Para la evaluación cuantitativa tener en cuenta tres dimensiones, con sus variables según la guía práctica de preparación para la acreditación en salud:

Enfoque: Se refiere a las directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada tema o variable que se va a evaluar.

- **Sistematicidad:** Grado en que el enfoque es definido y aplicado de manera organizada.
- **Amplitud:** Grado en que el enfoque está presente y orienta las diferentes áreas de la organización o distintos puntos del estándar.
- **Proactividad:** Grado en que el enfoque es preventivo y proactivo.
- **Ciclo de evaluación y mejoramiento:** Forma en que se evalúa y mejora el enfoque y su asimilación.

Variables de la dimensión Enfoque

Variable	1	2	3	4	5
ENFOQUE					

Sistematicidad y Amplitud (C1)	El enfoque es esporádico, no está presente en todas las áreas, no es sistemático y no se relaciona con el direccionamiento estratégico.	Comienzo de un enfoque sistemático para los propósitos básicos del estándar y empieza a estar presente en algunas áreas.	El enfoque es sistemático, alcanzable para lograr los propósitos del estándar que se desea evaluar, en áreas claves.	El enfoque es sistemático tiene un grado de integración que responde a todos los propósitos del estándar en la mayoría de las áreas. Relacionado con el direccionamiento estratégico.	El enfoque es explícito y se aplica de manera organizada en todas las áreas, responde a los distintos criterios del estándar y está relacionado con el direccionamiento estratégico.
Proactividad (C2)	Los enfoques son mayoritariamente reactivos.	Etapas iniciales de transición de la reacción a la prevención de problemas.	Enfoque mayoritariamente preventivo hacia el manejo y control de los procesos y problemas de los mismos proactivamente, aun cuando existen algunas áreas en donde se actúa reactivamente.	El enfoque es mayoritariamente proactivo y preventivo.	El enfoque es proactivo y preventivo en todas las áreas.
Ciclo de Evaluación y Mejoramiento (C3)	La información presentada es anecdótica y desarticulada, no hay evidencias (hechos y datos)	La evidencia de un proceso de evaluación y mejoramiento del enfoque es limitada. Esbozo de algunos hechos y	El proceso de mejoramiento está basado en hechos y datos (acciones específicas realizadas y registradas) sobre áreas claves que abarcan la mayoría de	Existe un proceso de mejoramiento basado en hechos y datos como herramienta básica de dirección.	Existen ciclos sistemáticos de evaluación, la información recogida es consistente y válida, oportuna y se emplea para la evaluación y definir acciones de

		datos, desarticulados.	productos y servicios.		mejoramiento .
--	--	---------------------------	---------------------------	--	-------------------

Implementación: Se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución.

- **Despliegue en la institución:** Grado en que se ha implementado el enfoque y es consistente en las distintas áreas de la organización.
- **Despliegue hacia el usuario:** Grado en que se ha implementado el enfoque y es percibido por los clientes internos y/o externos, según la naturaleza y propósitos del estándar.

Variables de la dimensión Implementación

Variable	1	2	3	4	5
IMPLEMENTACIÓN					
Despliegue en la institución. (C1)	El enfoque se ha implementado en algunas áreas, pero se refleja su debilidad.	La implementación del enfoque se da en algunas áreas operativas principales y existen brechas muy significativas en procesos importantes.	La implementación está más avanzada en áreas claves y no existen grandes brechas con respecto a otras áreas.	Existe un enfoque bien desplegado en todas las áreas, con brechas no significativas en áreas de soporte.	La implementación del enfoque se amplía continuamente para cubrir nuevas áreas en forma integral y responde al enfoque definido en todas las áreas claves.

Despliegue al cliente interno y/o externo (según la naturaleza y propósito del estándar). (C2)	El enfoque no se despliega hacia los clientes.	Hay evidencias de despliegue a unos pocos clientes, pero éste no es consistente.	Hay evidencias de implantación parcial del enfoque tanto en clientes internos como externos con un grado mínimo de consistencia.	El enfoque se despliega a la mayoría de los usuarios y es medianamente consistente.	El enfoque se despliega a la totalidad de los usuarios y es totalmente consistente.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Resultados: Se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques.

- **Pertinencia:** Grado en que los resultados referidos se relacionan con el área temática correspondiente al estándar evaluado y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
- **Consistencia:** Relación de los resultados como producto de la implementación del enfoque.
- **Avance de la medición:** Grado en que la medición responde a una práctica sistemática de la organización en un período de tiempo que le permita su consolidación y existen indicadores definidos para la medición del área temática correspondiente al estándar evaluado, calidad y pertinencia de estos.
- **Tendencia:** Desempeño de los indicadores en el tiempo. Puede ser positiva cuando los datos muestran una mejoría general a lo largo del tiempo.
- **Comparación:** Grado en que los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y la calidad de estos.

Variables de la dimensión Resultados

Variable	1	2	3	4	5
RESULTADOS					
Pertinencia (C1)	Los datos presentados no responden a los factores, productos o servicios claves del estándar.	Los datos presentados son parciales y se refieren a unos pocos factores, productos o servicios claves solicitados en el estándar.	Los datos presentados se refieren al desempeño de algunas áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados.	La mayoría de los resultados referidos se relacionan con el área, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar, alcanzando los objetivos y metas propuestas.	Todos los resultados se relacionan con el área o punto del estándar a evaluar y alcanzan los objetivos y metas propuestas.
Consistencia (C2)	Solo existen ejemplos anecdóticos de aspectos poco relevantes y no hay evidencia de que sean resultado de la implementación del enfoque.	Se comienzan a obtener resultados todavía incipientes de la aplicación del enfoque.	Existe evidencia de algunos logros son causados por el enfoque implementado y por las acciones de mejoramiento.	La mayoría de los resultados responden a la implementación del enfoque y a las acciones de mejoramiento.	Todos los resultados son causados por la implementación de enfoques y a las acciones sistemáticas de mejoramiento.
Avance de la medición (C3)	No existen indicadores que muestren tendencias en la calidad y el desempeño de los procesos. La organización	Existen algunos indicadores que muestran el desempeño de procesos. La organización se encuentra en una etapa media del	Existen indicadores que monitorean los procesos y muestran ya tendencias positivas de mejoramiento en algunas	Existen procesos sistemáticos de medición para la mayoría de las áreas y factores claves de éxito	Los resultados son monitoreados directamente por los líderes de todos los niveles de la organización y la

	se encuentra en una etapa muy temprana de medición.	desarrollo de la medición.	áreas claves, factores, productos y/o servicios solicitados en el estándar. Algunas áreas reportadas pueden estar en etapas recientes de medición.	solicitados en el estándar.	información se utiliza para la toma de decisiones y el mejoramiento de los procesos.
Tendencia (C4)	El estadio de la medición y por lo tanto de los resultados, no garantizan tendencias confiables.	Se muestran resultados muy recientes que, aunque no permiten tener suficientes bases para establecer tendencias, el proceso es sistemático y se empiezan a tomar decisiones operativas con base en la información.	Se presentan tendencias de mejoramiento de algunos factores claves del estándar. Proceso sistemático y estructurado .	La mayoría de los indicadores alcanzan niveles satisfactorios y muestran firmes tendencias de mejoramiento de las áreas claves, factores, productos y/o servicios, lo cual se refleja en que van de bueno a excelente.	Se observan tendencias positivas y sostenidas de mejoramiento de todos los datos a lo largo del tiempo.
Comparación (C5)	No existen políticas, ni prácticas de comparación de los procesos de la organización con los mejores.	Se encuentran algunas prácticas independientes de comparación, poco estructuradas y no sistemáticas.	Existe una política de comparación con las mejores prácticas y se encuentra en etapa temprana de comparación de algunos procesos,	Se encuentra en etapa madura de comparación con las mejores prácticas a nivel nacional de áreas, productos, factores y/o servicios	Los resultados son comparados con referentes nacionales e internacionales y se ubican en niveles cercanos a las tendencias de clase

			productos críticos y servicios solicitados en el estándar.	claves solicitados en el estándar.	mundial. Cuenta con un sistema de evaluación y mejora de los sistemas de comparación.
--	--	--	------------------------------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

La metodología que se sugiere realizar para la calificación de los estándares es la siguiente:

- Repasar con detenimiento el significado de los componentes: Enfoque, implementación, resultados, sus variables y la práctica por evaluar.
- Leer las oportunidades de mejora y las fortalezas señaladas.
- Utilizar la escala de calificación de la hoja radar disponible en la herramienta, para determinar el grado de desarrollo. Se debe utilizar la siguiente metodología:

UBÍQUESE EN LA ESCALA NUMERO 3
Lea cada una de las variables del enfoque y de la implementación de este. Compare la IPS con las características del numeral 3. Evalúe si corresponde a este numeral. Si corresponde a este, califíquelo como 3.
LA UNIDAD SUPERA LAS CARACTERÍSTICAS DEL NUMERO 3
Desplácese hacia el numeral 4. Si está acorde con este numeral, escriba 4.
LA UNIDAD TIENE UN GRADO DE MADUREZ MENOR AL NUMERO 3
Desplácese hacia el numeral 2. Si está acorde con este numeral, coloque 2.
LA UNIDAD SUPERA LAS CARACTERÍSTICAS DEL NUMERO 4
Desplácese hacia el numeral 5. Si está acorde con este numeral, escriba 5.
LA UNIDAD TIENE UN GRADO DE MADUREZ MENOR AL NUMERO 2

Desplácese hacia el numeral 1. Si está acorde con este numeral, escriba 1.

Después del proceso de autoevaluación se identifican las oportunidades de mejora que se evidencia en los estándares.

Para el proceso de autoevaluación la información se diligencia en la siguiente matriz que contiene la información de los estándares y el espacio para realizar la calificación de la autoevaluación de los mismos:

Tabla 4.

Matriz autoevaluación

Grupo Estándar	Subgrupo estándar	Num	Código	Estándar	Criterios	¿Qué tiene hoy frente al estándar?

Autoevaluación cualitativa	Autoevaluación cuantitativa													
	Enfoque			Nota enfoque	Implementación		Nota implementación	Resultado					Nota resultado	Nota final
	C1	C2	C3		C1	C2		C1	C2	C3	C4	C5		

Nota: Elaboración propia

6.2.1.2 Segunda Fase: Procesos a seleccionar

En esta etapa se identifican cuales estándares tienen oportunidades de mejora de acuerdo al proceso de autoevaluación anterior, adicionalmente se puede identificar a que procesos institucionales pertenecen.

Los estándares con oportunidades de mejora identificadas en la autoevaluación se confrontarán con los procesos de la institución definidos en el mapa de procesos y se determinará a cuál o cuáles procesos pertenecen.

Figura 5.

Mapa de procesos



Nota: Plataforma estratégica Clínica San Francisco S.A.

6.2.1.3 Tercera Fase: Priorización

En esta etapa cuando los procesos que se van a intervenir ya se encuentren seleccionados con la participación de todos los integrantes del equipo se realiza la priorización de los mismo, se aplicará la metodología de priorización del Ministerio de salud y protección social teniendo en cuenta las variables riesgo, costo y volumen:

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

Teniendo en cuenta las siguientes escalas de Calificación:

Tabla 5.

Criterios de priorización

Criterios de priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución	Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución	Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos
Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución	Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos

Nota: Priorización de oportunidades de mejora Ministerio de la Protección Social

De acuerdo a lo anterior se realiza la priorización de las oportunidades de mejora teniendo en cuenta la siguiente matriz de calificación:

Tabla 6.*Matriz de calificación*

RIESGO	1	3	5	PRIORIZACIÓN ALTA	45 A 125
COSTO	1	3	5	PRIORIZACIÓN MEDIA	25 A 44
VOLUMEN	1	3	5	PRIORIZACIÓN BAJA	1 A 24

Nota: Elaboración propia

Para el proceso de priorización la información se diligencia en la siguiente matriz que tiene información del estándar, de la oportunidad de mejora y se califica:

Tabla 7.*Matriz de priorización*

Grupo estándar	Subgrupo estándar	Número	Código	Estándar	Oportunidades de mejora	Nota final	Priorización			
							Factores críticos de éxito			
							Riesgo	Costo	Volumen	Total

Nota: Elaboración propia

Cada miembro del equipo de Autoevaluación califica de manera individual cada variable de 1 a 5, siendo 1 el menor valor y 5 el máximo valor, se priorizarán las oportunidades de mejora con calificaciones **igual o superior 45 puntos**, que son las oportunidades con priorización alta.

6.2.1.4 Cuarta Fase: Definición de la calidad esperada

Definir el nivel de calidad esperado significa establecer la meta a alcanzar, hacia lo que quiere llegar la organización, según el problema de calidad priorizado para ser atendido.

Cuando se toma como referencia los estándares de Acreditación, estos se convierten en la calidad esperada Institucional. Teniendo en cuenta que la Clínica se ha propuesto obtener la Acreditación en salud y haciendo uso del principio de gradualidad, la calidad esperada la define el comité gerencial y el comité de mejoramiento, teniendo en cuenta a lo que quiere lograr cada ciclo.

6.2.1.5 Quinta Fase: Medición inicial

Teniendo en cuenta lo anterior los integrantes del equipo de autoevaluación deben realizar la medición inicial del desempeño de estos, en el sentido de determinar el nivel de conformidad actual del proceso con los estándares o metas preestablecidos y determinar las posibles brechas de desempeño u oportunidades de mejoramiento y el consecuente plan de mejora que les permita adoptar medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas.

6.2.1.6 Sexta Fase: Plan de acción para el mejoramiento

Los planes acción para el mejoramiento se desarrollarán bajo la metodología 5WH, como se evidencia en la siguiente matriz:

Tabla 8.

Matriz de plan de mejoramiento

Estándar ¿qué?	Oportunidad de mejora ¿por qué?	Acciones para ejecutar el plan de mejoramiento ¿como?	Proceso responsable de la acción ¿dónde?	Cargo responsable ejecución de la acción ¿quien?	Fecha inicio ¿cuándo?	Fecha fin ¿cuándo?

Nota: Elaboración propia

Con los resultados obtenidos en las etapas anteriores, se procederá a elaborar el plan de mejoramiento por cada grupo de estándares. Por cada oportunidad de mejora se define la siguiente información:

- **Plan de Mejora:** Código asignado consecutivamente.
- **Fuente:** Registrar la fuente de la cual se genera la Oportunidad de mejora.
- **Grupo Estándar:** Transcriba el estándar de acreditación que corresponde a la oportunidad de mejora priorizada
- **Número y Código de estándar:** Registrar número y código de estándar asociado a oportunidad priorizada.
- **Oportunidad de Mejora:** Transcriba la oportunidad de mejora que ha sido priorizada.
- **Calificación:** Transcriba la calificación de la priorización por riesgo, costo y volumen.
- **Acciones de mejoramiento:** Defina las acciones de mejoramiento con las cuales pretende cumplir o hacer realidad la oportunidad de mejora. Para cada oportunidad de mejora pueden identificarse varias acciones de mejora. Recuerde que una acción de mejora es una tarea puntual, muy operativa que indique el paso que debe darse para cumplir con la oportunidad de mejora.
- **Barreras de mejoramiento:** Las barreras de mejoramiento son los factores organizacionales que debo tener en cuenta para no entorpecer el cumplimiento de las acciones de mejoramiento. No son las excusas que me expliquen el no cumplimiento de los planes de mejoramiento, son factores que debo prever y controlar para que mi plan sea exitoso. Las barreras se definen por oportunidad de mejora, para un grupo de oportunidades de mejora o para todo el plan

- **Proceso responsable de la acción de mejoramiento:** Para cada acción de mejora (ojo, no es para cada oportunidad de mejora) se debe identificar el proceso del mapa de procesos de la Clínica que es el responsable de que la acción se cumpla.
- **Responsable:** Para cada acción de mejora se debe identificar con cargo de la persona responsable de la ejecución de la acción de mejora.
- **Fecha inicio y fecha fin:** Definir periodo en el cual se ejecutará el desarrollo del plan de acción.
- **Responsable del seguimiento:** Registrar a cargo de quien estará la responsabilidad del seguimiento

6.2.1.7 Séptima Fase: Ejecución del Plan de acción

A partir del plan de acción identificado en la fase anterior se comienzan a desarrollar todas las actividades contenidas en él, en esta fase se ejecutarán las actividades definidas en el Plan de Mejora de acuerdo con las fechas establecidas y responsables asignados.

El equipo de Mejoramiento se encargará de identificar y garantizar la gestión los recursos necesarios para la correcta implementación de las acciones planteadas.

6.2.1.8 Octava Fase: Evaluación del mejoramiento

Como elemento de seguimiento, es importante examinar si las acciones de mejoramiento planteadas son efectivas, lo cual se logra mediante la comparación de la calidad obtenida vs la calidad deseada y la medición sistemática de los indicadores propuestos. Para realizar esta evaluación es importante tener en cuenta:

- Validación del plan de acción acorde a cronograma para la verificación de la efectividad con disminución de las brechas encontradas. Se debe generar un informe con los avances

del PAMEC en el período planeado, dicho informe será realizado por parte del equipo líder de PAMEC.

De esta auditoria se pueden presentar dos situaciones:

- a) La primera, que no se obtenga mejora o no se disminuya la brecha inicial entre calidad observada y calidad esperada, lo cual significaría que probablemente no se detectó en forma correcta el problema
- b) La segunda opción es que la brecha disminuya, lo cual determina que la organización realice las acciones necesarias para promover el aprendizaje organizacional e inicie un nuevo ciclo de mejoramiento.

Para realizar la evaluación de la ejecución de la ruta crítica del PAMEC se aplica la “lista de chequeo evaluación PAMEC con enfoque acreditación”.

6.2.1.9 Novena Fase: Aprendizaje Organizacional.

Una vez ejecutada la ruta crítica del PAMEC, los resultados se deben tener en cuenta para incorporar las mejores prácticas demostradas en la estandarización de los procesos, se debe identificar lo que se obtuvo y las brechas que se identificaron en el proceso.

Cuando hayan alcanzado el estándar en el nivel de calidad esperada deben iniciar la retroalimentación a todas las personas de la institución:

- Realizar la divulgación a la institución los resultados globales de la autoevaluación y de los planes de acción formulados para ello.
- Realizar la inducción, reinducción, ajuste y estandarización de procesos de acuerdo con los ajustes para el mejoramiento.

De igual manera, se debe realizar la revisión periódica de los temas de mejoramiento en cada uno de los comités que están institucionalizados.

6.3 Implementación de los seis primeros pasos de la metodología del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)

Para el desarrollo del programa según la metodología planteada, se realizó el siguiente cronograma:

Figura 6.

Cronograma de actividades



Nota: Elaboración inicial

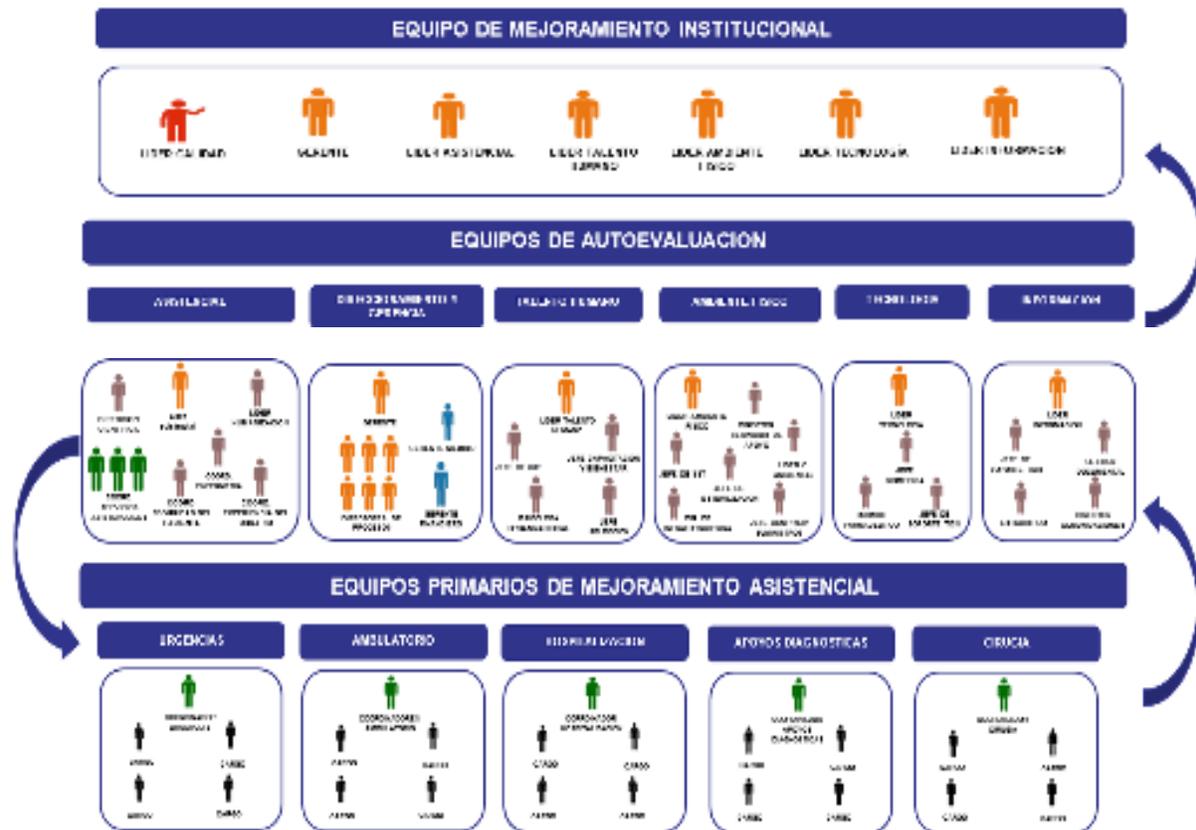
6.3.1 Identificación del equipo que va realizar la autoevaluación.

Se definió una estructura de mejoramiento formada por tres niveles de equipos, con el propósito de promover la integración sistémica de las diferentes áreas de la institución, mejorar la efectividad y eficiencia de los procesos de calidad y lograr una transformación cultural enfocada

en la mejora, que sea sostenible en el tiempo. A continuación, se muestra la estructura de los equipos de acreditación y sus objetivos generales:

- **Equipo de mejoramiento institucional:** Implementar y monitorizar el cumplimiento de las acciones del plan de mejoramiento del grupo de estándares correspondiente aplicables a las áreas o servicios que representan.
- **Equipo de autoevaluación:** planear, gestionar, monitorizar los avances en mejoramiento del plan de mejoramiento de cada grupo de estándares alineados con el mejoramiento continuo.
- **Equipo primario de mejoramiento:** planear, implementar, monitorizar, comunicar y mantener el mejoramiento sistémico y continuo de calidad institucional.

Los equipos se conforman de acuerdo a los requerimientos en la intencionalidad de los estándares del manual de acreditación de la siguiente manera:

Figura 7.*Equipos de acreditación**Nota:* Elaboración propia

6.3.2 Organización de procesos logísticos

Se programaron los lugares de trabajo según la disponibilidad de los espacios y los horarios de los integrantes que deberían asistir a las reuniones. Además, se sacaron manuales de acreditación juntos sus hojas rodar que tienen los criterios de evaluación de los estándares para los asistentes al proceso.

6.3.3 Organización de los equipos de los equipos

Por cada uno de los equipos se determinó un líder y un secretario que apoyan el proceso siendo los siguientes:

Tabla 9.
Líderes y secretarios de los equipos

EQUIPO	LIDER	SECRETARIO
Asistencial	Directora de servicios asistenciales	Coordinadora de Seguridad del Paciente.
Direccionamiento y Gerencia	Gerente General	Director de Comunicaciones
Talento Humano	Director de Gestión Humana	Psicóloga Organizacional
Ambiente Físico	Director de Servicios de apoyo	Auxiliar de Infraestructura
Tecnología	Jefe de Gestión de Tecnología Biomédica	Director Técnico del Servicio Farmacéutico
Información	Director TIC'S	Director de Comunicaciones

Nota: Elaboración propia

6.3.4 Sensibilización a los integrantes del equipo el proceso de autoevaluación.

Se realiza la sensibilización con los equipos donde se le entregan los manuales de acreditación, realizando la explicación del manual el cual se divide en estándares asistenciales y de apoyo, cada estándar cuenta con una intencionalidad que reúne el objetivo como tal del estándar. Cada estándar cuenta con sus diferentes criterios para realizar la autoevaluación, se debe dar lectura del mismo y evaluarlos frente a: el enfoque, implementación y resultado. Para lo cual se cuenta con la herramienta de hoja radar, explicando el uso de dicha herramienta para la calificación siempre se empezará por el número 3 determinando el grado de cumplimiento.

6.3.5 Realización del proceso de autoevaluación

En el mes de enero de 2022 se da inicio al ciclo 1 del proyecto del PAMEC con enfoque en acreditación, para elaborar un diagnóstico sobre el grado de implementación de los Estándares de Acreditación en salud y nivel de avance de la **Clínica San Francisco**. Se realizaron reuniones

periódicas con los Equipos de Autoevaluación durante los meses de enero, febrero y marzo de 2022.

Durante las reuniones se realiza la lectura de los estándares y se diligencian las fortalezas, sus evidencias y oportunidades de mejora en la herramienta diseñada para tal fin (Anexo B. Autoevaluación estándares), de esta forma se cumplió con la autoevaluación cualitativa, cada integrante de los grupos contaba con la Hoja Radar y en consenso se decidía la calificación cuantitativa por cada una de las dimensiones de Enfoque, Implementación y Resultados.

Previo a las reuniones de autoevaluación, se realizaron capacitaciones a los integrantes de los equipos con el fin de explicar y profundizar sobre el proceso de acreditación y sobre la metodología de mejoramiento para realizar la autoevaluación y la intencionalidad de cada uno de los estándares.

Exclusiones de los estándares que no aplican a la institución

Para el desarrollo la autoevaluación de los estándares de Acreditación en Salud el manual contempla 160 estándares para ser evaluados identificados de la siguiente forma:

- Estándares Asistenciales 76 de los cuales aplican para la clínica 52.
- Estándares de Direccionamiento 13 de los cuales aplican para la clínica 12
- Estándares de Gerencia 15 de los cuales todos aplican para la clínica.
- Estándares de Gerencia de Talento Humano 17 de los cuales todos aplican para la clínica.
- Estándares de Gerencia de Ambiente Físico 11 de los cuales todos aplican para la clínica.
- Estándares de Gestión de la Tecnología 10 de los cuales aplican para la clínica 8
- Estándares de Gerencia de la Información 14 de los cuales todos aplican para la clínica.

- Estándares de mejoramiento 5 de los cuales todos aplican para la clínica.

Se obtuvo un total de 134 estándares a evaluar identificando las exclusiones de odontología y sedes integradas en red que no aplican dentro de los servicios ofertados por la clínica.

6.3.5.1 Resultado de autoevaluación de estándares

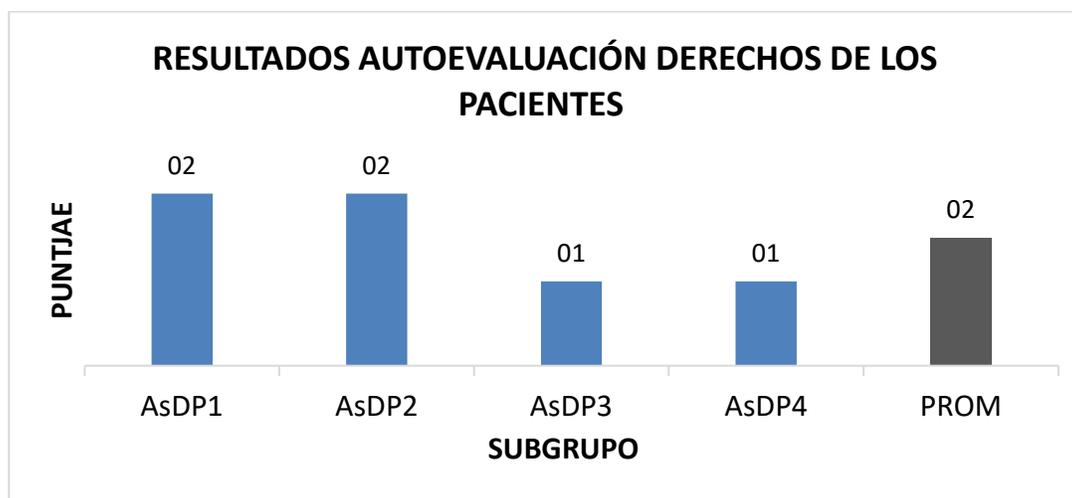
El resultado de la autoevaluación se evidencia en las siguientes graficas:

6.3.5.1.1 Estándares asistenciales

6.3.5.1.1.1 Subgrupos estándares asistenciales

Figura 8.

Resultados subgrupo: derechos de los pacientes



Nota: Elaboración propia

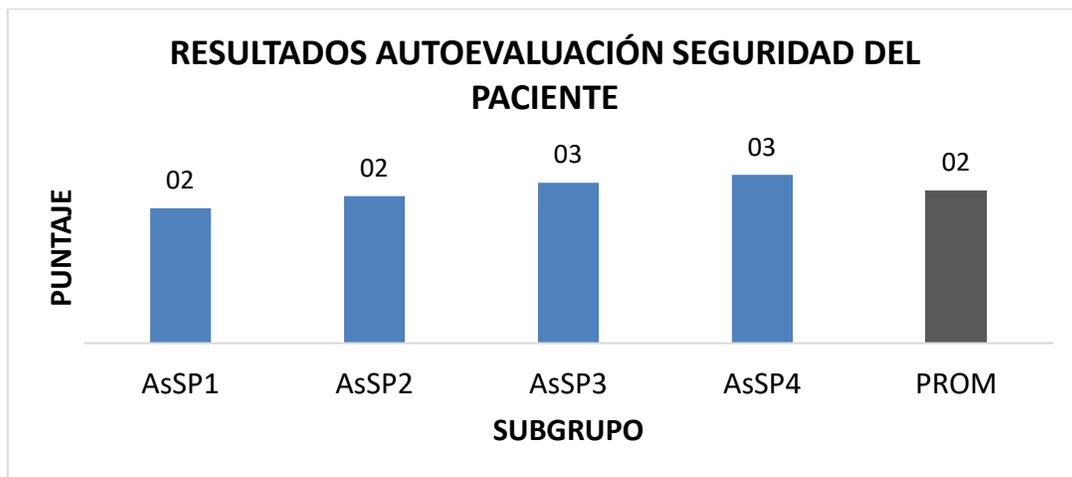
En los estándares asistenciales el subgrupo de derechos de los pacientes el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar AsDP1, AsDP2 con una calificación de 2.04, el resultado indica que la clínica cuenta con la declaración de los derechos y deberes y con el proceso de proyectos de investigación.

Por otro lado, el estándar con una calificación baja es el AsDP3, AsDP4 con una calificación de 1.00, el resultado indica que se cuenta con el código de ética y buen gobierno vigente y debe realizar un adecuado seguimiento a los servicios tercerizados que se prestan en la clínica.

El resultado de la autoevaluación para el subgrupo de derechos de los pacientes de los estándares asistenciales es de 1.52

Figura 9.

Resultados subgrupo: seguridad del paciente



Nota: Elaboración propia

En los estándares asistenciales el subgrupo de seguridad del paciente el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar AsSP4 con una calificación de 2.64, el resultado indica que la clínica cuenta con el programa de infecciones el cual realiza seguimiento a la promoción, prevención y control de infecciones.

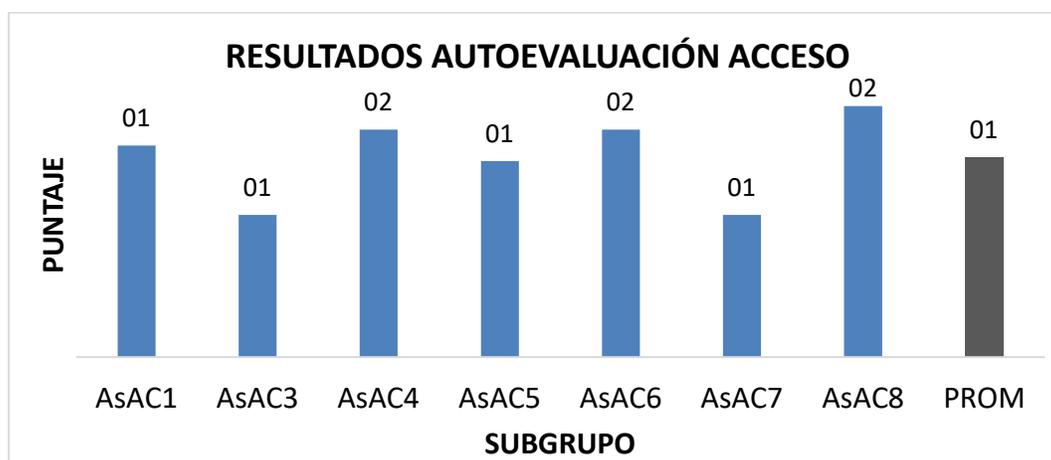
Por otro lado, el estándar con una calificación baja es el AsSP1 con una calificación de 2.12, el resultado indica que se cuenta con la política de seguridad del paciente, pero se debe

actualizar articulándola con la política de seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social.

El resultado de la autoevaluación para el subgrupo de seguridad del paciente de los estándares asistenciales es de 2.40

Figura 10.

Resultados subgrupo: acceso



Nota: Elaboración propia

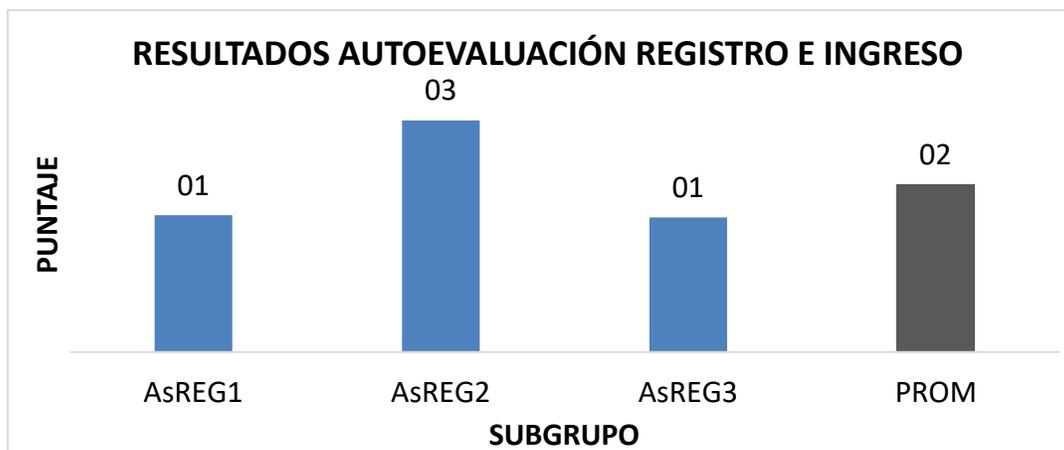
En los estándares asistenciales el subgrupo de acceso el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar AsAC8 con una calificación de 1.76, el resultado indica que se cuenta con el procedimiento de asignación de citas pero se debe articular con los diferentes servicios que intervienen en el proceso.

Por otro lado, el estándar con una calificación baja es el AsAC3, AsAC7 con una calificación de 1.00, el resultado indica que se cuenta con el procedimiento de egreso, pero se debe articular y definir los diferentes egresos que realiza la institución y se debe articular la información que se debe brindar al paciente en caso de que no tenga derecho de algún servicio prestado o no ofertado.

El resultado de la autoevaluación para el subgrupo de acceso de los estándares asistenciales es de 1.40

Figura 11.

Resultados subgrupo: registro e ingreso



Nota: Elaboración propia

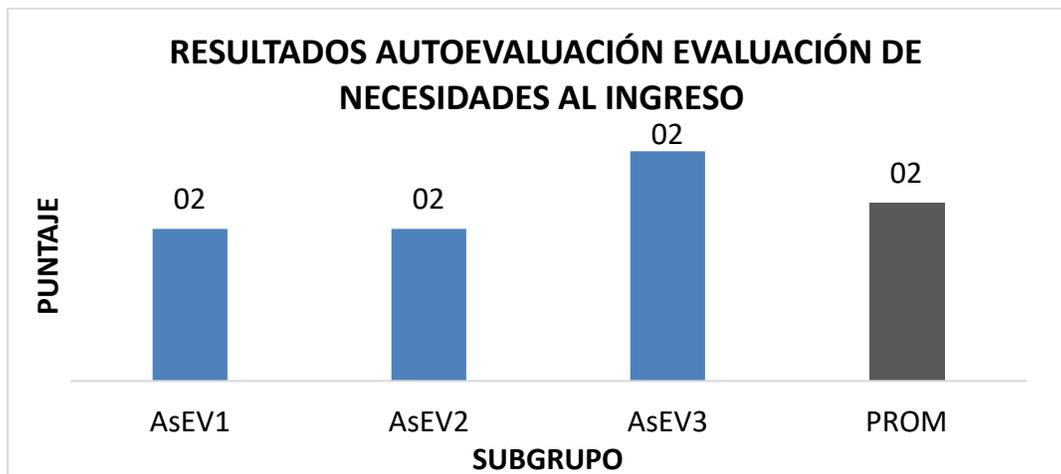
En los estándares asistenciales el subgrupo de registro e ingreso el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar AsREG2 con una calificación de 2.52, el resultado indica que se cuenta con el programa de Clisanf Saludable que le brinda toda la información y educación a los pacientes.

Por otro lado, el estándar con una calificación baja es el AsREG3 con una calificación de 1.46, el resultado indica que se debe articular un manual de preparaciones que contenga todas las preparaciones para la intervención de los pacientes.

El resultado de la autoevaluación para el subgrupo de registro e ingreso de los estándares asistenciales es de 1.83

Figura 12.

Resultados subgrupo: evaluación de necesidades al ingreso



Nota: Elaboración propia

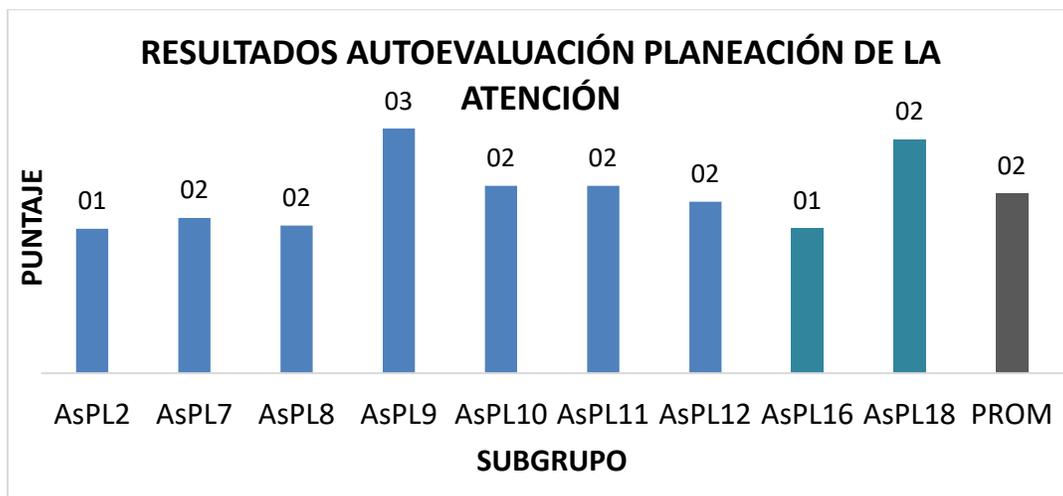
En los estándares asistenciales el subgrupo de evaluación de necesidades al ingreso el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar AsEV3 con una calificación de 2.30, el resultado indica que se cuenta con el programa de infecciones el cual le realiza el seguimiento a las técnicas de aislamiento según la patología de los pacientes.

Por otro lado, el estándar con una calificación baja es el AsEV1, AsEV2 con una calificación de 1.52, el resultado indica que se debe fortalecer el proceso de necesidades en salud de todos los pacientes en los servicios y articular el procedimiento de egreso de las pacientes a los programas de promoción y prevención.

El resultado de la autoevaluación para el subgrupo de evaluación de necesidades al ingreso de los estándares asistenciales es de 1.78

Figura 13.

Resultados subgrupo: planeación de la atención



Nota: Elaboración propia

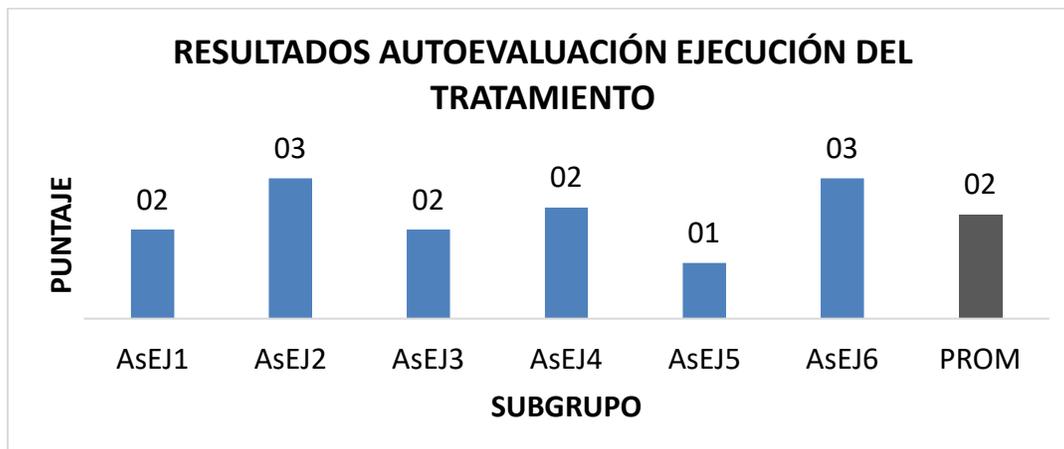
En los estándares asistenciales el subgrupo de evaluación de planeación de la atención el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar AsPL9 con una calificación de 2.52, el resultado indica que se cuenta con el programa de Clisanf Educar el cual informa a los pacientes y sus familias son las condiciones relacionadas con su enfermedad o estado de salud y es entrenado para desarrollar competencias en el autocuidado de su salud durante el proceso de atención.

Por otro lado, el estándar con una calificación baja es el AsPL2, AsPL16 con una calificación de 1.49, el resultado indica que se debe fortalecer el proceso del seguimiento al plan de tratamiento de los pacientes y estandarizar el reporte y entrega de resultados de los procesos del laboratorio y de imágenes.

El resultado de la autoevaluación para el subgrupo de planeación de la atención de los estándares asistenciales es de 1.85

Figura 14.

Resultados subgrupo: ejecución del tratamiento



Nota: Elaboración propia

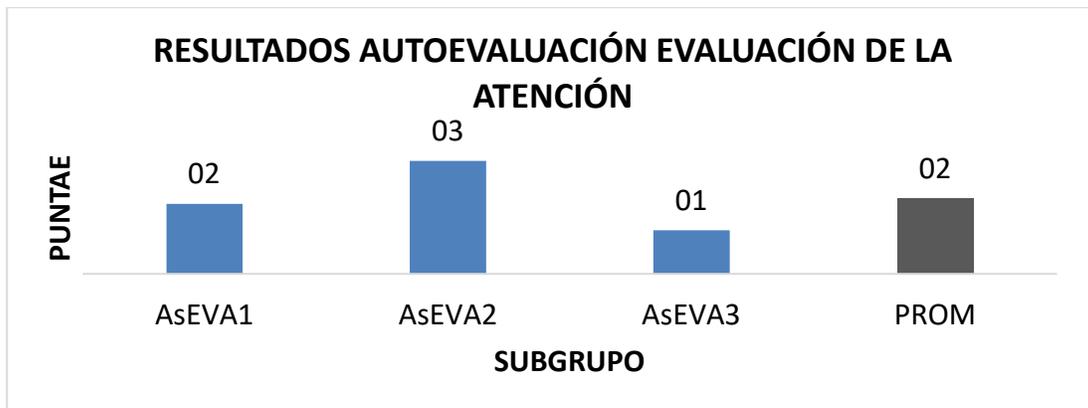
En los estándares asistenciales el subgrupo de ejecución del tratamiento el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar AsEJ2, AsEJ6 con una calificación de 2.52, el resultado indica que se cuenta con el programa de Clisanf Educar el cual informa y cuenta con materiales educativos para los pacientes y sus familias durante la ejecución de su tratamiento.

Por otro lado, el estándar con una calificación baja es el AsEJ5 con una calificación de 1.00, el resultado indica que se debe adoptar el derecho, si así lo solicita o requiere el paciente, a una segunda opinión calificada de su condición médica.

El resultado de la autoevaluación para el subgrupo de ejecución del tratamiento de los estándares asistenciales es de 1.88

Figura 15.

Resultados subgrupo: evaluación de la atención



Nota: Elaboración propia

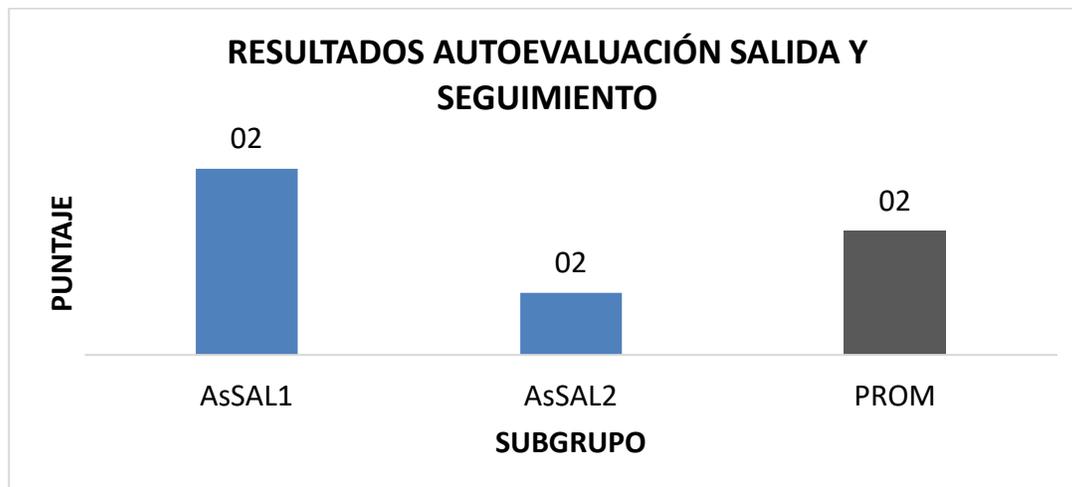
En los estándares asistenciales el subgrupo de evaluación de la atención el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar AsEVA2 con una calificación de 2.59, el resultado indica que se cuenta con el procedimiento de sugerencias, solicitudes personales, quejas y reclamos de los usuarios.

Por otro lado, el estándar con una calificación baja es el AsEVA3 con una calificación de 1.00, el resultado indica que la clínica no tiene una definición interna de lo que constituye ser un consultador crónico en los servicios.

El resultado de la autoevaluación para el subgrupo de evaluación de la atención de los estándares asistenciales es de 1.73

Figura 16.

Resultados subgrupo: salida y seguimiento



Nota: Elaboración propia

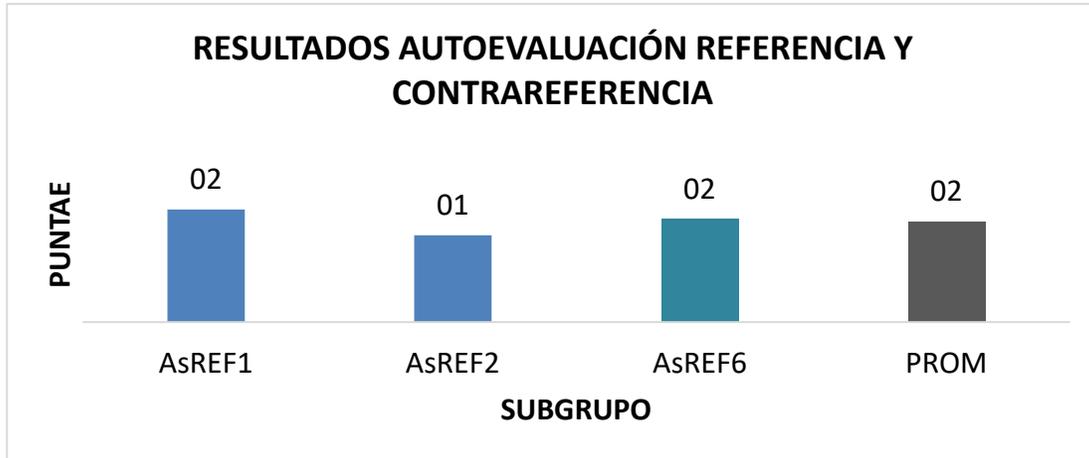
En los estándares asistenciales el subgrupo de salida y seguimiento el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar AsSAL1 con una calificación de 1.77, el resultado indica que se cuenta con el programa de Clisanf Saludable, ya que, realiza el seguimiento a los pacientes después de su egreso hospitalario y post quirúrgico.

Por otro lado, el estándar con una calificación baja es el AsSAL2 con una calificación de 1.52, el resultado indica que la clínica debe asegurar un plan de coordinación con otras organizaciones y comunidades relevantes en la prevención de enfermedades y la promoción y mejoramiento de la salud de la población a la que presta sus servicios.

El resultado de la autoevaluación para el subgrupo de salida y seguimiento de los estándares asistenciales es de 1.64

Figura 17.

Resultados subgrupo: referencia y contrarreferencia



Nota: Elaboración propia

En los estándares asistenciales el subgrupo de referencia y contra referencia el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar AsREF1 con una calificación de 1.93, el resultado indica que se cuenta con el área de referencia y contra referencia la cual realiza todo el manejo de referencia de los pacientes.

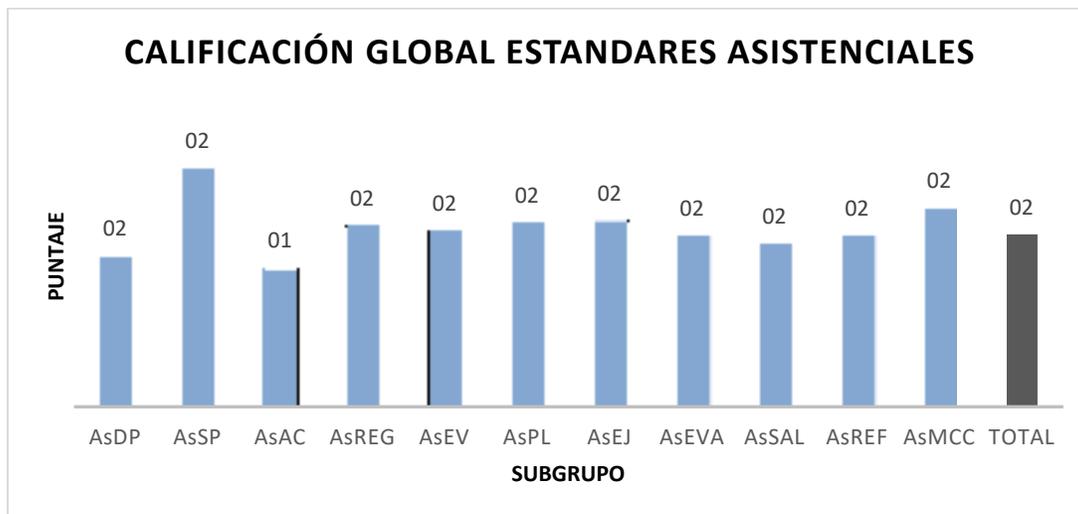
Por otro lado, el estándar con una calificación baja es el AsREF2 con una calificación de 1.49, el resultado indica que la clínica debe fortalecer el proceso de referenciación del laboratorio y del servicio de imágenes.

El resultado de la autoevaluación para el subgrupo de referencia y contra referencia de los estándares asistenciales es de 1.73

6.3.5.1.1.2 Calificación global estándares asistenciales:

Figura 18.

Resultado calificación estándares asistenciales



Nota: Elaboración propia

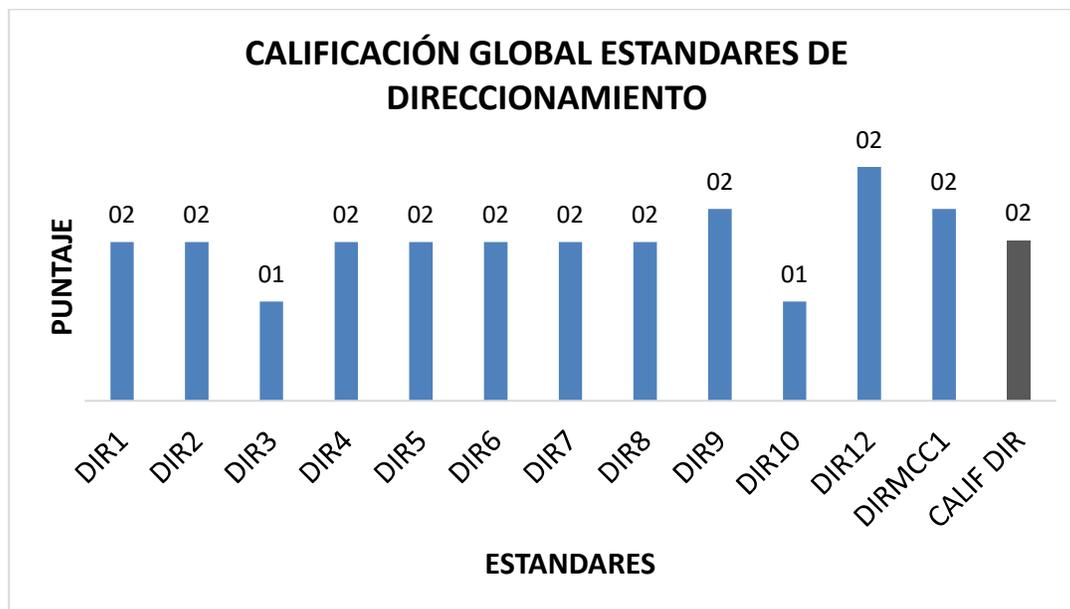
En los estándares asistenciales el resultado desagregado por subgrupos de estándares evidencia una mayor calificación para los estándares de seguridad del paciente con una calificación de 2.4, el resultado indica que la clínica cuenta con un programa de seguridad del paciente fortalecido y ejecutado de acuerdo a la guía de buenas prácticas de seguridad del paciente.

Por otro lado, el estándar con una calificación baja es el subgrupo de acceso con una calificación de 1.4, el resultado indica que la clínica no está tan fuerte frente a la documentación del acceso de los pacientes que abarca: todo el proceso de atención, asignación de cita, tiempos de atención, hasta el egreso del paciente.

El resultado de la autoevaluación para los estándares asistenciales es de 1.7

6.3.5.1.2 Estándares de apoyo

6.3.5.1.2.1. Direccionamiento

Figura 19.*Resultado calificación estándares direccionamiento**Nota:* Elaboración propia

En los estándares de direccionamiento el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar DIR12 con una calificación de 2.4, el resultado indica que la clínica cuenta con un procedimiento de relación docencia-servicio que se encuentra fortalecido.

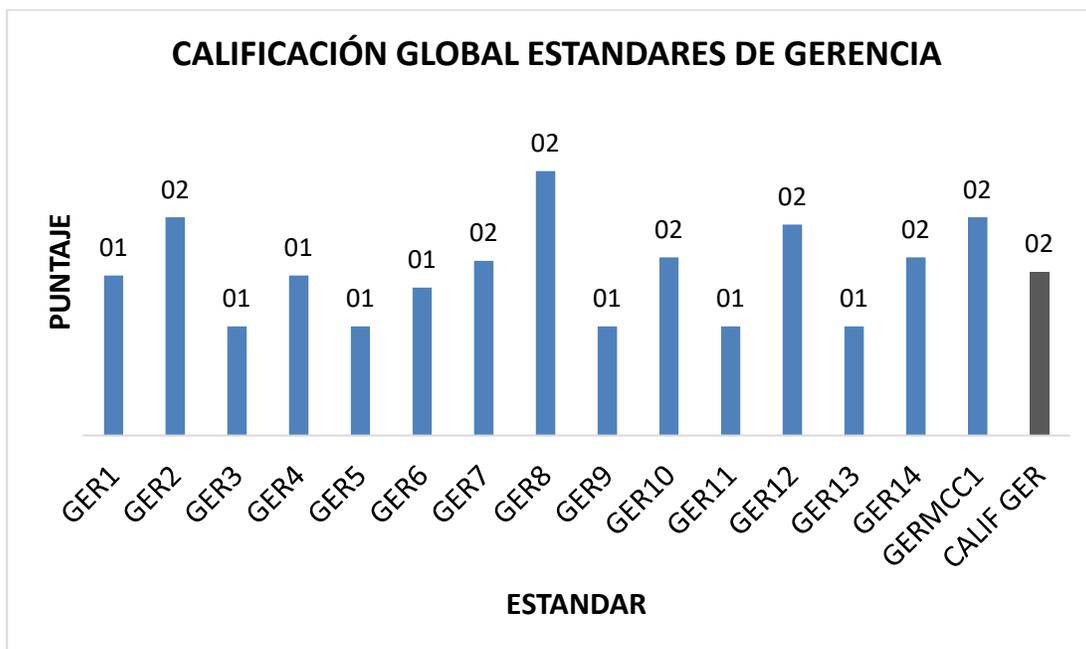
Por otro lado, el estándar con una calificación baja es el DIR3 y DIR9 con una calificación de 1.0, el resultado indica que se encuentra parcialmente documentado el direccionamiento estratégico donde se incluya los diferentes actores que participan en la planeación estratégica, la frecuencia de las reuniones con los diferentes actores las actividades a realizar, así como la formulación de los planes operativos y la metodología para la elaboración de políticas institucionales.

El resultado de la autoevaluación para los estándares de direccionamiento es de 1.6

6.3.5.1.2.1 Gerencia

Figura 20.

Resultado calificación estándares gerencia



Nota: Elaboración propia

En los estándares de gerencia el resultado que evidencia una mayor calificación es para el estándar GER8 con una calificación de 2.4, el resultado indica que la clínica realiza seguimiento y control a sus unidades funcionales las cuales trabajan bajo la planeación y los objetivos institucionales.

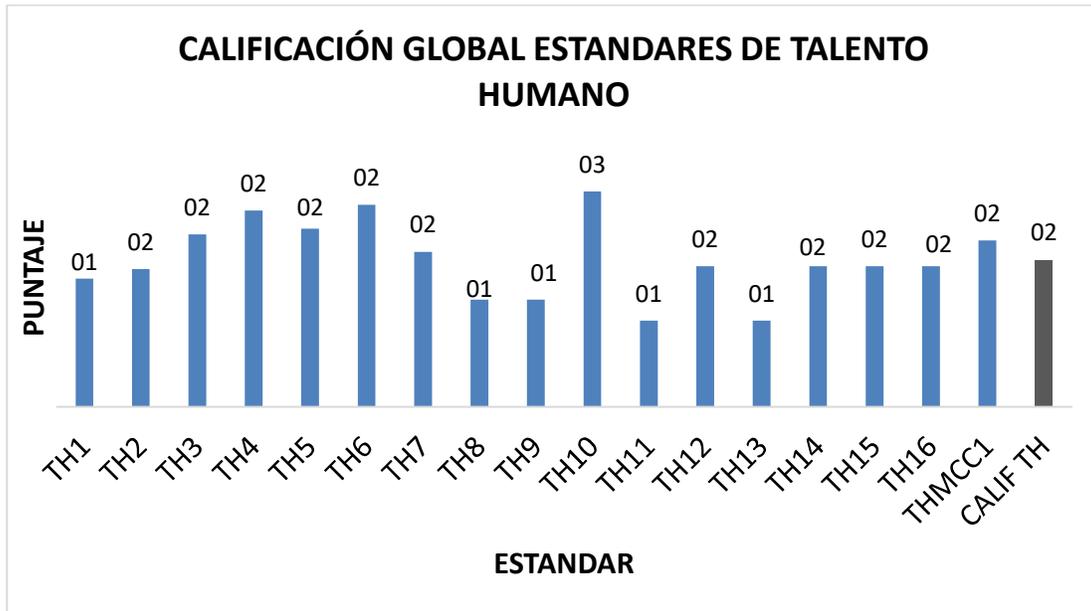
Por otro lado, se encuentran varios estándares con una calificación de 1.0 esto es debido a la falta de estandarización del proceso de referenciacines internas y externas, a que se debe realizar el fortalecimiento del programa de humanización.

El resultado de la autoevaluación para los estándares de gerencia es de 1.5

6.3.5.1.2.2 Gerencia del talento humano

Figura 21.

Resultado calificación estándares gerencia del talento humano



Nota: Elaboración propia

En los estándares de gerencia del talento humano el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar TH10 con una calificación de 2.5, el resultado indica que la clínica promueve una estrategia de comunicación efectiva entre los procesos desde la dirección de gestión humana.

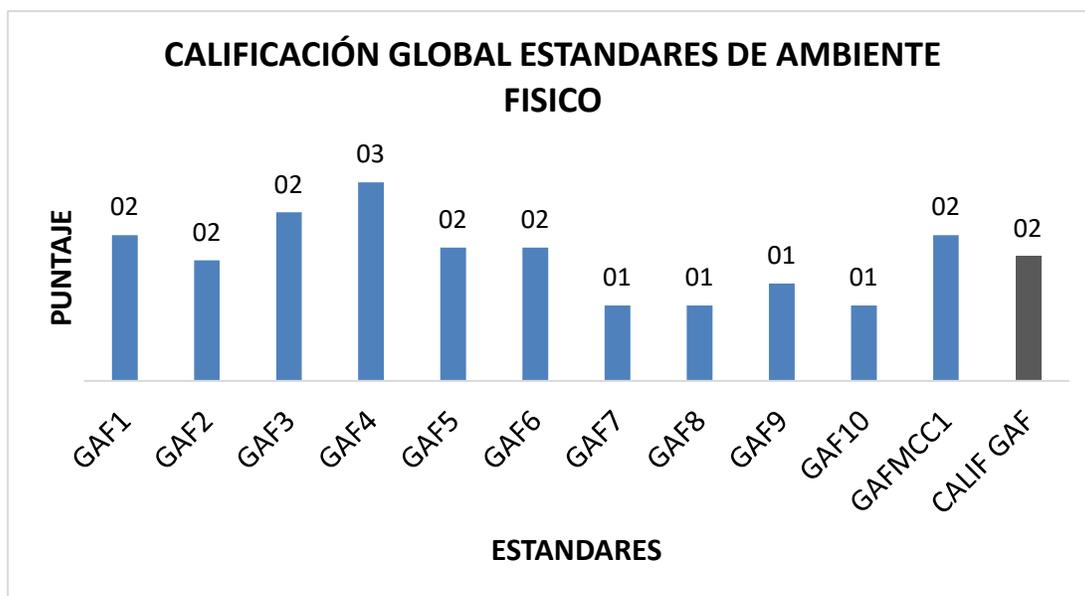
Por otro lado, el estándar con una calificación baja es el TH11 y TH13 con una calificación de 1.0, el resultado indica que el proceso de la transformación cultural y el clima organizacional no se encuentra tan fortalecido y que deben realizar un trabajo arduo frente a lo anteriormente mencionado.

El resultado de la autoevaluación para los estándares de gerencia del talento humano es de

6.3.5.1.2.3 Gerencia de ambiente físico

Figura 22.

Resultado calificación estándares gerencia del ambiente físico



Nota: Elaboración propia

En los estándares de gerencia del ambiente físico el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar GAF4 con una calificación de 2.6, el resultado indica que la clínica tiene estandarizado el proceso de manejo de desechos y promueve diferentes estrategias para la educación en la disposición de los desechos.

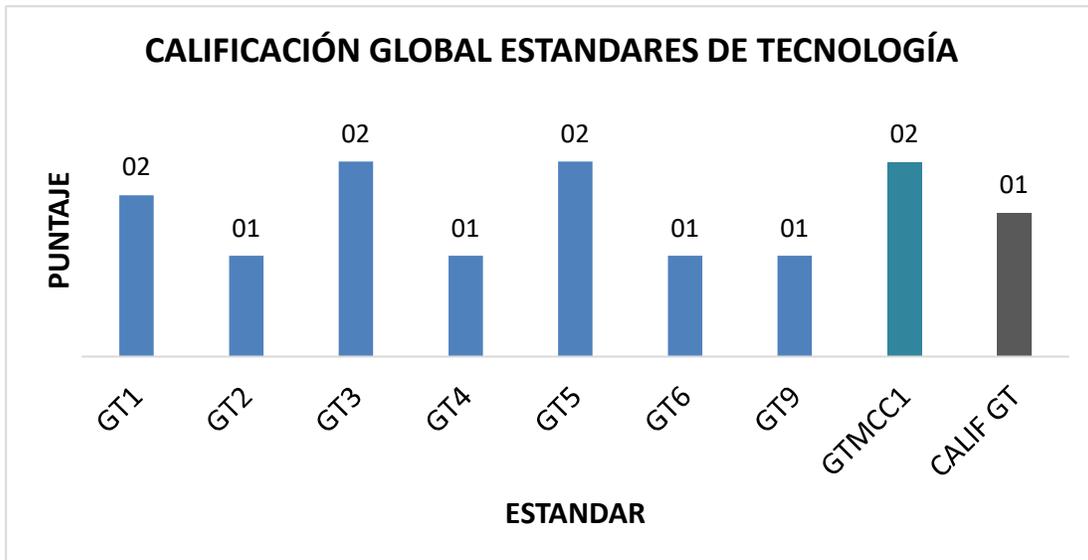
Por otro lado, el estándar con una calificación baja es el GAF7, GAF8 y GAF10 con una calificación de 1.0, el resultado indica a que se encuentra parcialmente documentado frente a las necesidades de ambiente físico y remodelaciones con orientación a la humanización y una atención segura, además la falta de controles para la pérdida de los usuarios dentro de la institución.

El resultado de la autoevaluación para los estándares de gerencia del ambiente físico es de

6.3.5.1.2.4 Gestión de la tecnología

Figura 23.

Resultado calificación estándares gestión de la tecnología



Nota: Elaboración propia

En los estándares de gestión de la tecnología el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar GT3, GT5 y GTMCC1 con una calificación de 1.9, el resultado indica que la clínica tiene estandarizado el proceso de uso seguro de las tecnologías y su proceso de mantenimiento de las mismas.

Por otro lado, los estándares con una calificación baja de 1.0, el resultado indica a que se encuentra parcialmente documentado frente a planeación, la gestión y la evaluación de la tecnología, se deben definir la política de adquisición, incorporación, monitorización, control, reposición, funcionamiento de la tecnología

El resultado de la autoevaluación para los estándares de gestión de la tecnología es de 1.4

6.3.5.1.2.5 Gerencia de la información

Figura 24.

Resultado calificación estándares gerencia de la información



Nota: Elaboración propia

En los estándares de gerencia de la información el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar GI13 con una calificación de 2.2, el resultado indica que la clínica tiene estandarizado el proceso de comunicación orientado a desplegar la información a clientes internos y externos.

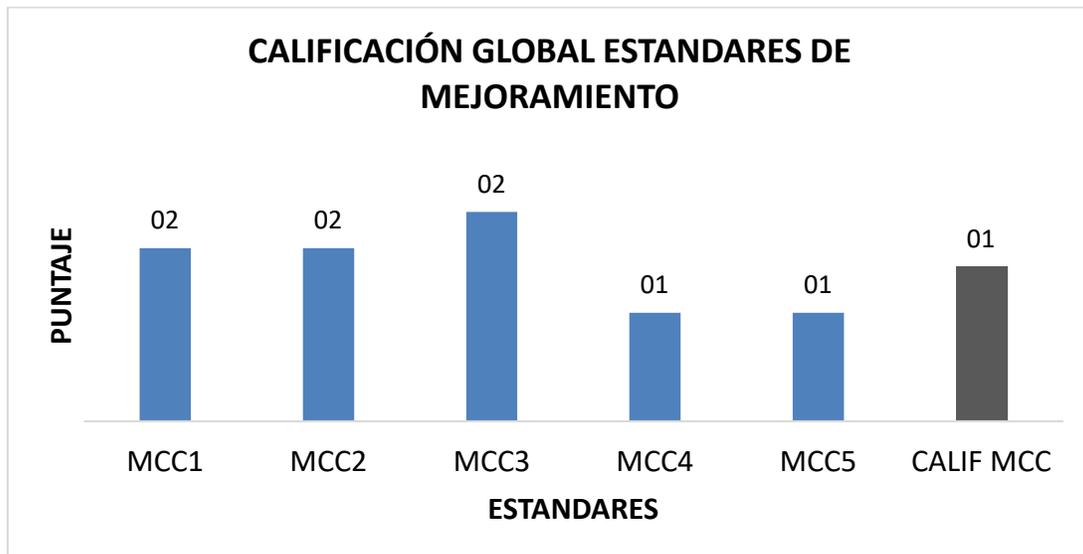
Por otro lado, los estándares con una calificación baja de 1.0, el resultado indica a que se encuentra parcialmente documentado frente a procesos para identificar, responder a las necesidades y evaluar la efectividad de información de los usuarios y sus familias, los colaboradores, se debe planificar la gestión de la información,

El resultado de la autoevaluación para los estándares de gerencia de la información es de 1.6

6.3.5.1.2.6 Mejoramiento

Figura 25.

Resultado calificación estándares de mejoramiento



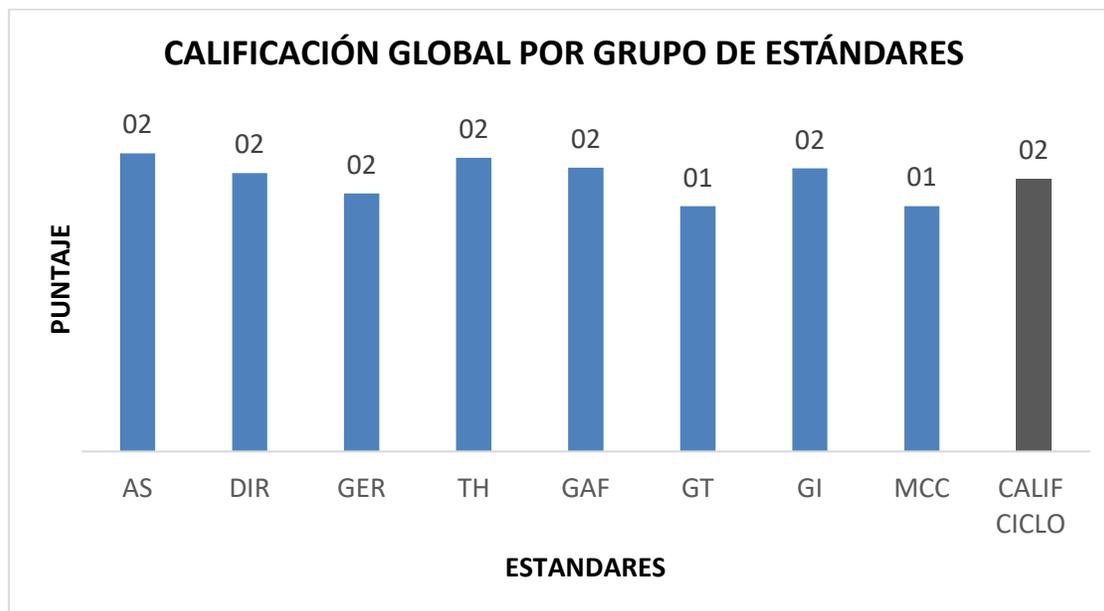
Nota: Elaboración propia

En los estándares de mejoramiento el resultado evidencia una mayor calificación para el estándar MCC3 con una calificación de 1.9, el resultado indica que la clínica tiene estandarizado el proceso de monitorización de la calidad y mejoramiento continuo de los procesos.

Por otro lado, los estándares con una calificación baja de 1.0, el resultado indica a que se encuentra parcialmente documentado frente a planeación del mejoramiento continuo de la calidad y la comunicación del mismo.

El resultado de la autoevaluación para los estándares de mejoramiento es de 1.4

6.3.5.1.3 Calificación global estándares

Figura 26.*Resultado calificación estándares**Nota:* Elaboración propia

Se obtuvo una calificación global de **1,6** para el primer ciclo de autoevaluación con un total de 134 estándares evaluados. Los estándares con mayor calificación fueron gerencia del talento humano y gerencia de ambiente físico y asistencial de con una calificación de 1,7 cada uno.

De acuerdo a la autoevaluación se identificaron 168 oportunidades de mejora de los estándares evaluados, como se evidencia en la siguiente tabla:

Tabla 10.*Total oportunidades de mejora*

Grupo de estándares	Total OM
Asistencial	73
Direccionamiento	12
Gerencia	15
Talento humano	20
Ambiente físico	16
Tecnología	10
Información	17
Mejoramiento	5
Total	168

Nota: Elaboración propia

El resultado de la autoevaluación dio un total de 168 oportunidades de mejora, las cuales serán las estrategias y mecanismos que deberán ser implementados para dar cumplimiento a los estándares de acreditación relacionados con el enfoque, la implementación y los resultados esperados de la práctica.

El grupo de estándares con mayor número de oportunidades de mejora es el asistencial con 73 al ser el grupo con mayor cantidad de estándares aplicados y el que cubre toda la parte misional de la clínica, de los de apoyo que mayor cantidad de oportunidades presentan son Gerencia del Talento Humano 20, Gerencia de la Información con 17 oportunidades de mejora, Gestión de Ambiente Físico 16 y Gerencia con 15, lo que nos indica que existen brechas significativas para el cumplimiento de los estándares de acreditación.

La siguiente fase de la ruta crítica es la selección de los procesos donde se identificaron los procesos que intervienen en el proceso de autoevaluación en cada estándar según el mapa de procesos de la clínica:

Tabla 11.*Procesos seleccionados*

Grupo de estándares	Procesos
Asistencial	Gestión Médica y Científica, Gestión de Experiencia del usuario, Gestión de Mejoramiento Continuo, Urgencias, Cirugía, Ambulatorios, Apoyos Diagnósticos, Hospitalización, Gestión Comercial y de Mercadeo, Gestión estratégica, Gestión Financiera, Gestión del Ambiente Físico, Gestión de Compras y Suministros, Gestión humana
Direccionamiento	Gestión estratégica, Gestión financiera, Gestión del Mejoramiento continuo, Gestión médica y científica, Gestión comercial y mercadeo, Gestión humana
Gerencia	Gestión estratégica, Gestión financiera, Gestión del Mejoramiento continuo, Gestión Clínica y científica, Gestión de ambiente físico
Talento humano	Gestión humana, Gestión del Mejoramiento continuo, Gestión Clínica y científica
Ambiente fisico	Gestión del Ambiente Físico, Gestión de Compras y suministros, Gestión Humana, Gestión del Mejoramiento continuo
Tecnología	Gestión del Ambiente Físico, Gestión de Compras y Suministros, Apoyos Diagnósticos, Gestión del Mejoramiento continuo, Gestión de la Información
Información	Gestión del Mejoramiento continuo, Gestión de la Información, Gestión de Compras y Suministros, Gestión Comercial y Mercadeo, Gestión de ambiente físico
Mejoramiento	Gestión del Mejoramiento continuo

Nota: Elaboración propia

De acuerdo a lo anterior se identificaron que todos los procesos de la clínica intervienen en el desarrollo del proceso de PAMEC de la institución.

La tercera fase es la priorización de oportunidades de mejora según la metodología riesgos, costo y volumen (Anexo C. Priorización de oportunidades de mejora) obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 12.*Calificación priorización*

Calificación priorización riesgo-costo-volumen				
Grupo de estándares	45 a 175	25 a 44	1 a 24	Total OM
Asistencial	42	29	2	73
Direccionamiento	6	4	2	12
Gerencia	5	5	5	15
Talento humano	12	7	1	20
Ambiente físico	12	4	0	16
Tecnología	5	1	4	10
Información	12	4	1	17
Mejoramiento	1	3	1	5
Total	95	57	16	168

Nota: Elaboración propia

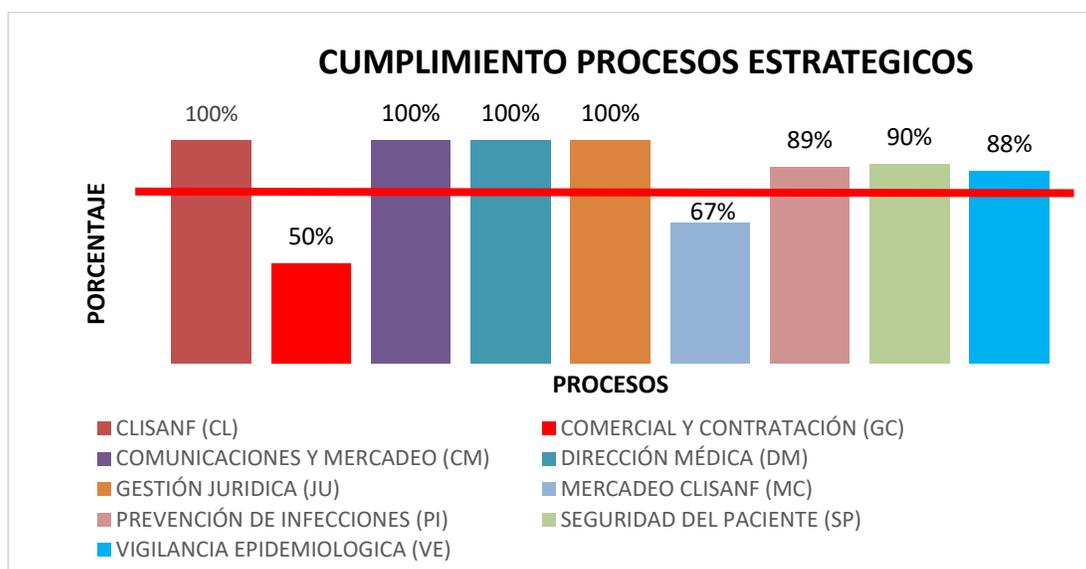
Dando cumplimiento a la metodología de mejoramiento se realizó la priorización de las oportunidades de mejora mediante la evaluación de Riesgo – Costo- Volumen, se obtuvo el siguiente resultado: de las 168 se priorizaron 95 como altas las cuales serán sujeto de intervención y seguimiento en este primer ciclo mediante los planes de mejoramiento, las oportunidades con priorización media 57 y priorización baja 16 serán intervenidas en otro ciclo.

La cuarta fase es la definición de la calidad esperada y de acuerdo a los resultados obtenidos de la autoevaluación que fue una calificación de 1.6 el comité gerencial y el comité de mejoramiento define que la calidad esperada para la próxima autoevaluación sea de 1.9, que es el puntaje que se quiere lograr en un nuevo ciclo con el desarrollo de las oportunidades de mejora encontradas.

La quinta fase es la medición inicial de los procesos, la cual se realizó mediante el análisis de los indicadores que contaba cada proceso de acuerdo al (Anexo D. Sistema integral de mando de indicadores). Se identificó la siguiente información de los indicadores: nombre, meta, unidad, tendencia, frecuencia de medición, frecuencia de análisis, numerador, denominador y datos del 2021-2022 y el tipo de procesos al cual pertenecía. De acuerdo a lo anterior se sacó el cumplimiento por proceso determinando una meta de cumplimiento del 80% obteniendo los siguientes resultados:

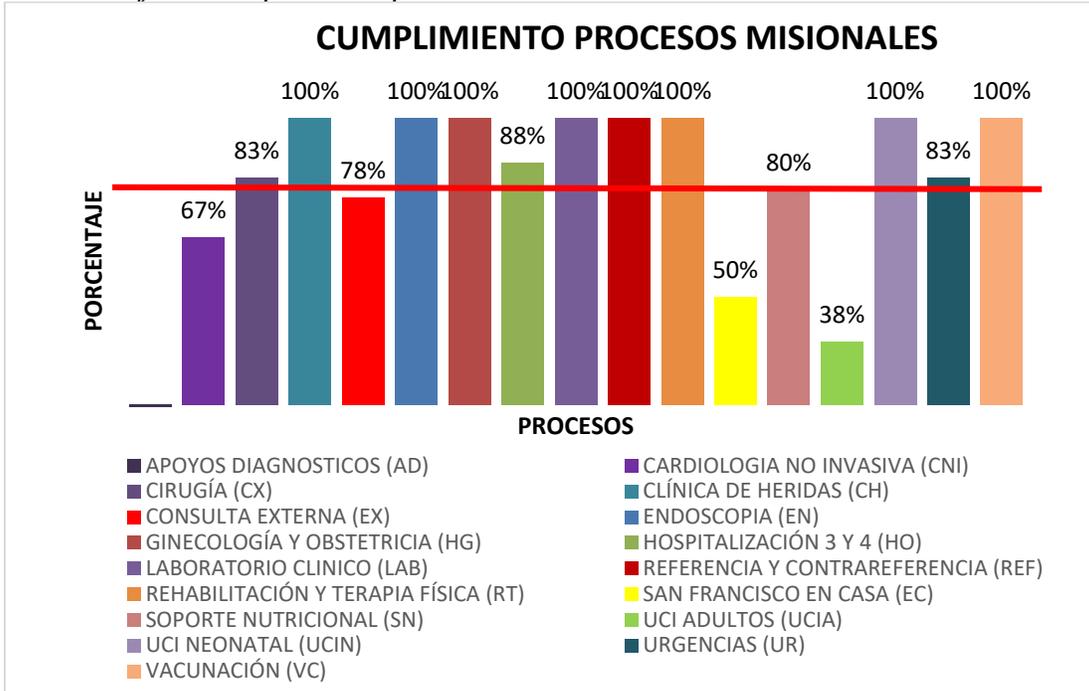
Figura 27.

Porcentaje de cumplimiento procesos estratégicos



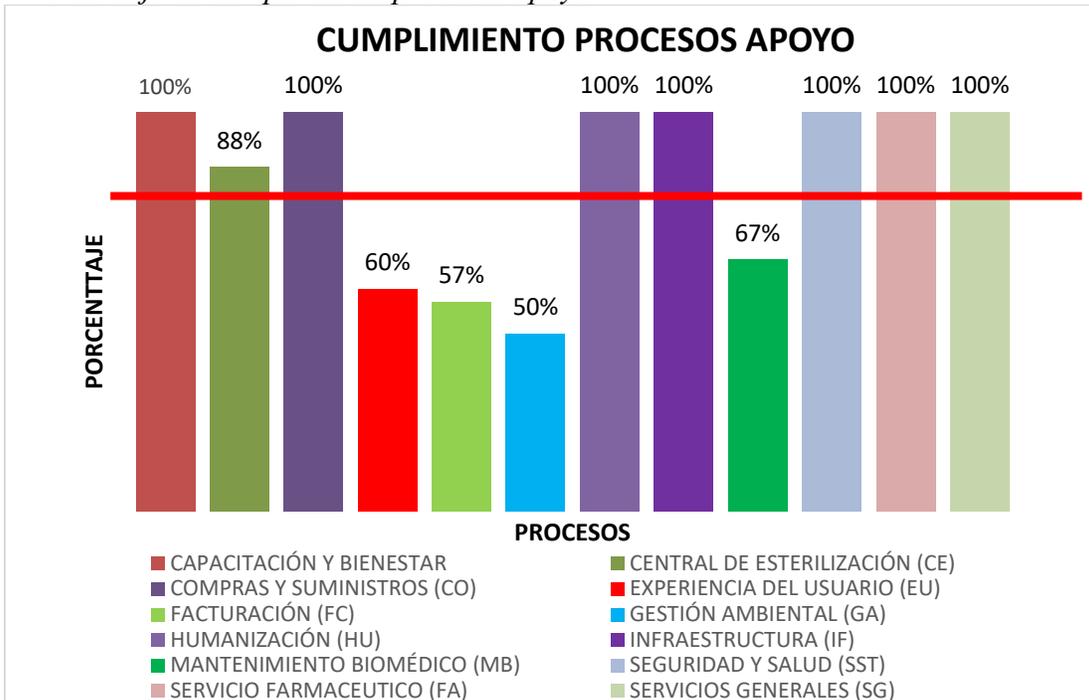
Nota: Elaboración propia

Figura 28.
Porcentaje de cumplimiento procesos misionales



Nota: Elaboración propia

Figura 29.
Porcentaje de cumplimiento procesos apoyo

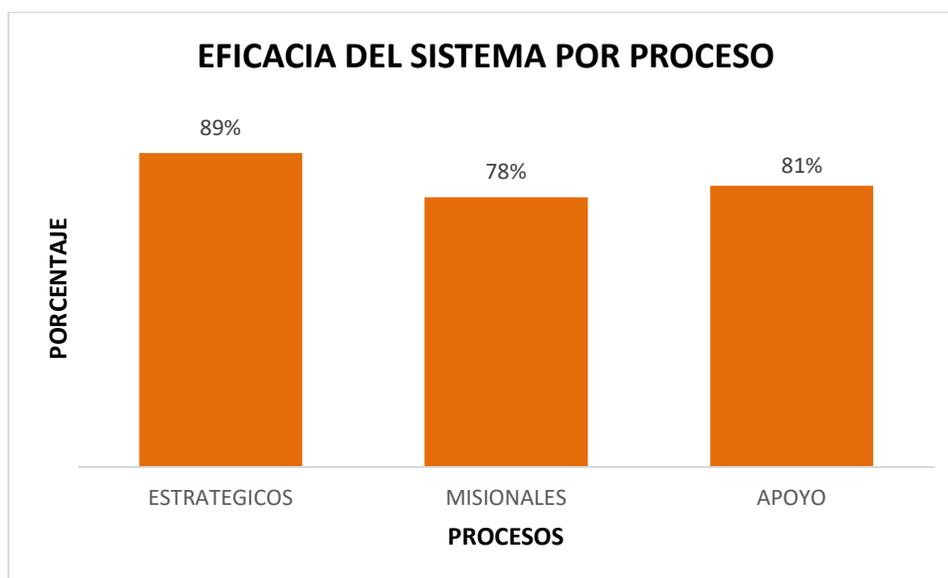


Nota: Elaboración propia

Con los resultados anteriores se realizó la medición inicial de los procesos, obteniendo como resultado que los siguientes procesos no alcanzaron la meta de cumplimiento: en los procesos estratégicos comunicaciones y mercadeo y mercadeo CLISANF, en los procesos misionales apoyos diagnósticos, cardiología no invasiva, consulta externa, san francisco en casa, UCI y urgencia y en apoyo experiencia del usuario, facturación, gestión ambiental y mantenimiento biomédico. También se realizó la medición de la eficacia del sistema obteniendo el siguiente resultado:

Figura 30.

Eficacia del sistema por proceso



Nota: Elaboración propia

De acuerdo con la figura 29. Eficacia del sistema por proceso, los procesos mas eficaces son los estratégicos con 89% y de apoyo con un 81%y el menos eficaz es el misional con un 78%.

La sexta fase es el plan de acción para el mejoramiento el cual se realizó con la metodología PHVA:

- **Planear:** Se identifico lo que se va a realizar para desarrollar la oportunidad de mejora y darle respuesta a lo que se quiere llegar.
- **Hacer:** Se identificaron las actividades que se van a desarrollar en el plan de mejora.
- **Verificar:** Verificar las actividades que se plantearon.
- **Actuar:** Actuar frente a las desviaciones que se encontraron en el desarrollo de los planes de mejoramiento.

Los planes de mejoramiento están planteados en el (Anexo E. Planes de mejoramiento) obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 13.

Planes de acción para el Mejoramiento

Grupo	Total planes	Acciones
Asistencial	42	269
Direccionamiento	6	35
Gerencia	5	30
Talento Humano	12	77
Ambiente Físico	12	70
Tecnología	5	32
Información	12	63
Mejoamiento	1	5
Total	95	581

Nota: Elaboración propia

7 Conclusiones

El diagnóstico situacional es muy importante, porque es el que da de punto de partida y la identificación de los pasos de la ruta crítica que se encontraron con falencias para el nuevo Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

Con el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) se puede identificar las oportunidades y las brechas de los procesos de la clínica y lograr una mejora continua en los mismos con el desarrollo de este.

Con los planes de mejoramiento identificados en el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), se pueden lograr una mejora en los procesos y en la atención de la Clínica.

Determinando la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad en la medición de los procesos, se mide el alcance de los resultados de los procesos, permitiendo encontrar oportunidades de mejoras en cada uno de ellos.

8. Recomendaciones

Se recomienda que la clínica continúe implementando la metodología del Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), para así lograr evidenciar los cambios en el Sistema de Gestión de Calidad y continuar con la mejora continua de los procesos.

Se sugiere que se utilicen los resultados obtenidos para identificar las oportunidades de mejora que se tienen que intervenir en el PAMEC, para así alcanzar las metas que se quieren lograr con el mismo.

Se pueden realizar auditorías internas de calidad, para verificar el adecuado funcionamiento de los procesos, donde se pueden encontrar diferentes oportunidades de mejora para el Sistema de Gestión de Calidad de la Clínica.

Realizar capacitación al personal, en temas referentes a el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).

9. Bibliografía

- Circular 012 de 2016. [Supersalud]. Por el cual se hacen adiciones, eliminaciones y modificaciones a la circular 047 de 2007 y se imparten instrucciones en lo relacionado con el Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la atención en Salud y el sistema de información de Calidad. Agosto 4 de 2016
- Clínica San Francisco S.A. (2022). Balance de Gestión Médica 2021. San Francisco al día, edición 60, pág.: 5–6.
- Clínica San Francisco. (2021, 14 diciembre). Nuestra Institución. <https://www.clinicasanfrancisco.com.co/nuestra-institucion/>
- Decreto 1011 de 2006. [Ministerio de Salud y Protección Social] Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Abril 3 de 2006.
- Decreto 780 del 2016. [Ministerio de Salud y Protección Social] Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Mayo 6 de 2016.
- Ministerio de la protección social. Guía práctica de preparación para la acreditación en salud. Bogotá, D. C, 2004. [Consultado: 6 de Enero de 2022] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-de-preparacion-para-acreditacion.pdf>
- Ministerio de la protección social. Guías Básicas para la Implementación de las Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, D. C: Imprenta Nacional de Colombia, 2007. [Consultado: 6 de Enero de 2022] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/guias-basicas-auditoria-mejoramiento-calidad.pdf>.
- Ministerio de la protección social. Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación. Bogotá, D. C., [Consultado: 6 de Enero de 2022] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-elaboracion-planes-mejoramiento-acreditacion.pdf>
- Ministerio de la protección social. Pautas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud. Bogotá, D. C: Imprenta Nacional de Colombia, 2007. [Consultado: 6 de Enero de 2022] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/pautas-auditoria-mejoramiento-calidad-atencion-en-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s. f.). *Prestación de servicios*. Minsalud. Recuperado el 1 de febrero del 2022, de <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/Prestacion-servicios-home.aspx>

Resolución 1043 de 2006. [Ministerio de Salud y Protección Social] 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. Abril 3 de 2006.

Resolución 2082 de 2014. [Ministerio de Salud y Protección Social] Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación. Mayo 29 del 2014.

10. Anexos

Anexo A. Lista de chequeo para la evaluación del programa de auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención en salud PAMEC

 LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALUACION DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD PAMEC				
1. ALCANCE DEL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD				
CRITERIOS	ASPECTO A EVALUAR	SOPORTE ENTREGADO	ESTADO	OBSERVACIONES
1.1 El alcance del mejoramiento de la calidad de la entidad, debe ser específico y ser de carácter preventivo y no de reactivos.				
1.1.1 Sistema Único de Actualización			C	En la actualización del manual se debe contemplar el Sistema Único de Actualización
1.1.2 Mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad	Estado incorporado en el documento PAMEC donde se evidencie el alcance y propósito del mejoramiento de la calidad respaldado por la entidad	Manual del Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad en la atención en Salud (PAMEC) (MN-301-AS-001)	C	Se debe contemplar los indicadores en el PAMEC
1.1.3 Fortalecimiento de la gestión del riesgo para los procesos relacionados			C	Se identifican los riesgos en el PAMEC
1.1.4 Fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente documentado en la entidad e implementación de los buenas prácticas de capacidad del paciente estandarizado en la Guía Técnica correspondiente			C	Se fortaleció el programa de seguridad del paciente con el PAMEC
1.2 Duración de la implementación del PAMEC, considerando el periodo en el que se estuvo implementando el plan de acción para el mejoramiento de la calidad	Plan de implementación y evaluación del PAMEC		C	La duración del PAMEC se debe contemplar en el periodo 2018-2022

 LISTA DE CHEQUEO PARA LA EVALUACION DEL PROGRAMA DE AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD PAMEC				
CRITERIOS	ASPECTO A EVALUAR	ESTADO	COMENTARIOS	RECOMENDACIONES
2. CALIDAD DEL SERVICIO				
2.1 CALIDAD DEL SERVICIO DE LA ENTIDAD EN ATENCION EN SALUD				
2.1.1 La implementación de procesos de mejoramiento		C		Se debe contemplar los procesos de mejoramiento en el PAMEC
2.1.2 La implementación de procesos de mejoramiento	2.1.2.1 Implementación de procesos de mejoramiento	C		Se debe contemplar los procesos de mejoramiento en el PAMEC
2.1.3 La implementación de procesos de mejoramiento	2.1.3.1 Implementación de procesos de mejoramiento	C		Se debe contemplar los procesos de mejoramiento en el PAMEC
2.1.4 La implementación de procesos de mejoramiento	2.1.4.1 Implementación de procesos de mejoramiento	C		Se debe contemplar los procesos de mejoramiento en el PAMEC
2.1.5 La implementación de procesos de mejoramiento	2.1.5.1 Implementación de procesos de mejoramiento	C		Se debe contemplar los procesos de mejoramiento en el PAMEC
2.1.6 La implementación de procesos de mejoramiento	2.1.6.1 Implementación de procesos de mejoramiento	C		Se debe contemplar los procesos de mejoramiento en el PAMEC
2.1.7 La implementación de procesos de mejoramiento	2.1.7.1 Implementación de procesos de mejoramiento	C		Se debe contemplar los procesos de mejoramiento en el PAMEC

Anexo B. Autoevaluación estándares



The screenshot shows a detailed table with multiple columns. The columns include various identifiers, descriptions, and numerical values. The table is organized into several sections, with a prominent header row and a main data area. The data appears to be related to the evaluation of standards, as indicated by the section title.

